



Hypertension portale, une complication rare du kyste hydatique du foie : à propos d'un cas *Portal hypertension, a rare complication of liver hydatid cyst: about one case*

Taoufik Elabbassi¹, Amal Hajri¹, Yassine Fakhri¹, Mohamed Rachid Lefriyekh¹

Correspondance

Taoufik Elabbassi, Service de Chirurgie Générale I, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Summary

Hydatid liver cyst is a frequent pathology in Morocco, often asymptomatic, rarely leading to vascular compression; it therefore remains an exceptional cause of portal hypertension. Doppler ultrasound is the gold standard diagnostic tool for this condition. The management of such a complication is particular, with generally a good prognosis. The authors report on a case of portal hypertension following a liver cyst, emphasizing clinical, radiological, and therapeutic features of this unusual presentation.

Keywords: The hydatid cyst of the liver, Complication, Portal hypertension, Surgery

Received: November 29th, 2019

Accepted: January 14th, 2020

¹ Service de Chirurgie Générale I, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Résumé

Le kyste hydatique du foie est une pathologie assez fréquente dans notre pays, souvent asymptomatique, se complique rarement de compression vasculaire et reste une cause exceptionnelle d'hypertension portale.

L'échographie couplée au Doppler est l'examen de choix pour faire le diagnostic. La prise en charge est particulière, et son pronostic reste bon.

Nous rapportons l'observation d'une hypertension portale secondaire à un kyste hydatique du foie tout en dressant les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette présentation inhabituelle du kyste hydatique.

Mots clés : Kyste hydatique du foie, complication, hypertension portale, chirurgie

Reçu le 29 novembre 2019

Accepté 14 janvier 2020

Introduction

L'hydatidose est une maladie parasitaire endémique due à l'*Echinococcus granulosus*.

Le chien est l'hôte définitif et l'homme l'hôte intermédiaire accidentel dans le cycle de vie de ce ténia (1). Plusieurs formes compliquées ont été publiées, cependant l'hypertension portale reste une complication rare qui peut être une conséquence grave de cette pathologie bénigne. Nous rapportons le cas d'une récurrence d'un kyste hydatique du foie compliqué d'une hypertension portale.

Observation clinique

Une patiente âgée de 41 ans, opérée 11 ans auparavant pour kyste hydatique du foie, qui présente depuis 3 mois une douleur de l'hypochondre droit type pesanteur associée à des épisodes d'hématémèse de faible abondance, sans ictère ni trouble de transit, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique avait montré une cicatrice de laparotomie sous costale droite avec une circulation veineuse collatérale, une hépatomégalie et splénomégalie, et le toucher rectal était sans particularité. (Figure 1).



Figure 1. Circulation collatérale thoraco-abdominale à l'inspection de l'abdomen

L'échographie abdominale avait objectivé deux formations kystiques multi vésiculaire mesurant 10cm × 6cm aux dépens du lobe gauche du foie sans dilatation des voies biliaires intrahépatiques ou la voie biliaire principale, associées à une discrète splénomégalie. (Figure 2).



Figure 2. Echographie abdominale montrant deux formations kystiques multi vésiculaires au niveau du lobe gauche du foie

○ Formation kystique hépatique multivésiculaire

La TDM abdominale avait révélé un foie dysmorphique, avec présence de deux formations kystiques multi vésiculaires à développement principalement exophytique aux dépens du segment III et I du foie mesurant respectivement 9,5 × 7,5 cm et 7×5,5 cm. La formation du segment I comprime le tronc porte qui reste perméable, associé à une dilatation du tronc spléno-mésaraïque et de la veine azygos avec circulation veineuse collatérale profonde et superficielle. il n'y avait pas de dilatation des

voies biliaires intrahépatiques ou la voie biliaire principale. (Figure 3).

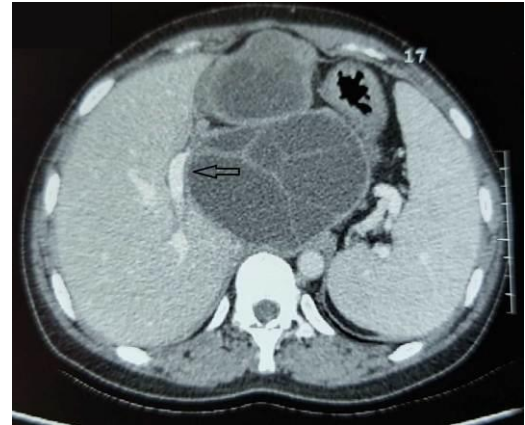


Figure 3. Une coupe axiale d'un scanner abdominal montrant la compression de la veine porte par une formation kystique hépatique

Vu les signes d'hypertension portale, une fibroscopie œsogastroduodénale était réalisée et a révélé des varices œsophagiennes de grade I. La radiographie thoracique n'avait pas montré de localisations hydatiques pulmonaires.

Une numération formule sanguine avait objectivé une anémie à 8,7 g/ dL, ayant nécessité la transfusion préopératoire. Le taux plaquettaire était normal ainsi que son bilan d'hémostase, la sérologie hydatique était positive. Au bilan hépatique il y'avait un syndrome de cholestase biologique avec Gamma-Gt à 3 fois la normale et le taux des phosphatases alcaline légèrement augmenté. Les sérologies de l'hépatite B et C étaient négatives.

L'intervention par laparotomie médiane sus ombilicale avait consisté à la résection du dôme saillant et l'évacuation de deux kystes hydatiques du foie l'un à cheval du segment II et III et l'autre au niveau du segment I à contenu multi vésiculaire communiquant entre eux, sans fistule biliaire décelable, un drainage de la cavité résiduelle avec biopsie hépatique a été faites. (Figures 4 et 5).



Figure 4. Image peropératoire montrant un gros kyste hydatidique hépatique qui comprime la veine porte, en attirant l'estomac par une pince atraumatique

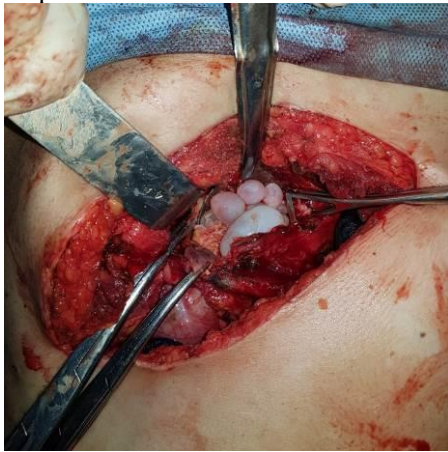


Figure 5. Présence des vésicules filles après ouverture du kyste hydatidique hépatique en peropératoire

Les suites post opératoires étaient normales, et l'étude anatomopathologique de la biopsie hépatique n'a pas objectivé de fibrose. La patiente a été mise sous traitement médical à base d'albendazole, sept jours avant le geste chirurgical et huit semaines après l'acte.

Discussion

Les complications vasculaires comptent parmi les complications les plus rares du kyste hydatidique du foie (< 1% dans la littérature). Ceci est probablement dû à l'élasticité des vaisseaux sanguins contrastant avec la rigidité des voies biliaires (2). Elles sont de deux ordres : la compression et/ou la rupture.

Dans de rare cas, le kyste hydatidique du foie est révélé par une complication vasculaire comme l'hypertension portale illustrée dans notre cas, cette complication est expliquée par la compression des structures vasculaires intra ou péri-hépatiques (tronc porte et ses branches, veine cave inférieure, veines sus hépatiques) sous l'effet de la pression transmise par le kyste au cours de son expansion en l'absence de traitement (3). La compression est le plus souvent asymptomatique et tolérée. La présentation clinique est variable et dépend essentiellement de la taille du kyste hydatidique du foie et de sa localisation (4).

En cas d'hypertension portale, l'hypersplénisme est fréquent particulièrement en cas de grosse rate. Il se traduit alors par une pancytopénie périphérique. L'anémie peut être également secondaire à une hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes (5).

Le diagnostic repose sur l'échographie couplée au Doppler qui reste l'examen de choix (6) ; elle permet de poser le diagnostic de kyste hydatidique dans la plupart des cas, en précisant le siège, le contenu des kystes, leur nombre ainsi que les rapports vasculaires et biliaires intra-hépatiques et d'établir la classification de Gharbi (4).

Classification de GHARBI

- Stade 1 : Kyste uniloculaire
 - Stade 2 : Décollement de membrane
 - Stade 3 : Kyste multi vésiculaire
 - Stade 4 : Kyste pseudo tumoral
 - Stade 5 : Masse calcifiée
-

L'écho doppler permet d'évaluer les rapports du kyste hydatidique avec les axes vasculaires (veine porte, veines sus hépatiques, veine cave inférieure) et d'objectiver selon le niveau de compression des signes directs (perte de la modulation respiratoire des veines splanchniques avec des anomalies du flux porte au Doppler (accélééré au début, puis va et vient et enfin hépatofuge) ou indirects (splénomégalie, ascite et circulation veineuse collatérale porto-systémique ou porto-porte) d'hypertension

portale (7-8). Le scanner n'est pas indispensable au diagnostic, mais il est indiqué en cas de difficultés diagnostiques à l'échographie, surtout en cas de gros kystes centraux ou des kystes de type IV selon la classification de Gharbi (6). L'imagerie par résonance magnétique ne semble pas apporter d'avantage, la sérologie hydatique est inconstamment positive (9). Le traitement est médicochirurgical et basé sur le traitement chirurgical du kyste hydatique du foie par résection du dôme saillant ou périkystectomie. Le geste chirurgical doit être entouré par la prise de l'albendazole à commencer quatre jours avant le geste et à continuer jusqu'à quatre semaines après pour éviter la dissémination hydatique et la récurrence (10-11).

Son pronostic reste bon, mais la réversibilité de l'hypertension portale après traitement du kyste hydatique reste à prouver.

Conclusion

L'hypertension portale due à un kyste hydatique du foie semble avoir un meilleur pronostic selon les cas rapportés dans la littérature. Cette étiologie reste néanmoins très rare et nécessite une prise en charge particulière.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Gormus N, Yeniterzi M, Telli HH, Solak H. The clinical and surgical features of right-

- sided intracardiac masses due to echinococcosis. *Heart and Vessels* 2004 ; **19** (3) :121-124.
2. Sassi S, Kehila M, Hadj Salah H. Destruction de la jonction biliaire supérieure par kyste hydatique. *Med Chi Dig.* 1982 ; **11** (1) : 193-194.
3. Sahnoun D, Chabchoub H, Mnif Z, Ghariani R, Laadhar M, Toumi N, *et al.* TROP3 Complications vasculaires de la maladie hydatique. *Journal de Radiologie* 2006 ; **87** (10) :1537.
4. Lahmidani N, Aqodad N, Benajah D, El Abkari M, Ibrahim A. Hématémèse révélant une hypertension portale sur kyste hydatique du foie. À propos d'un cas avec revue de la littérature. *J Afr Hepato Gastroenterol.* 2011 ; **5** (2) :151-153.
5. Ameer H. Complications vasculaires du kyste hydatique du foie : A propos de 18 cas. *La Tunisie chirurgicale.* 2012 ; **22** (1) :1-8.
6. Sakhri J, Ben Ali A. Le kyste hydatique du foie. *Journal de Chirurgie* 2004 ; **141** (6) :381-389.
7. Oudjit A, Guesmi M, Delin C, Gouya H, Silvera S, Augui J, *et al.* Pathologies vasculaires non tumorales du foie. *EMC - Radiologie et imagerie médicale - Abdominale - Digestive* 2009 ; **4**(1) :1-23.
8. Lebrec D, Moreau R. Hypertension portale : avancées et perspectives. *Gastroenterol Clin Biol.* 2009 ; **33** (8) ; 799-810.
9. Blairon L, Derbel F, Hadj Hamida RB, Delmée M. Le kyste hydatique du foie. Approche clinique et thérapeutique. À propos de 97 cas opérés dans un chu de Tunisie centrale. *Med Mal Infect.* 2000 ; **30** (10): 641-649.
10. Fonkalsrud EW, Myers NA, Robinson MJ. Management of Extrahepatic Portal Hypertension in Children. *Ann Surg* 1974 ; **180** (4):487-491.
11. García-Díaz JD, Ramos Ramos JC. [Portal hypertension as complication of hepatic hydatidosis]. *An Med Interna.* 2001 ; **18** (11) : 608-609.