

Cas clinique

Choc anaphylactique par rupture post-traumatique d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine

Anaphylactic shock by peritoneum post-traumatic ruptured hydatid cyst of the liver

R. EL MOUSSAOUI, M. FAROUDY, A. ABABOU, C. LAZREQ, A. SBIHI

Service d'Anesthésie-Réanimation des Urgences Chirurgicales (RUCH), CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

RÉSUMÉ

Bien que connue depuis longtemps, l'hydatidose péritonéale continue de poser de réels problèmes thérapeutiques et évolutifs. La rupture post-traumatique du kyste hydatique du foie dans le péritoine reste un événement exceptionnel mais grave, pouvant engager le pronostic vital s'il est accompagné d'un collapsus cardiovasculaire. Il nous a paru utile, vu le caractère endémique de la maladie hydatique dans notre pays, de rapporter, à travers cette observation, la gravité de cette complication et la nécessité de reconnaître rapidement la nature de l'état de choc afin de mettre en route un traitement efficace. La nature anaphylactique de cet accident est vraisemblable, mais ne peut être affirmée en l'absence de tests spécifiques.

Mots-clés : Kyste hydatique du foie. Traumatisme. Choc anaphylactique.

SUMMARY

Although long recognized, hydatid cyst of the peritoneum still creates difficult therapeutic problems affecting the clinical course. Post-traumatic rupture of a hydatid cyst of the liver is a particular event which can be life-threatening. Based on a clinical case, we recall the severity of such accidents and the importance of recognizing anaphylactic shock. Because this disease is endemic in our country, physicians should be aware of the diagnosis and ready to rapidly institute treatment to restore both circulatory competency and cardiac output. Anaphylactic shock can be suspected but not proven without specific tests.

Key-words: Hepatic hydatid cyst. Traumatism. Anaphylactic shock.

Le kyste hydatique est une tumeur kystique due au développement de l'embryon du *tænia échinocoque*. Dans ce cycle parasitaire, l'homme prend la place de l'hôte intermédiaire. L'infestation par voie digestive et la progression principalement portale des embryons expliquent la localisation hépatique dans 80 % des cas [1]. L'échinococcose sévit au Maroc à l'état endémique. Les complications du kyste hydatique du foie (KHF) à type de rupture, fissuration, infection et compression sont fréquentes. La

rupture du kyste primitif est spontanée dans 78 % des cas [2, 3]. La rupture traumatique est une complication rare, parfois mortelle, et le plus souvent iatrogène lors d'une intervention chirurgicale ou d'un geste diagnostique. Cette rupture peut également être secondaire à une contusion abdominale ou à un accident de la voie publique [3]. Nous rapportons un cas de rupture post-traumatique d'un KHF après accident de la voie publique.

OBSERVATION

M. B. S..., âgé de 28 ans, sans antécédents pathologiques, était admis aux urgences pour prise en charge d'un

traumatisme crânien et abdominal survenu à la suite d'un accident de la voie publique (patient traîné par une charrette). A son admission, le patient était obnubilé, la pression artérielle systolique (PAS) était à 70 mmHg, le pouls était filant avec des signes d'hypoperfusion périphériques (cyanose, froideur des extrémités et oligurie). Par ailleurs, le patient était polypnéique, et son abdomen était distendu, avec matité déclive. La température était à 36,5°C, les conjonctives étaient normalement colorées, et le reste de l'examen notait un rash cutané érythémateux généralisé.

La conduite thérapeutique initiale consistait en une oxygénothérapie et un remplissage vasculaire par 1 000 ml de cristalloïdes pour obtenir une PAS \geq 100 mmHg. Un premier bilan réalisé à la recherche de la cause de l'état de choc objectivait une Hb à 15 g/dl, des leucocytes à $9,7 \cdot 10^3$ elts.mm⁻³. La gazométrie artérielle notait une acidose métabolique sévère avec pH = 7,06, BE = -14,6 mmol/l, et SaO₂ = 88%. L'électrocardiogramme notait une tachycardie sinusale à 120 batt/min⁻¹. Un bilan radiologique réalisé après stabilisation de l'état du malade associait une radiographie thoracique qui montrait une ascension de la coupole diaphragmatique droite et une échographie abdominale qui objectivait un épanchement intrapéritonéal avec aspect d'hématome sous-capsulaire du foie.

Le bilan était complété par une tomodensitométrie (TDM) qui révélait la présence de trois formations kystiques hépatiques : la première, intéressant les segments IV/VIII, était compatible avec un KHF stade I à paroi fine (12/10 cm), de contenu liquidien homogène ; le deuxième, intéressant les segments II et III, était compatible avec un KH type IV hétérogène comportant des membranes enroulées avec contenu dense (8/9 cm) ; enfin, la troisième, intéressant les segments VI/VIII, était compatible avec un KH type IV (8/6 cm), avec membrane décollée et contenu hétérogène (fig. 1). Par ailleurs, la TDM révélait un aspect irrégulier et interrompu du contour postérieur du KH du foie gauche associé à un épanchement intrapéritonéal modéré hypodense en faveur d'une hydatidose rompue (fig. 2). Le diagnostic de KHF rompue dans la cavité péritonéale était retenu.

Le patient était opéré en urgence par une laparotomie médiane qui permettait d'aspirer un hydatido-péritoine, évalué à un litre. L'exploration trouvait un KH du lobe gauche (8/9 cm), de type IV, rompu dans la cavité abdominale avec hémorragie des berges, un KH (15/10 cm) du segment VIII, de type I, qui était ponctionné et drainé, et, enfin, un dernier KH (7/6 cm) du segment VII, de type I, bombant dans l'espace de Morriison et rompu dans l'espace para-rénal droit. Le traitement chirurgical consistait en une ponction-aspiration du contenu kystique avec résection du dôme saillant et capitonnage.

Le reste de l'exploration ne trouvait pas de fistule biliaire. Une toilette abdominale abondante était réalisée au



Fig. 1. – Kyste hydatique du foie à différents stades.

sérum physiologique, en plus d'un drainage des cavités résiduelles. Le contact du contenu kystique avec le péritoine du patient était évité par l'utilisation de champs imbibés de sérum chaud. L'examen bactériologique du liquide péritonéal était négatif.



Fig. 2. – Aspect irrégulier et interrompu du contour postérieur du kyste hydatique du foie gauche, associé à un épanchement intrapéritonéal en faveur d'une hydatidose rompue.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9098173>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9098173>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)