



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13257

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13257>



### RESEARCH ARTICLE

#### RESECTION DU DOME SAILLANT DANS LE TRAITEMENT DU KYSTE HYDATIQUE DE LA RATE A PROPOS D'UN CAS

Walid Lemhouer, Ilyasse Yassin, Mohamed Said Chairi, Amine Ratbi, Youness Bakali, Farid Sabbah, Raiss Mohamed, Abdelmalek Hrrora and El Alaoui Mouna  
Clinique chirurgicale C, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 10 June 2021

Final Accepted: 14 July 2021

Published: August 2021

#### Abstract

**Introduction :** La pathologie hydatique primitive de la rate est très rare et encore plus rare à provoquer (toute complication . . . pancréatite.). Habituellement, les kystes hydatiques spléniques sont secondaires, résultant soit d'une propagation spontanée des kystes, soit survenant après des opérations impliquant une hydatidose dans d'autres régions. Ici, nous rapportons un cas d'un kyste hydatique splénique primaire isolé traité avec une approche chirurgicale classique. Ce rapport de cas et cette revue de la littérature décrivent la prise en charge de l'envahissement splénique hydatique.

**Présentation Du Cas :** Il s'agit d'une patiente de 33 ans, sans antécédent particulier qui nous a été adressé pour prise en charge d'un kyste splénique de découverte fortuite à l'échographie lors d'un bilan de routine avec sérologie hydatique positive à *Echinococcus granulosus*. L'examen clinique était sans particularité. Le scanner abdominal réalisé objectivait la présence d'un volumineux kyste hydatique splénique occupant plus de la moitié de la rate. La patiente a reçu de l'Albendazole pendant 1 mois puis opérée par laparotomie avec résection du dome saillant du kyste splénique dont les suites ont été simples avec 1 mois supplémentaire de traitement à l'albendazole Aucune particularité n'était notée après un suivi d'un an.

**Conclusion:** Le choix entre chirurgie radicale ou conservatrice reste difficile vu les contraintes de chacune, les complications postopératoires respectives et la diversité des situations cliniques.

Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.

#### Introduction:-

L'hydatidose ou kyste hydatique est une anthroponose due au développement chez l'homme de la forme larvaire du taenia *Echinococcus granulosus*. [1] L'hydatidose est un problème majeur de santé publique. Cette infection parasitaire est endémique dans de nombreux pays du bassin méditerranéen, en particulier au Maroc, en Algérie, en Tunisie, en Italie, en Grèce et en Turquie, ainsi qu'en Océanie et en Amérique du Sud. [2] En 2017, le genre *Echinococcus* a été classé par l'Organisation mondiale de la santé comme l'une des 17 maladies tropicales négligées méritant plus de considération [3]. L'hydatidose est une maladie qui ne doit pas être considérée comme bénigne car peut devenir grave en cas de complication.

**Corresponding Author:- Walid Lemhouer**

Address:- Clinique chirurgicale C, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.

La localisation de la maladie dans la rate est rare et représente 0,9 à 8 % de toutes les infections à échinocoques humaines [4] et de ce fait peut poser un problème d'ordre diagnostique et thérapeutique surtout dans les pays non endémiques. Nous rapportons un cas de KH splénique pris en charge au Service de Chirurgie C de l'Hôpital universitaire Ibn Sina de Rabat.

### Observation clinique:-

Il s'agit d'une patiente de 33 ans, sans antécédent particulier qui nous a été adressé pour prise en charge d'un kyste splénique de découverte fortuite à l'échographie lors d'un bilan de routine avec sérologie hydatique positive à *Echinococcus granulosus*. L'examen abdominal retrouvait un abdomen souple sans masse palpable, le reste de l'examen était sans particularité.

Le scanner abdominal avait permis d'objectiver KH splénique polaire inférieur mesurant 9x7 cm type I (**Figure 1**). La patiente avait reçu de l'Albendazole pendant 1 mois avant d'être opérée, une laparotomie a été réalisée par incision médiane. L'exploration chirurgicale a révélé un kyste hydatique épargnant la moitié du parenchyme splénique (**Figure 2**). La patiente a bénéficié d'un traitement conservateur notamment une résection du dôme saillant. Les suites opératoires ont été simples avec 1 mois supplémentaire de traitement à l'albendazole. Aucune particularité n'était notée après un suivi d'un an.



**Figure 1:-** Scanner abdominal montrant un Kyste Hydatique splénique polaire inférieur mesurant 9x7 cm type I.



**Figure 2:-** Aspect per opératoire du kyste hydatique splénique de la patiente.

**Discussion:-**

La maladie hydatique est un problème de santé majeur dans le monde entier, principalement dans les zones d'élevage de moutons et de bovins. La maladie hydatique de la rate est une affection clinique rare car même dans la région d'endémie, la fréquence serait de 0,5 à 4 % des maladies hydatiques abdominales. Les sites les plus fréquents de la maladie hydatique sont le foie (60 à 70 %), qui agit comme premier filtre et les poumons (10 à 40 %), qui agit comme deuxième filtre. Les sites rares comprennent la rate, la thyroïde, la vésicule biliaire, le système nerveux central, les reins, la feuille de psoas, la région rétropéritonéale, l'orbite. Pratiquement n'importe quel organe peut être infesté par la maladie hydatique.

L'atteinte splénique est un événement rare car les embryons de kyste sont piégés dans le foie et les poumons, avec seulement 15 % entrant dans le système circulation. Les œufs du parasite échappent à la barrière foie-poumon et provoquent une infestation primaire de la rate par la voie artérielle [4]. La maladie hydatique splénique peut également survenir avec une propagation rétrograde des parasites via les veines portes et spléniques contournant le poumon et le foie. La maladie hydatique splénique secondaire suit habituellement une diffusion systémique disséminée ou intrapéritonéale après la rupture d'un kyste hydatique hépatique. Le kyste hydatique se compose de trois couches. L'adventice la plus externe (pseudo kyste) est formée de tissu splénique comprimé, d'une membrane stratifiée de couche intermédiaire d'ectocyste friable et d'une couche germinale la plus interne, l'endokyste. La présentation de la maladie hydatique splénique peut varier considérablement [5].

Les kystes hydatiques spléniques sont généralement asymptomatiques, solitaires à croissance lente et diagnostiqués fortuitement. Les principaux symptômes associés à la maladie sont une gêne abdominale, douleur et masse palpable dans le quadrant supérieur gauche. Tarccoveanu E. a rapporté 38 cas d'échinococcose splénique et la douleur abdominale était le symptôme le plus fréquent chez ces patients [6].

Les complications du kyste hydatique splénique non traité sont principalement une infection secondaire, une inflammation (Lippit et al., 1967) et un abdomen aigu, une compression d'autres viscères, une rupture intra-abdominale et une fistulisation de l'intestin, principalement du côlon provoquant une douleur intense et pouvant s'avérer vitale. -une inflammation péri-kystique menaçante peut provoquer des adhérences avec les organes voisins tels que le rein, le diaphragme gauche, le côlon, l'estomac. Teke et al. [7, 8] ont rapporté un kyste hydatique splénique perforant dans le côlon gauche et provoquant une hémorragie gastro-intestinale massive. La rupture du kyste hydatique splénique dans le thorax entraînant une fistule spléno-thoracique a également été rapportée. Des réactions anaphylactiques sévères dues à la rupture du kyste sont également rapportées, entraînant fièvre, prurit, dyspnée, stridor et œdème de la face. La croissance peut provoquer une compression des vaisseaux segmentaires de la rate.

L'échographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique de l'abdomen sont les examens les plus utiles au diagnostic, montrant des calcifications kystiques, des vésicules filles ou des septa intra-kystiques [9,10,11]. Combinés à la sérologie hydatique, ces examens d'imagerie permettent la confirmation diagnostique du KH splénique [9,12]

Le traitement médical à base d'imidazolés est prescrit pour les formes multi-viscérales même si les résultats sont insuffisants [9]. Le traitement des KH spléniques est essentiellement chirurgical [9,12, 13]. La splénectomie totale a l'avantage de supprimer l'organe parasité, d'éviter les récives et les complications liées à la coque résiduelle [14]. Mais elle est de réalisation délicate en cas d'adhérences kysto-viscérales. Des complications graves peuvent être rencontrées, telles que le choc hémorragique, l'abcès sous phrénique ou les accidents infectieux (pneumopathies fulminantes, septicémies...) surtout chez l'enfant [15].

A long terme, le développement de lésions d'athérome, amenant à l'ischémie myocardique, pourrait être favorisé [16]. Dès lors, la splénectomie totale paraît moins légitime surtout en présence d'une pathologie bénigne. Les techniques chirurgicales conservatrices sont donc à encourager bien qu'elles aient des complications propres. Ces techniques sont la Résection du Dôme Saillant et la splénectomie partielle qui repose sur la connaissance parfaite de la segmentation vasculaire splénique et sur l'amélioration des matériels de sutures et d'hémostase [17,18].

La résection du dôme saillant a l'avantage d'être une intervention bénigne, peu hémorragique, presque toujours réalisable, dès lors que le KH est accessible à la surface de la rate et épargne plus du quart du parenchyme splénique ce qui était le cas pour notre patiente. Par contre, elle laisse du péri-kyste en place pouvant être siège de cavité résiduelle et d'infection postopératoire [9].

La splénectomie partielle, apparaît comme une attitude intermédiaire qui évite les complications de la RDS et de la splénectomie totale en conservant plus de 25% du parenchyme splénique [15]

La voie d'abord dépend de la localisation du ou des KH spléniques, et de l'association à d'autres localisations kystiques. L'abord laparoscopique est réalisable pour presque tous les cas, avec de bons résultats à court et à long terme [9].

Le traitement médical est le pilier du traitement dans la période de suivi postopératoire. Thérapie antihelminthique utilisant des médicaments de chimiothérapie benzimidazole avec l'albendazole 10 à 15 mg/kg/jour pendant un mois ou du mébendazole 40 à 50 m/kg/jour pendant 3 à 6 mois [5].

### Conclusion :-

En conclusion, la rareté avec laquelle il est rencontré fait de la maladie hydatique splénique un formidable défi de diagnostic précoce, en particulier dans les zones non endémiques. La maladie hydatique doit être envisagée dans le diagnostic différentiel de toutes les masses kystiques de la rate, surtout dans les régions géographiques où la maladie est endémique. Le kyste hydatique splénique peut devenir un problème chirurgical difficile. L'évaluation préopératoire doit être effectuée avec soin. La tomодensitométrie est l'investigation la plus sensible pour le diagnostic. Les relations anatomiques du kyste hydatique splénique doivent être démontrées avant la chirurgie en raison de présentations variées. Bien que la prise en charge doive être individualisée pour chaque patient, une résection chirurgicale est la meilleure intervention curative. Un traitement médical post-chirurgical est nécessaire pour assurer une guérison complète.

### Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale

### Consentement du patient

Un consentement éclairé a été obtenu du patient pour la publication.

### Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### Financement

Cet article n'a reçu aucune subvention spécifique d'un organisme de financement du secteur public, commercial ou sans but lucratif.

### Figures

Figure I : Scanner abdominal montrant un Kyste Hydatique splénique polaire inférieure mesurant 9x7 cm type I

Figure II : aspect per opérateur du kyste hydatique splénique de la patiente

### Références:-

1. CBOA Salem, F Schneegans, JY Chollet « Étude des aspects lésionnels de l'échinococcose hydatique chez l'Homme en Mauritanie: fertilité, histologie des kystes hydatiques et viabilité des protoscolex ».
2. M. Moujahid, M. T. Tajdine, A. Achour, et M. I. Janati, « Kyste hydatique de la rate. À propos de 36 cas. Expérience du service », J. Afr. Hépatogastroentérologie, vol. 3, no 4, p. 212-215, déc. 2009,
3. OMS « Échinococcose ». <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/echinococcosis>
4. H. Ben Ameer, N. Affes, C. Abdelhedi, A. Kchaou, S. Boujelbene, et M. I. Beyrouti, « Hydatid Cyst of the Spleen: Tunisian Series of 21 Cases », Indian J. Surg., vol. 77, no Suppl 2, p. 515-519, déc. 2015,
5. MM Pukar, SM Pukar : Giant solitary hydatid cyst of spleen—A case report- International journal of surgery case reports, Volume 4, Issue 4, P 435-437 2013 – Elsevier
6. Tarcoveanu E, Plesa A, Danila N, Lupascu C, Cotea E, Negru R. Splenic hydatid cyst, Observations upon 38 cases of splenic echinococcosis. Revista Medico-Chirurgicala a Societatii de Medici Si Naturalisti Din Iasi 2002;107:311-5.
7. Lippitt WH, Akhavan T, Caplan GE. Epidermoid cyst of the spleen with rupture and inflammation. Archives of Surgery 1967 Jul;95(1):74-8.
8. Teke Z, Yagci AB, Atalay AO, Kabay B. Splenic hydatid cyst perforating into the colon manifesting as

- massive lower gastrointestinal bleeding: an unusual presentation of disseminated abdominal echinococcosis. Singapore Medical Journal 2008;49:113–6.
9. Ousadden Abdelmalek, Raiss Mohamed, Hrra Abdelmalek, AilLaalim Said. Kystes hydatiques de la rate: chirurgie radicale ou conservatrice. Pan African Med J. 2010; 5(21):1-14. PubMed | Google Scholar
  10. Abi F, El Fares F, Khaiz D, Bouzidi A. Les localisations inhabituelles du kyste hydatique: à propos de 40 cas. J Chir. 1989; 126:307-312. PubMed | Google Scholar
  11. Franquet T, Montes M, Lecumberri FJ, Esparza J, Bescos JM. Hydatid disease of the spleen: imaging findings in nine patients. AJR. 1990; 154:525-528. PubMed | Google Scholar
  12. Meimarakis G, Grigolia G, Loehe F, Jauch KW, Schauer RJ. Surgical management of splenic eccinococcal disease. Eur J Med Res. 2009; 14:165-170. PubMed | Google Scholar
  13. Karabicak Ilhan, Yurtseven Ilyas, Yuruker Savas, Ozen Necati, Kesim Mete. Splenic hydatid cyst. Can J Surg. 2009; 52(5):209- 210. PubMed | Google Scholar
  14. Moumen M, El Alaoui M, Mokhtari M, El Fares F. Pour un traitement conservateur du kyste hydatique de la rate. J Chir. 1991; 128:260-2. This article on PubMed
  15. Sheikha AK, Salih ZT, Kasnazan KH, Khoshnaw MK, Al-Maliki T, Al-Azraqi TA, Zafer MH. Prevention of overwhelming postsplenectomy infection in thalassemia patients by partial rather than total splenectomy. Can J Surg. 2007; 50(5):382-6. This article on PubMed
  16. Lacombe M. Conservation de la rate dans la chirurgie du kyste hydatique splénique. Presse Med. 1983; 12:1547. This article on PubMed
  17. Bourgeon R, Catalano H, Pantin JP. L'échinococcose splénique. J Chir. 1960; 80:608-32
  18. Velanpovich V, Weaver M. Partial splenectomy using a coupled saline-radiofrequency hemostatic device. Am J Surg. 2003; 185:66-8. This article on PubMed.