



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

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/18330

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/18330>



### RESEARCH ARTICLE

#### HYDATIDOSE HEPATIQUE COMPLIQUÉ DE CHOC ANAPHYLATIQUE EN PEROPERATOIRE

P.B. Mavoungou<sup>1</sup>, A. Monteiro<sup>1</sup>, L. Yodi<sup>2</sup>, Y.El Ouardi<sup>2</sup> and M. Khallouki<sup>1</sup>

1. Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Ibn Tofail.
2. CHU Mohamed VI, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad Marrakech.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 26 December 2023

Final Accepted: 28 January 2024

Published: February 2024

#### Abstract

**Introduction:** Le kyste hydatique du foie est une affection parasitaire due au développement d'*Echinococcus granulosus*, très fréquente en Afrique du Nord (1). Les accidents au cours de la chirurgie se manifestent le plus souvent par leur rapidité d'installation, leur gravité et la difficulté du diagnostic étiologique, qui peut être d'origine anaphylactique, hémorragique ou toxique (2,3). Le choc anaphylactique en peropératoire, est une complication que peut-être grave et impose un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate (2,3). Nous rapportons ici un cas d'hydatidose hépatique et péritonéale compliqué d'un choc anaphylactique en peropératoire.

**Patient et Observation:** Il s'agit d'une patiente âgée de 21 ans de sexe féminin, opérée il y a 7 ans pour kyste hydatique du foie n'ayant pas de notion d'allergie, qui a été admise pour une récurrence d'hydatidose hépatique. L'examen clinique est fait des douleurs abdominales diffuses, et d'une hépatomégalie évoluant depuis 1 mois et sans autres signes associés. Les examens paracliniques tel que numération formule sanguine, ionogramme sanguin, hémostase et bilan rénal sont normaux et bilan hépatique a noté la présence d'une cytolysé hépatique (ASAT: 476 UI/L et ALAT: 394 UI/L) ainsi que la sérologie hydatique positive. La radiographie thoracique est normale, Une échographie abdominale a été réalisée et a montré des formations kystiques hépatiques et péritonéales et confirmée par la tomodynamométrie abdominale. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale par du fentanyl (3µg/kg), propofol (2,5mg/kg) et du rocuronium (0,6mg/kg). L'entretien anesthésique est fait par d'isoflurane. Le peropératoire est marqué par l'apparition d'un collapsus vasculaire avec hypotension artérielle 60/30 et une Pression artérielle moyenne à 39mmHg suivi d'une désaturation à 65% et sans signe cutané associé. La prise en charge a débuté précocement par un remplissage vasculaire par du sérum salé isotonique 0,9% (30ml/kg), à deux reprises et sans amélioration de l'état hémodynamique faisant évoquer un choc anaphylactique, le recours à l'administration intraveineuse d'un bolus d'adrénaline de 100µg à trois reprises, et d'une corticothérapie à base d'hémisuccinate d'hydrocortisone 100 mg en IVD, suivie d'une perfusion continue d'adrénaline à raison de 0,5µg/kg/mn à travers d'une voie veineuse centrale. Le sevrage

**Corresponding Author: P.B. Mavoungou**

Address: Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital Ibn Tofail.

D'adrénaline a été fait au bout de 24 heures après la surveillance au service de la réanimation chirurgicale.

**Conclusion:** La survenue d' un choc anaphylactique peropératoire au cours d'une hydatidose hépatique est un événement très rare, mais grave par sa rapidité d'installation, sa difficulté diagnostic et sa mortalité élevée. L'efficacité de la prise en charge découle de la rapidité diagnostic et thérapeutique dont l'adrénaline est le produit de référence dans cette situation.

*Copy Right, IJAR, 2024.. All rights reserved.*

.....  
**Introduction:-**

Le kyste hydatique du foie est une affection parasitaire due au développement d'*Echinococcus granulosus*, très fréquente en Afrique du Nord (1).

Les accidents au cours de la chirurgie se manifestent le plus souvent par leur rapidité d'installation, leur gravité et la difficulté du diagnostic étiologique, qui peut être d'origine anaphylactique, hémorragique ou toxique (2,3).

Le choc anaphylactique en peropératoire, est une complication que peut-être grave et impose un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate (2,3).

Nous rapportons ici un cas d'hydatidose hépatique et péritonéale compliqué d'un choc anaphylactique en peropératoire.

**Patient et Observation:-**

Il s'agit d'une patiente âgée de 21 ans de sexe féminin, opérée il y a 7 ans pour kyste hydatique du foie n'ayant pas de notion d'allergie, qui a été admise pour une récurrence d'hydatidose hépatique.

L'examen clinique est fait des douleurs abdominales diffuses, et d'une hépatomégalie évoluant depuis 1 mois et sans autres signes associés.

Les examens paracliniques tel que numération formule sanguine, ionogramme sanguin, hémostase et bilan rénal sont normaux et bilan hépatique a noté la présence d'une cytolyse hépatique (ASAT: 476 UI/L et ALAT: 394 UI/L) ainsi que la sérologie hydatique positive.

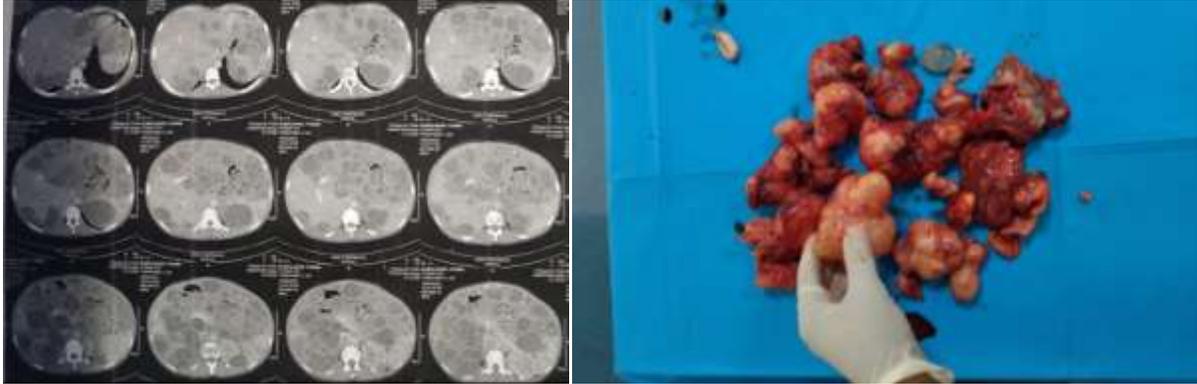
La radiographie thoracique est normale, Une échographie abdominale a été réalisée et a montré des formations kystiques hépatiques et péritonéales et confirmée par la tomodensitométrie abdominale.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale par du fentanyl (3µg/kg), propofol (2,5mg/kg) et du rocuronium (0,6mg/kg). L'entretien anesthésique est fait par d'isoflurane.

Le peropératoire est marqué par l'apparition d'un collapsus vasculaire avec hypotension artérielle 60/30 et une Pression artérielle moyenne à 39mmHg suivi d'une désaturation à 65% et sans signe cutané associé.

La prise en charge a débutée précocement par un remplissage vasculaire par du sérum salé isotonique 0,9% (30ml/kg), à deux reprises et sans amélioration de l'état hémodynamique faisant évoquer un choc anaphylactique, le recours à l'administration intraveineuse d'un bolus d'adrénaline de 100µg à trois reprises, et d'une corticothérapie à base d'hémisuccinate d'hydrocortisone 100 mg en IVD, suivie d'une perfusion continue d'adrénaline à raison de 0,5µg/kg/mn à travers d'une voie veineuse centrale.

Le sevrage d'adrénaline a été fait au bout de 24 heures après la surveillance au service de la réanimation chirurgicale.



TDM abdominale: formations kystiques hépatiques et péritonéales. Aspect macroscopique des kystes hydatiques.

### Discussion:

Le kyste hydatique du foie est une affection parasitaire due au développement d'*Echinococcus granulosus*. Les complications secondaires par rupture avec passage systémique sont graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital dû au choc anaphylactique (4).

Du point de vue physiopathologique, le conflit humoral hôte-parasite est conditionné par la présence, au sein du liquide hydatique, de protéines et de polysaccharides. Les manifestations anaphylactiques de l'hydatidose hépatique sont bien connues. Elles sont liées à la rupture du kyste en intra-péritonéal ou dans les voies biliaires, avec passage systémique de l'antigène hydatique (5).

Il s'ensuit une activation des mastocytes tissulaires et des basophiles sanguins sensibilisés par un contact antigénique antérieur. Ces cellules portent, en surface, des IgE spécifiques liées à des récepteurs membranaires. La réintroduction de l'antigène entraîne la formation de ponts entre les récepteurs dont découle une cascade de réactions et la libération massive de médiateurs biochimiques, histaminiques en particulier (6, 7).

Le caractère ubiquitaire des cellules activées rend compte du polymorphisme des manifestations cliniques observées, bien que le caractère principal soit lié aux manifestations cardio-vasculaires (8). Les manifestations anaphylactiques peuvent revêtir des aspects très différents à type de bronchospasme (9).

Dans notre cas, la réaction anaphylactique a été d'emblée massive avec syndrome cardio-vasculaire au premier rang non associé à un choc hémorragique et sans signes cutanéomuqueux, mais associé à des manifestations respiratoires il s'agit donc d'une réaction anaphylactique vraie.

Le choc anaphylactique survenant en peropératoire est beaucoup moins souvent décrit. Les observations de Jakubowski et al, Terpstra et al ont le mérite d'insister sur la rareté des cas décrits, l'absence de signes prémonitoires, et la difficulté du diagnostic devant la survenue d'un collapsus brutal après la manipulation du kyste (10).

La sévérité des manifestations cliniques, et l'efficacité des mesures thérapeutiques peuvent varier de manière très importante d'une situation à l'autre. Les recommandations thérapeutiques font nécessairement appel à des avis d'experts. En conséquence, la pertinence des choix thérapeutiques lors de la survenue d'une réaction anaphylactoïde repose sur le jugement du clinicien qui doit tenir compte des manifestations cliniques et des options diagnostiques et thérapeutiques disponibles. Le traitement de l'anaphylaxie a pour objectif d'interrompre l'exposition du sujet à l'allergène incriminé, de minimiser les effets induits par les médiateurs libérés et d'en inhiber la production et la libération. Le traitement doit être institué dans les meilleurs délais et repos sur des principes consensuels (11).

La procédure opératoire chirurgicale doit être interrompue chaque fois que possible. Le contrôle de la liberté des voies aériennes est impératif. Le recours à une administration d'oxygène pur doit être systématique. La mise en place d'un accès veineux permettant une perfusion à débit élevé et le monitoring de l'électrocardiogramme et de la pression artérielle doivent être institués. Le patient doit être allongé et les membres supérieurs surélevés. Ces mesures doivent être appliquées dans tous les cas.

Un remplissage vasculaire rapide doit être associé à la prescription d'amine vasopressive. Il consiste en la perfusion rapide de cristalloïdes (20 à 30 ml/kg) en 20 minutes, à répéter si besoin.

L'adrénaline est le médicament de choix. En première intention, associée au remplissage vasculaire, l'adrénaline s'oppose aux effets délétères des médiateurs libérés au cours de la réaction anaphylactoïde par ses propriétés vasoconstrictrices, inotrope positive et bronchodilatatrice. Elle permet également de diminuer la libération des médiateurs par les mastocytes et les basophiles. On injecte une dose initiale de 0,2 à 0,5mg, puis réinjections de 0,1-0,2mg jusqu'à obtention de l'effet cardiovasculaire souhaité. En cas de collapsus persistant, l'adrénaline est poursuivie en continue à la dose de 5 à 20µg/kg/mn (11,12).

Bien qu'il soit classiquement décrit une évolution par vagues du choc anaphylactique, cela est rarement constaté en anesthésie. Il s'agit plutôt de résistance au traitement ou de rechute lorsque l'on allège le débit des catécholamines. Ces risques imposent une surveillance de 24 heures en soins intensifs, même si les patients présentent une rémission de leur symptomatologie.

### Conclusion:

La survenue d'un choc anaphylactique peropératoire au cours d'une hydatidose hépatique est un événement très rare, mais grave par sa rapidité d'installation, sa difficulté diagnostique et sa mortalité élevée.

L'efficacité de la prise en charge découle de la rapidité diagnostique et thérapeutique dont l'adrénaline est le produit de référence dans cette situation.

### Bibliographie:

- 1- Turki O, Bahloul M, Chtara K, Regaieg K, Haddar S, et Bouaziz M. Kyste hydatique du foie compliqué d'un accident vasculaire cérébral ischémique: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2015; 22: 355.
- 2- Terpstra OT, Van Vroonhoven TJ, Muller M. An unexpected complication of a liver biopsy. *Br J Surg.* 1977 Jun;64(6):436-7. [PubMed] [Google Scholar]
- 3- Hernando E, Garcia Calleja JL, Cordoba E, Lahuerta L, Del Rio F, Ferreira V. Hepatic hydatidosis -Review of a series of 677 surgically treated patients. *Gastroenterol Hepatol.* 1996 Mar;19(3):140-5. [PubMed] [Google Scholar]
- 4- Sakhri J, Ben Ali A. Le kyste hydatique du foie. *J Chir* 2004, 141, N°6. Masson, Paris, 2004
- 5- AZZOUZI A. Choc anaphylactique au cours de la chirurgie du kyste hydatique du foie. A propos de onze cas. Thèse de Médecine, Rabat, 191/1985.
- 6- AUDIBERT G. Choc anaphylactique. In : Pourriat JL. Principes de réanimation chirurgicale. Paris : Arnette-Blackwell, 1995 : 427-30.
- 7- FACON A. Choc anaphylactique. *Journal Européen des Urgences* 1997 ; 10 : 88-96.
- 8- GUEUGNIAND PY. Catécholamines dans les états de choc. In : SFAR, éd. Médecine d'Urgence. 43e Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation. Paris : Elsevier, 2001 : 49-60.
- 9- Fisher M, Baldo BA. Anaphylaxie pendant l'anesthésie : aspects actuels du diagnostic et de la prévention. *Eur J Anesthesiol.* 1994 ; 11 : 263-84. Google Scholar.
- 10- Guéant JL, Aimone-Gastin I, Namour F, Laroche D, Bellou A, Laxenaire MC. Diagnostic et pathogenèse des réactions anaphylactiques et anaphylactoïdes aux anesthésiques. *Clin Exp Allergie.* 1998 ; 28 : 65-70. Google Scholar.
- 11- Heilborn H, Jemdhall P, Daleskog M. et al. Comparaison de l'injection sous-cutanée et de l'inhalation à haute dose d'épinéphrine - implications pour l'auto-traitement pour prévenir l'anaphylaxie. *J Allergy Clin Immunol.* 1986; 78 : 1174-9. Google Scholar.
- 12- L'utilisation de l'épinéphrine dans le traitement de l'anaphylaxie : conseil d'administration de l'American Academy of Allergy and Immunology. *J Allergy Clin Immunol.* octobre 1994 ; 94 ((4)):666-8. Google Scholar.