

# Hydatidose disséminée thoraco-abdominale : Une forme multi-viscérale rare et complexe

## Thoraco-abdominal disseminated hydatid disease: A rare and complex multi-organ form

Najla Bahloul<sup>1</sup>, Oumayma Bellakhal<sup>1</sup>, Ahmed Ben Ayed<sup>2</sup>, Hèla Ben Jmaà<sup>3</sup>, Mouna Nasri<sup>2</sup>, Faten Dhoub<sup>3</sup>, Amina Kammoun<sup>4</sup>, Samy Kammoun<sup>1</sup>, Abdessalem Hentati<sup>2</sup>.

1. *Department of pneumology Hedi Chaker Hospital Sfax Tunisia.*
2. *Department of thoracic surgery Habib Bourguiba Hospital Sfax Tunisia.*
3. *Department of cardio-vascular surgery Habib Bourguiba Hospital Sfax Tunisia.*
4. *Department of radiology Hedi Chaker Hospital Sfax Tunisia.*

### RÉSUMÉ

L'hydatidose multi-viscérale est une atteinte simultanée de plusieurs organes, posant des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 27 ans, qui a consulté pour une toux productive, fièvre et amaigrissement. L'imagerie a objectivé de multiples kystes du poumon, du foie, de la rate et du péritoine. Une hydatidose multi-viscérale a été retenue. Elle a eu un traitement médical, suivi d'une lobectomie et une résection des kystes hépatiques et des fistules hépato-pulmonaires. L'évolution a été marquée par l'apparition de fistules biliaires.

### MOTS-CLÉS

Hydatidose; multi-viscérale; lobectomie; prise en charge multi-disciplinaire.

### SUMMARY

Multi-visceral hydatid disease is characterized by simultaneous involvement of multiple organs, posing diagnostic and therapeutic challenges.

We report the case of a 27-year-old woman, presenting with productive cough, fever, and weight loss. Thoraco-abdominal imaging revealed multiple cystic lesions involving the lung, liver, spleen, and peritoneum. A diagnosis of multivisceral hydatid disease was established. She received medical therapy followed by lobectomy and hepatic cyst resection. The postoperative course was complicated by persistent biliary fistulas requiring prolonged management.

### KEYWORDS

Hydatidosis, multi-visceral; lobectomy; multi-disciplinary management

### Correspondance

Hèla Ben Jmaà  
Department of cardio-vascular and thoracic surgery Habib Bourguiba Hospital Sfax Tunisia.  
Email: helabenjmaa2015@gmail.com

## INTRODUCTION

Une patiente âgée de 27 ans, mariée, non tabagique, originaire de Kasserine, sans antécédents pathologiques personnels ni familiaux.

Elle a consulté pour une toux productive évoluant depuis une semaine, avec des expectorations jaunâtres à brunâtres, dans un contexte fébrile, sans amélioration sous traitement symptomatique. L'évolution a été marquée par un épisode unique d'hémoptyisie de faible abondance.

Par ailleurs, la patiente rapportait des douleurs péri-ombilicales évoluant depuis plusieurs mois, associées à une altération de l'état général évoluant depuis environ sept mois, avec un amaigrissement estimé à 20 kg. Il n'y avait pas de douleur thoracique ni de dyspnée.

À l'examen clinique, la patiente était sub-fébrile à 38°C, la fréquence respiratoire était de 16 cycles/min, la pression artérielle de 130/70 mmHg et la fréquence cardiaque de 115 bpm. L'examen pleuro-pulmonaire objectivait un syndrome pleurétique droit. L'examen abdomino-pelvien retrouvait un abdomen souple, légèrement distendu, avec présence d'une formation kystique vulvaire.

L'examen gynécologique spécialisé concluait à un rectocèle extériorisé sans indication urgente.

Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 13 390/mm<sup>3</sup> avec prédominance neutrophile, une anémie microcytaire (Hb = 8,1 g/dl; VGM = 77 fl), ainsi qu'un syndrome inflammatoire marqué (CRP = 92 mg/L). La fonction rénale était normale, avec un taux de prothrombine (TP) abaissé à 64 %.

La radiographie thoracique a mis en évidence une opacité de tonalité hydrique occupant les deux tiers du champ pulmonaire droit, à limite supérieure concave (figure 1).



Figure 1. Radio-thorax montrant une opacité de tonalité hydrique du champ pulmonaire droit.

L'échographie abdominale révélait d'innombrables formations kystiques hépatiques et péritonéales. La TDM thoraco-abdominale confirmait la présence de lésions kystiques multiples et extensives intéressant le poumon, le foie, la rate, le péritoine et possiblement le pancréas, en faveur d'une hydatidose multi-viscérale.

Un traitement médical à base d'albendazole a été instauré avant le transfert en chirurgie thoracique.

La patiente a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale combinée comprenant une lobectomie inférieure droite (figure 2), une résection des kystes hépatiques dominants des segments VI et VII par thoracotomie postérolatérale avec phrénotomie, ainsi que la fermeture de fistules biliaires (figure 3). La découverte de la fistule hépato-pulmonaire en peropératoire expliquait la biliptyisie considérée au début comme expectorations brônâtres. Deux drains thoraciques et une sonde de Salem ont été mis en place.

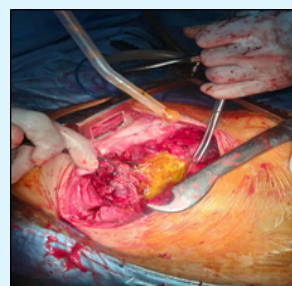


Figure 2. Des membranes hydatiques avec du liquide biliaire au niveau du lobe inférieur droit.

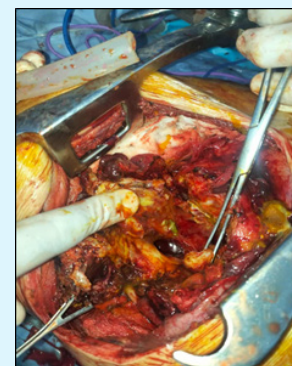


Figure 3. Fistule hépato-pulmonaire avec issue de bile.

Les suites opératoires ont été marquées par la persistance de fistules biliaires avec un débit atteignant 400 ml/jour, associées à une fuite aérienne et à une réexpansion pulmonaire incomplète. Les drains ont été retirés au 17<sup>e</sup> jour post-opératoire après obtention d'une adhérence pulmonaire.

La durée totale d'hospitalisation était de 21 jours. La patiente est sortie sous traitement médical associant albendazole (1 comprimé deux fois par jour), antalgiques et anticoagulation préventive par énoxaparine, avec un rendez-vous de contrôle, et une indication de réalisation d'une bili-IRM ainsi qu'un suivi en chirurgie thoracique.

## DISCUSSION

L'hydatidose est une anthrozoonose cosmopolite due à la forme larvaire d'*Echinococcus granulosus*, parasite de la famille des cestodes. Il s'agit d'une infection parasitaire encore fréquente dans le monde, notamment dans les pays du pourtour méditerranéen. Elle est plus fréquente dans les zones d'élevage et en milieu rural [3].

En Tunisie, l'hydatidose demeure un problème majeur de santé publique, avec une distribution hyperendémique, notamment dans les régions du centre et de l'ouest du pays. L'incidence chirurgicale annuelle est estimée à environ 12,6 cas pour 100 000 habitants, tandis que la prévalence du portage asymptomatique varie entre 1,5 % et 4 % selon les régions.

Cette situation s'explique par la persistance de facteurs favorisant la transmission, incluant les pratiques d'élevage traditionnelles, la forte densité du réservoir canin, l'abattage non contrôlé en milieu rural, et les conditions climatiques favorables à la survie du parasite.

Les localisations hépatiques sont les plus fréquentes, suivies des localisations pulmonaires. Les kystes hydatiques sont souvent uniques. Toutefois, des formes bilatérales ou diffuses sont possibles. L'échinococcose multi-viscérale est une forme rare représentant environ 10 % des hydatidoses, et pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques [3].

Elle est le plus souvent secondaire à la rupture d'un kyste hydatique hépatique ou splénique, entraînant une dissémination intra-péritonéale des protoscolex. Dans notre cas, la multiplicité des localisations (hépatique, péritonéale, splénique et thoracique) suggère fortement une dissémination secondaire, probablement liée à la fissuration d'un kyste initial.

D'autres mécanismes plus rares ont été décrits, notamment la dissémination hématogène primitive, ou la voie lymphatique via le système veineux de Retzius et les anastomoses pelviennes. Toutefois, ces mécanismes restent exceptionnels.

Sur le plan clinique, l'hydatidose péritonéale évolue souvent de manière insidieuse, et reste longtemps asymptomatique, expliquant un retard diagnostique fréquent. Les manifestations sont polymorphes et non spécifiques, et sont dominées par des douleurs abdominales, une masse palpable, ou des signes compressifs. Dans notre observation, la patiente présentait des douleurs abdomino-pelviennes associées à une altération marquée de l'état général, avec un amaigrissement important, traduisant le caractère évolué de la maladie.

L'hydatidose péritonéale et pelvienne est une localisation inhabituelle, avec une incidence estimée entre 0,3 et 4,3 % des cas [4].

Les localisations pelviennes et génitales de l'hydatidose demeurent rares, même dans les zones d'endémie [5]. Une série Marocaine portant sur 8 cas de kystes hydatiques pelvi-génitaux rapportait une prédominance des atteintes génitales féminines, avec une présentation clinique dominée par des masses abdomino-pelviennes chez des patientes majoritairement originaires de zones rurales. Les auteurs soulignaient également la difficulté diagnostique pré-opératoire et l'importance d'évoquer systématiquement l'hydatidose devant toute formation kystique pelvienne en zone endémique [6].

Dans notre observation, la présence d'une formation kystique vulvaire associée à une hydatidose multi-viscérale extensive rend fortement probable une localisation hydatique pelvienne secondaire. Bien qu'aucune confirmation anatomo-pathologique n'ait été obtenue pour cette localisation, le contexte épidémiologique, l'atteinte disséminée et l'aspect kystique plaident en faveur de cette hypothèse [6].

La coexistence d'atteintes thoraciques et abdominales étendues évoque soit une dissémination trans-diaphragmatique, soit une atteinte systémique. L'atteinte pleurale hydatique demeure une complication rare, mais bien décrite des localisations thoraciques de l'échinococcose. Elle survient le plus souvent secondairement à la rupture d'un kyste hydatique pulmonaire ou sous-diaphragmatique dans la cavité pleurale. Dans une série rétrospective de 11 cas d'hydatidose pleurale, les auteurs rapportaient une présentation clinique dominée par les douleurs thoraciques, la dyspnée, et l'altération de l'état général, avec un syndrome d'épanchement pleural retrouvé à l'examen clinique dans plus de la moitié des cas. L'imagerie thoracique montrait principalement des opacités pleurales ou des niveaux hydro-aériques, souvent associés à un kyste hydatique pulmonaire sous-jacent [7].

Dans notre observation, l'aspect radiologique initial évoquait également un important épanchement pleural droit, avant que la TDM thoraco-abdominale ne mette en évidence une atteinte hydatique thoraco-abdominale multi-viscérale extensive. Cette présentation illustre le caractère parfois trompeur des formes pleurales de l'hydatidose, pouvant simuler une pathologie infectieuse ou néoplasique et retarder le diagnostic.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie. L'échographie et la tomodensitométrie permettent de préciser le nombre, la taille, et la localisation des kystes, ainsi que leurs rapports anatomiques. Elles présentent une excellente sensibilité et spécificité, en montrant des images caractéristiques de kystes hydatiques, uni- ou multi-vésiculaires. Dans notre cas, la TDM thoraco-abdominale a été déterminante pour affirmer le caractère multi-viscéral et extensif de l'atteinte.

Le diagnostic différentiel se pose principalement avec les carcinomatoses, la tuberculose péritonéale, ou certaines tumeurs kystiques. Dans notre observation, l'aspect diffus des lésions péritonéales pouvait initialement faire évoquer une carcinose, soulignant l'importance de l'imagerie et du contexte épidémiologique.

L'hydatidose multi-viscérale constitue un véritable défi diagnostique et thérapeutique en raison de l'atteinte simultanée de plusieurs organes. Dans ce contexte, les techniques d'imagerie avancées jouent un rôle essentiel dans l'évaluation précise de l'étendue de la maladie et la planification chirurgicale.

La prise en charge repose sur une approche multi-disciplinaire, impliquant une collaboration étroite entre les chirurgiens thoraciques et les chirurgiens viscéraux, comme illustré dans notre observation par la réalisation combinée d'une lobectomie et de résection hépatique.

Les complications post-opératoires, notamment les fistules biliaires, sont relativement fréquentes après chirurgie de l'hydatidose hépatique et thoracique. Leur prise en charge repose sur un drainage adéquat et une surveillance rigoureuse. Le traitement anti-parasitaire par albendazole est indispensable, car il réduit significativement le risque de récurrence [8].

## CONCLUSION

L'hydatidose multi-viscérale demeure une forme rare et sévère de l'échinococcose kystique, posant d'importants défis diagnostiques et thérapeutiques. Notre observation illustre une atteinte extensive associant plusieurs territoires thoraco-abdominaux, pouvant mimer d'autres pathologies plus fréquentes, notamment tumorales ou infectieuses.

Ce cas souligne le rôle essentiel de l'imagerie dans le diagnostic et le bilan d'extension, ainsi que l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire associant traitement médical par albendazole et la chirurgie combinée dans les formes compliquées.

Enfin, une prise en charge précoce et coordonnée reste indispensable afin de limiter la morbidité, prévenir les complications, et réduire le risque de récurrence dans ces formes complexes.

## REFERENCES

1. Lamyae Amro 1,&, Saloua El Fadili 1, Hind Serhane 1, Hafsa Sajjai 1, Salma Ait Batahar 1. Unusual location of multiple hydatidosis, pancreatic and pelvic: about a case. Pan African Medical Journal. 2017; 26: 214.
2. Elfazazi H, Kouach J, Babahabib A, Oukabli M, Hafidi MR, Salek G, Moussaoui RD, Dehayni M. Kyste hydatique primitif pelvien. Imagerie de la Femme. 2010; 20(2): 438-442.
3. Bougteb, S. Hallouli, H. Arfaoui, H. Jabri, W. Elkhatabi, H. Aff. Hydatidose multi-viscérale : profil épidémiologique et prise en charge diagnostique et thérapeutique. Revue des Maladies Respiratoires Actualités 15 (2023) 74-274.
4. Jamal Bouihi, Houda Moustaid, Bouchra El Amrani, Ahmed Mimouni. Primary pelvic hydatid cyst: about a case. Pan African Medical Journal. 2016; 25:23.
5. H. Elfazazi, J. Kouach, A. Babahabib, M. Oukabli, M.R. Hafidi, G. Salek, R.D. Moussaoui, M. Dehayni. Kyste hydatique primitif pelvien. Imagerie de la Femme Volume 20, Issue 2, June 2010, Pages 107-110.
6. M Laghzaoui Boukaidi, S Bouhya, A Soummani, S Hermas, O Bennan, O Sefrioui, M Aderdour. Pelvic hydatid cyst: apropos of 8 cases. Gynecol Obstet Fertil. 2001 May; 29(5): 354-7.
7. M. Elmghari, H. Benjelloun, N. Zaghba, A. Bakhatar, N. Yassine. L'hydatidose pleurale. Revue des Maladies Respiratoires Volume 33, Supplement, January 2016, Page A226.
8. J. Krichene, A. Trigui, Y. Mejdoub, M. Ben Yahya, H. Berjab, M. Frikha, M. Ben Amar, J. Dammak, R. Mzali, J. Jdidi. Les kystes hydatiques du foie compliqués de larges fistules kysto biliaires traitées par un traitement conservateur. Médecine et Maladies Infectieuses Volume 49, Issue 4, Supplement, June 2019, Page S12