

**WHEN PORTAL HYPERTENSION REVEALS THE HYDATID CYST OF THE LIVER!
(ABOUT 5 CASES AND LITERATURE REVIEW)*****H. Abid, A. Maktoub, A. El Marouni, A. Lamine, M. Lahlali, N. Lahmidani, M. El Yousfi, D. Benajah, A. Ibrahimi and M. El Abkari**Laboratoire Pathologie Humaine, Biomédecine et Environnement, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès,
Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès. Maroc.***Corresponding Author: H. Abid**

Laboratoire Pathologie Humaine, Biomédecine et Environnement, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès. Maroc.

Article Received on 10/03/2022

Article Revised on 30/03/2022

Article Accepted on 20/04/2022

ABSTRACT

Liver hydatid cyst (LHC) is a benign parasitic disease of the liver. This disease is endemic in Morocco and throughout the Maghreb where it is a public health problem. This affection is often latent, of fortuitous discovery, it can, however, be enameled of several complications sometimes revealing, putting at stake the prognosis vital. Portal hypertension remains one of the exceptional complications. We report a series of 5 patients admitted for management of gastrointestinal bleeding or ascites whose etiological diagnosis was a compressive LHC.

KEYWORDS: Liver hydatid cyst, portal hypertension.**INTRODUCTION**

Le kyste hydatique est une pathologie cosmopolite. Il constitue un problème de santé publique par sa fréquence élevée, ses répercussions socioéconomiques et ses complications qui peuvent être mortelles. L'hypertension portale secondaire à une obstruction du flux portal en reste une des complications exceptionnelles.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective entre 2012 et 2018 incluant 5 malades admis aux urgences adultes du centre hospitalier hassan II de Fès, pour hémorragie digestive ou douleur abdominale fébrile dont l'exploration biologique et radiologique était une faveur d'une HTP secondaire à un KHF compressif.

Nous étudions ici la présentation clinique, le résultat des bilans biologiques et radiologiques et la prise en charge adoptée à chaque patient.

RESULTATS

Il s'agit de 5 nouveaux cas (après une première observation publiée en 2011),^[1] tous de sexe masculin, admis au centre hospitalier universitaire HASSAN II à Fès pour prise en charge d'une hypertension portale en décompensation hémorragique et/ou ascitique.

L'âge moyen était de 46,8 ans, 3 patients ont déjà subi une chirurgie pour KHF et un patient a été opéré pour des kystes hydatiques à double localisation hépatique et

pulmonaire. 2 cas ont été admis aux urgences pour une hémorragie digestive faite d'hématémèses et de mélénas avec un syndrome anémique, les autres cas avaient consulté pour une distension abdominale avec sensation fébrile. L'examen clinique à l'admission objectivait un ictère cutanéomuqueux d'allure cholestatique avec hépatomégalie à surface irrégulière chez 4 patients, une matité diffuse à la percussion chez tous les malades, et une splénomégalie chez un seul cas. Le bilan biologique avait montré une anémie chez tous nos patients avec une hémoglobine moyenne à 8,2 g/dl, une thrombopénie chez un seul malade à 30000 éléments/mm³, un taux de prothrombine inférieur à 70% chez 2 cas. Les transaminases étaient élevées supérieur à 2 fois la normale chez 60% des patients, le bilan de cholestase est revenu perturbé chez 80% des malades (n=4). La ponction de liquide d'ascite a révélé une infection chez un seul malade qui avait un KHF surinfecté fistulisé dans le péritoine. L'endoscopie haute mettait en évidence des varices œsophagiennes, des varices sous cardiales avec gastropathie d'HTP chez 3 malades. La ligature hémostatique a été réalisée permettant de contrôler le saignement chez 2 cas ayant présenté une hémorragie digestive haute. L'échographie et le Scanner abdominal, avaient montré ; un à plusieurs kystes hydatiques hépatiques de tout type. Ces kystes hydatiques sont fistulisés dans les voies biliaires et responsables d'une compression du tronc porte plus ou moins de la veine cave inférieure chez tous nos patients, associée à une compression des veines sus-hépatiques chez deux cas.

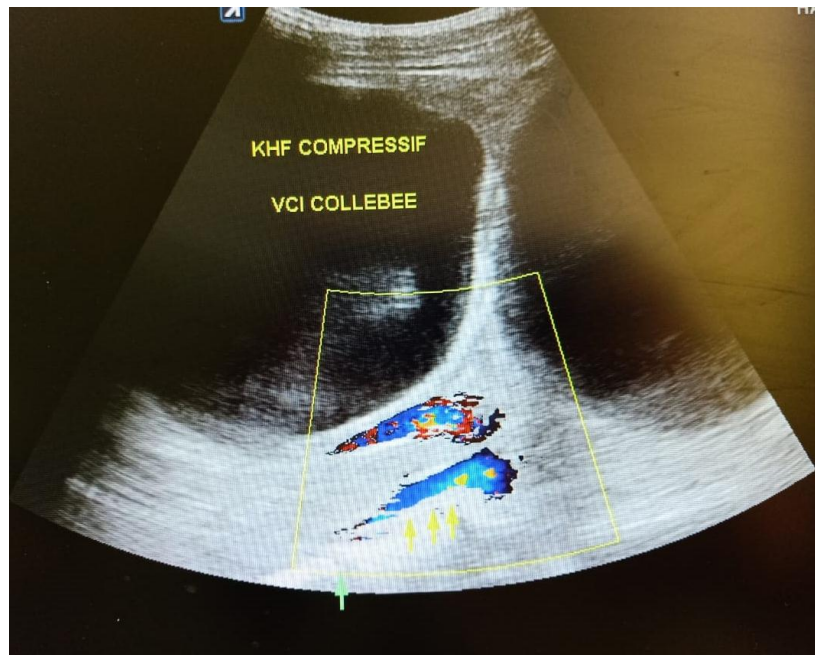


Figure 1: image échographique d'un KHF compressif avec une veine cave inférieure collabée.

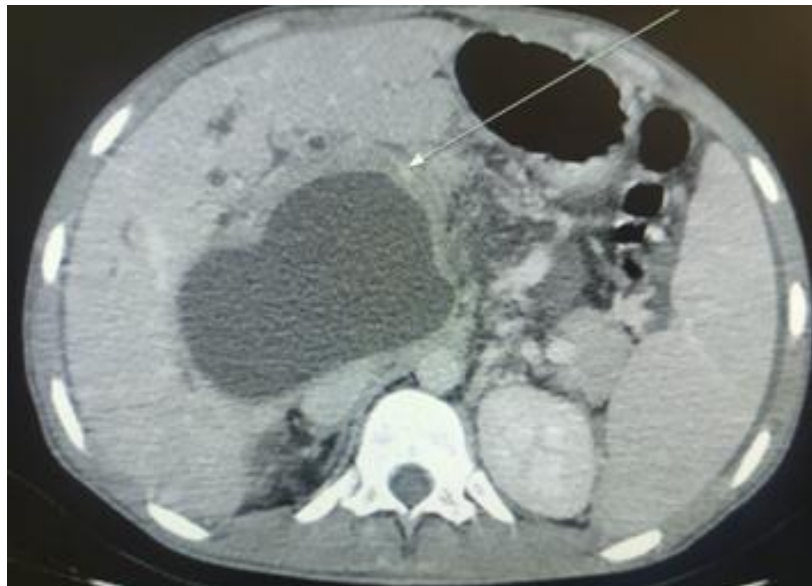


Figure 2: image d'une coupe scannographique axiale montrant un kyste hydatidique type CE1 exerçant un effet de masse sur le tronc porte (la flèche montre le tronc porte).

Un seul malade avait un KHF du foie droit classé CE1 surinfecté et fistulisé dans le péritoine avait bénéficié d'un drainage radiologique ramenant du pus et de la bile. Le traitement endoscopique par CPRE a concerné tous nos malades, mettant en évidence une fistule kystobiliaire, d'où la réalisation d'une sphinctérotomie, avec mise en place d'une prothèse biliaire chez 2 cas ayant une sténose biliaire hydatique. Un patient a bénéficié au cours de son hospitalisation d'un traitement chirurgical ; la résection du dôme saillant de tous les kystes avec fermeture de toutes les fistules. 2 patients n'ont pas été candidats à un traitement chirurgical puisque le geste était à haut risque hémorragique vu la présence de plusieurs dérivations veineuses chez un malade et vu un problème d'anesthésie chez l'autre. Les

2 autres cas ont été programmés pour une chirurgie ultérieure.

Tous nos patients ont été mis sous traitement médical à base d'antibiothérapie à large spectre, des diurétiques et d'albendazole après amélioration du bilan hépatique. Les 2 patients ayant une décompensation hémorragique ont été mis sous bêtabloquants et protocole de ligature. L'évolution était marquée par l'absence de récurrence hémorragique.

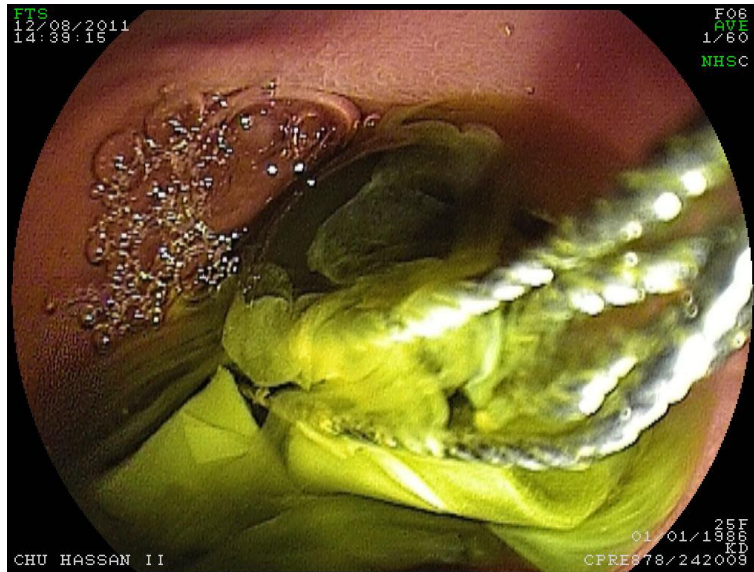


Figure 3: Vue endoscopique après sphinctérotomie et extraction des membranes hydatiques.



Figure 4: Aspect d'une cholangiographie endoscopique rétrograde montrant des images lacunaires (flèche rose) en rapport avec une obstruction de la voie biliaire principale par du matériel hydatique et lithiases, une vésicule biliaire multilithiasique (flèche verte), et un énorme kyste hydatique hépatique (flèche bleue).

DISCUSSION

Le kyste hydatique du foie est une affection parasitaire due au développement intra hépatique de l'*echinococcus granulosus*. Elle demeure fréquente et constitue un problème de santé publique dans les pays de forte endémie comme: le pourtour méditerranéen, l'Afrique du nord.^[2]

Les complications vasculaires comptent parmi les complications les plus rares du KHF (< 1% dans la littérature.^[3] La taille et la topographie du KHF sont deux facteurs indispensables à la survenue des compressions veineuses^[4, 5, 6], pouvant toucher le système porte ou le

système veineux sus-hépatique. Le syndrome de Budd Chiari (SBC) est l'apanage des KHF du dôme hépatique.

Une classification de l'hypertension portale d'origine hydatique a été proposée par Bourgeon et al dans les années 80, elle comporte 4 stades^[7] mais elle n'est pas utilisée.

L'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes était le mode de révélation de l'hypertension portale chez 2 cas rapportés ici, et le diagnostic d'HTP secondaire à un KHF a été retenu sur des critères cliniques, biologiques, endoscopiques et radiologiques.

Les examens biologiques n'ont aucun apport pour le diagnostic positif des complications vasculaires du KHF. En cas d'HTP, l'hypersplénisme se traduit alors par une pancytopenie périphérique. La cytolysé hépatique est fréquente.^[8]

L'imagerie occupe une place de choix, elle permet d'établir une cartographie vasculaire, la mise en évidence des signes d'HTP ou de Signes de Budd Chiari latents. L'écho-doppler peut montrer directement la compression vasculaire, des signes indirects d'HTP à type de SMG, ascite et CVC porto-systémique ou porto-porte ou cavernome porte. En cas de SBC, l'absence de visibilité des veines sus hépatiques n'est pas pathognomonique.^[8] La FOGD est un outil diagnostique et thérapeutique permettant un geste hémostatique en cas de rupture des varices œsophagiennes ou gastriques en attendant le traitement étiologique qui repose sur la levée de l'obstacle par la chirurgie.^[9]

Comme rapporté dans la littérature^[10,11,12], cette complication est souvent associée à une compression et, ou une fistulisation dans les voies biliaires.

La CPRE reste la méthode de choix dans le diagnostic ainsi que le traitement des complications biliaires du KHF.^[13,14], devant les complications non négligeables et le taux de morbidité important du traitement chirurgical des complications biliaires du KHF.^[15,16]

La sphinctérotomie endoscopique permet un accès facile à la VBP, assure un meilleur drainage interne, favorisant ainsi la cicatrisation de la fistule kystobiliaire et diminuant le risque de fistule postopératoire.^[17,18]

Malgré un taux de succès avoisinant 90%, le cathétérisme biliaire garde un taux de morbidité global entre 4 et 10% et une mortalité à 0,5%.^[19] En effet, les principales complications du cathétérisme biliaire avec sphinctérotomie endoscopique sont représentées par ordre de fréquence par la pancréatite aiguë (5,4%), l'hémorragie (2%), l'infection biliaire (1,5%) et la perforation (0,3%).^[20]

Le traitement est médicochirurgical et basé sur le traitement chirurgical du KHF par résection du dôme saillant ou périkystectomie. Le geste chirurgical doit être entouré par la prise de l'albendazole 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.^[1]

CONCLUSION

L'hypertension portale due à un kyste hydatique du foie semble avoir un meilleur pronostic selon les cas rapportés dans la littérature. Néanmoins, elle altère la qualité de vie des malades avec un long parcours hospitalier et un pronostic vital engagé.

REFERENCES

1. Lahmidani N, Aqodad N, Benajah D, El Abkari M. Hématémèse révélant une hypertension portale sur kyste hydatique du foie: À propos d'un cas avec revue de la littérature. *J AfrHépatolGastroentérol*, 2011; 5(2): 151-153. PubMed | Google Scholar
2. Siham Eddeghai et al. Kyste hydatique du foie: à propos d'un mode de révélation exceptionnel *The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688*. 2014.
3. Sassi S, Kehila M, Hadj Salah H et al. Destruction de la jonction biliaire supérieure par kyste hydatique. *Med Chi Digt*, 1982; 11: 193-4.
4. Zaouche A. la chirurgie des kystes hydatiques du foie. Rapport de la Société Tunisienne de Chirurgie. Edition, 1994: 285-302.
5. Bourgeon R, Mouiel J, Guntz M. La cirrhose hydatique : physiopathologie et thérapeutique. *Ann Chir*, 1986; 20: 206-15.
6. Mansouri H, Ben Abadji R, Hadjlat N et al. Kyste hydatique du foie et hypertension portale. *Annales Algériennes de chirurgie*, 1970; 4: 7-19.
7. SahnounD, ChabchoubH, MnifZ, GharianiR et al. Les complications vasculaires des kystes hydatiques du foie. *Journal de Radiologie*, 2006; 87(10): 153. PubMed | Google Scholar
8. hazem benameur. Complications vasculaires du kyste hydatique du foie : A propos de 18 cas. *La tunisie chirurgicale - 2012*; 22.
9. Eddeghai et al. Kyste hydatique du foie: à propos d'un mode de révélation exceptionnel. *Pan Afr Med J*, 2014; 18: 158.
10. Fonkalstrud EW, Myers NA, Robinson MJ (1974) Management of extrahepatic portal hypertension in children. *Ann Sur*, 180: 487-93.
11. García-Díaz JD, Ramos Ramos JC (2001) Portal hypertension as complication of hepatic hydatidosis. *An Med Interna*, 18(11): 608-9.
12. Sezgin O, Altıntaş E, Saritaş U, Sahin B (2005) Hepatic alveolar echinococcosis: clinical and radiologic features and endoscopic management. *J ClinGastroenterol*, 39(2): 160-7.
13. Khazzen A. Traitement endoscopique des complications biliaires du kyste hydatique du foie (à propos de 62 cas). These de doctorat en médecine. Tunis n O 35/2006.
14. Becker K, Frieling T, Saleh A, Haussinger D. Resolution of hydatid liver cyst by spontaneous rupture into the biliary tract. *J Hepatol*, 1997; 26: 1408- 12.
15. Scharme BC, Agarwal N, Garg S, Kumar, Sarin S. Endoscopic management of liver adcess and cysts that communicate with intrahepatic bile ducts. *Endoscopy*, 2006; 38: 249 - 53.
16. Chourak M, et al. Kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires. *Gastroenterol Clin Biol*, 2009; 33: 589 - 90.
17. Galati G, et al. Endoscopic retrograde cholangiographie for intrabiliary rupture of hydatid cyst. *Am J Surg*, 2006; 191: 206- 10.

18. Ghorbel A. Traitement endoscopique des complications biliaires de l'hydatidose hépatique. Communication orale, journées francophones de pathologie digestive, 29 édition 2005.
19. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med*, 1996; 335: 909 – 18.
20. Freeman ML. Complications of endoscopy biliary sphincterotomy: a review. *Endoscopy*, 1997; 29: 288–97.