



Cas clinique

Une pleurésie droite récidivante révélatrice de kyste hydatique pulmonaire rompu

Recurrent right pleurisy indicative of ruptured pulmonary hydatid cyst

L Woni*¹, AA Maïga¹, IB Maïga¹, M Bazongo, A Ombotimbé¹, BS Coulibaly¹, F Konaté¹, AI Koné¹, SD Koné¹, S Diop¹, I Coulibaly¹, S Ilyassou¹, M A Ouattara¹, S Togo¹, S Yena¹

Résumé

Introduction : le kyste hydatique pulmonaire est une affection parasitaire bénigne rare en Afrique subsaharienne. Sa rupture est grave et peut mettre en jeu le pronostic vital.

Objectif : Rapporter un cas de kyste hydatique pulmonaire rompu afin de décrire les circonstances diagnostiques et notre attitude thérapeutique.

Cas clinique : il s'agit d'une patiente de 38 ans, admise pour une dyspnée associée à des douleurs thoraciques évoluant depuis deux semaines. L'examen notait, une température 36,8°C; une fréquence cardiaque = 117 bat/mn ; SPO2= 95 %. Un syndrome d'épanchement pleural mixte droit. La radiographie thoracique de face a objectivé un hydro pneumothorax droit. En urgence un drainage pleural réalisé, a ramené un liquide clair avec des bulles d'air. Le scanner thoracique réalisé a noté, une image de cavité kystique rompu du lobe moyen, un kyste non rompu du lobe supérieur et une pneumopathie du lobe supérieur droit. La sérologie hydatique était positive avec un titre à 320. Les suites ont été marquées par une surinfection pleurale avec rupture du deuxième kyste. Examen bactériologique

du liquide pleural isolait acinabacter baumanii sensible à l'imipenème. Une prise en charge incluant l'antibiothérapie, l'Albendazole et une kinésithérapie respiratoire était administrée. L'évolution était favorable après une hospitalisation de 49 jours.

Conclusion : la rupture d'un kyste hydatique pulmonaire est très rare et souvent diagnostiquée comme une pleurésie para pneumonique à germe banal. Le drainage thoracique associé au traitement médical a suffi à court terme d'avoir un bon résultat. Son diagnostic doit être évoqué devant toute pleurésie.

Mots-clés : hydatidose pulmonaire, kyste rompu, drainage pleural, Mali, Bamako.

Abstract

Introduction: Pulmonary hydatid cyst is a rare benign parasitic disease in sub-Saharan Africa. Its rupture is serious and can be life-threatening.

Objective: To report a case of ruptured pulmonary hydatid cyst in order to describe the diagnostic circumstances and our therapeutic attitude.

Clinical case: This is a 38-year-old patient admitted

for dyspnea associated with chest pain evolving for two weeks. The examination noted a temperature of 36.8°C; heart rate = 117 beats/min; SPO₂ = 95%. Right mixed pleural effusion syndrome. The chest X-ray from the front to objectify a right hydro pneumothorax. Emergency pleural drainage performed, brought back a clear liquid with air bubbles. The chest scan performed noted an image of a ruptured cystic cavity in the middle lobe, an unruptured cyst in the upper lobe and pneumopathy in the right upper lobe. Hydatid serology was positive with a titer of 320. The follow-up was marked by pleural superinfection with rupture of the second cyst. Bacteriological examination of pleural fluid isolated *Acinabacter baumannii* sensitive to Imipenem. A treatment including antibiotic therapy, Albendazole and respiratory physiotherapy was performed. The evolution was favorable after a 49-day hospitalization.

Conclusion: Rupture of a pulmonary hydatid cyst is very rare and often diagnosed as para pneumonic pleurisy with an ordinary germ. Thoracic drainage associated with medical treatment was enough in the short term to have a good result. Its diagnosis must be evoked before any pleurisy.

Keywords: pulmonary hydatidosis, ruptured cyst, pleural drainage, Mali, Bamako.

Introduction

L'hydatidose pulmonaire correspond à la présence de la forme larvaire de l'*Echinococcus granulosus* au sein du parenchyme pulmonaire [2]. IL s'agit d'une antrozoonose cosmopolite sévissant en particulier dans les pays du bassin méditerranéen, d'Afrique du Nord, d'Amérique latine, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe central. [2]

La localisation pulmonaire est la deuxième par sa fréquence après la localisation hépatique tout âge confondu [1]. C'est une pathologie bénigne pouvant être asymptomatique et être de découverte fortuite à la radiologique : opacité ronde, dense «en boulet de canon». Sa rupture constitue une complication grave

par son tableau clinique de : toux, dyspnée, vomique eau de roche (aspect en grains de raisins blancs sucés), hémoptysies, surinfection bactérienne [3]

Le traitement chirurgical est le seul traitement efficace et les résultats dépendent de nombreux facteurs, en particulier du stade évolutif du kyste [1]. Nous rapportons un cas d'hydro pneumothorax pris en charge pour infection para pneumonique à germe banal et chez qui un kyste hydatique pulmonaire rompu a été diagnostiqué.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, citadine restauratrice de profession. Admise en urgence pour une dyspnée associée à des douleurs thoraciques évoluant depuis deux semaines. L'examen notait, une température 36,8°C; une fréquence cardiaque = 117 bat/mn ; SPO₂ = 95 %. Un syndrome d'épanchement pleural mixte droit à l'examen clinique La radiographie thoracique de face a objectivé une opacité basale surmontée d'une hyperclarté droite (fig.1). Le diagnostic d'un hydro pneumothorax d'origine para pneumonique à germe banal a été retenu. Un drainage pleural réalisé en urgence, a ramené un liquide clair avec des bulles d'air. Le scanner thoracique réalisé a noté, une image de cavité kystique rompu du lobe moyen, un kyste non rompu du lobe supérieur et une pneumopathie du lobe supérieur droit (fig.2). La sérologie hydatique était positive avec un titre à 320. Les échographies abdominale et cardiaque réalisées n'ont pas objectivé d'autres localisations. Les suites ont été marquées par une surinfection pleurale avec rupture du deuxième kyste (fig. 3). L'examen bactériologique du liquide pleural isolait *Acinabacter baumannii* sensible à l'imipenème. Une prise en charge incluant l'antibiothérapie ciblée, l'Albendazole et une kinésithérapie respiratoire étaient réalisées. La radiographie de contrôle à J.30 notait une bonne ré expansion pulmonaire (fig. 4). L'évolution était favorable après une hospitalisation de 49 jours.

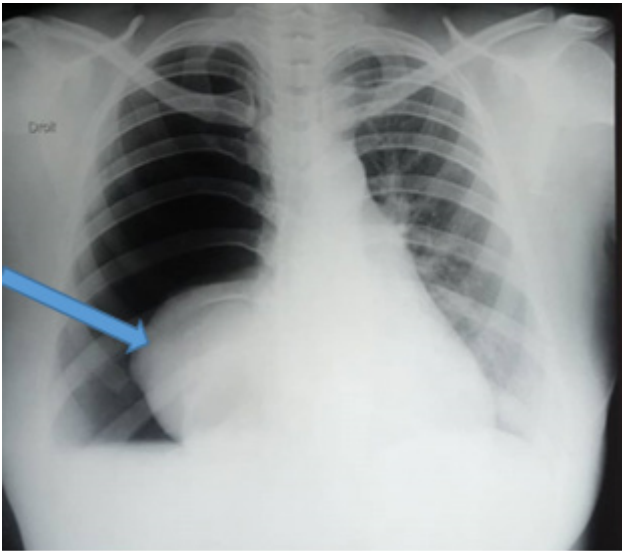


Figure 1 : opacité lobaire inférieure homogène à paroi fine et régulière, surmontée d'une hyperclarté.

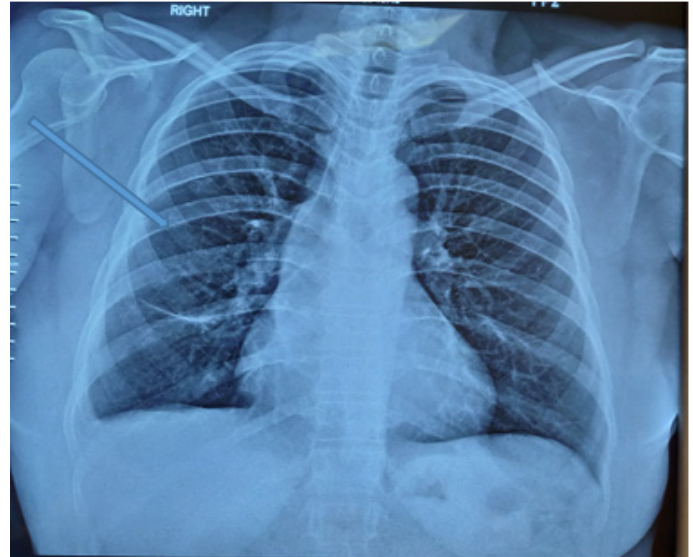


Figure 4 : ré expansion parenchymateuse satisfaisante après drainage pleural



Figure 2 : TDM de contrôle post drainage, kyste rompu du lobe inférieur et deuxième kyste non rompu du lobe moyen avec foyer de pneumopathie du lobe supérieur

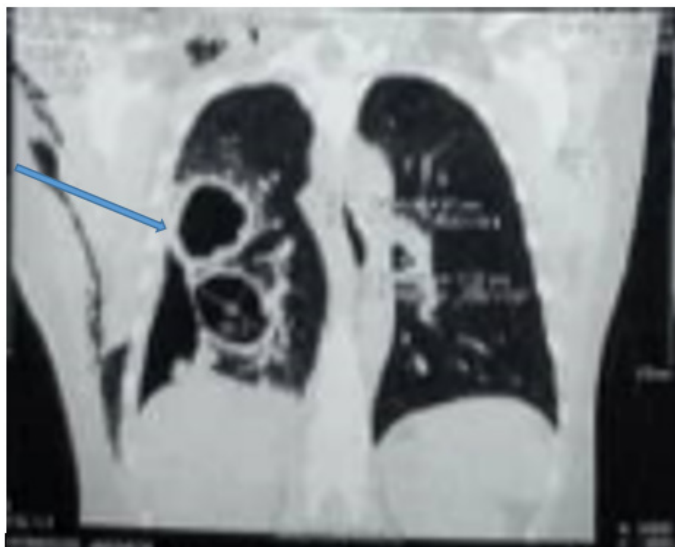


Figure 3 : Rupture du deuxième kyste

Discussion

Le kyste hydatique pulmonaire peut être asymptomatique et être de découverte fortuite. Lorsqu'il est symptomatique, il peut se révéler par certains signes fonctionnels respiratoires tels que : douleur thoracique, dyspnée, toux, hémoptysie et une hydatidoptysie qui est le symptôme le plus évocateur. Celui-ci est défini par le rejet lors d'un effort de toux d'une liquide eau de roche contenant des membranes de couleur blanc nacré. La radiographie thoracique et la TDM sont des examens indispensables au diagnostic. Ces examens permettent d'objectiver le nombre de kyste certains aspects caractéristiques : opacité dense à bords réguliers, aspect en croissant, image en grelot, image hydro-aérique a paroi fine [1, 3]. Au plan biologique une hyperleucocytose à prédominance neutrophile témoigne d'une surinfection bactérienne et une hyper éosinophilie permet d'orienter vers une affection d'origine parasitaire. La sérologie hydatique lorsqu'elle est positive est un argument convaincant pour retenir le diagnostic [2].

Dans les formes compliquées c'est-à-dire : tout kyste rompu dans les bronches ou dans la cavité pleurale, infecté ou à localisation multiple, peuvent poser des difficultés diagnostiques étant donné son polymorphisme radio clinique, et les problèmes thérapeutiques liés à la gravité et la complexité des

lésions dans certains cas [3]. Notre étude de cas concerne un cas de kyste hydatique pulmonaire vu au stade de complications. En effet, la patiente a été reçue dans un contexte de dyspnée, douleur thoracique plus fièvre, l'examen clinique a objectivé un syndrome d'épanchement pleural mixte droit. A la radiographie du thorax on notait un épanchement mixte. Ces différents éléments cliniques et para clinique dans notre contexte orientaient vers les diagnostique d'une pleurésie d'origine para pneumonique qui est une pathologie fréquente dans le service. Le scanner réalisé montrait l'image parenchymateuse pulmonaire d'une cavité vidée de son contenu du lobe inférieur, une image kystique non rompue du lobe moyen ainsi qu'une pneumopathie interstitielle. Cette image kystique du lobe moyen nous a permis de réorienter notre diagnostic en évoquant le diagnostic de kyste hydatique pulmonaire compliqué. La sérologie hydatique revenue positive nous a permis de confirmer le ce diagnostic. En effet la sérologie lorsqu'elle est positive avec un taux significatif, permet de retenir le diagnostic. Cependant Les réactions sérologiques permettent de suivre l'efficacité thérapeutique : disparition après traitement en 12 à 18 mois ; si ré-ascension, craindre une récurrence ou une réinfection. [2]

Le traitement chirurgical est la seule méthode radicale du traitement du kyste hydatique pulmonaire. [7]. La surinfection bactérienne avec une pneumopathie interstitielle contre indiquait tout geste chirurgicale immédiat à savoir résection parenchymateuse, suture bronchique. Nous avons donc opté pour un traitement conservateur à savoir le drainage pleural percutané, une antibiothérapie ciblée à base d'imipénème, le traitement anti parasitaire à base d'Albendazole sur une longue durée et kinésithérapie respiratoire.

Ce traitement conservateur nous a permis d'obtenir de bons résultats cliniques et para clinique et a nettement amélioré l'état clinique de la patiente (fig. 4).

Conclusion

Le kyste hydatique pulmonaire est une affection

parasitaire bénigne très rare en Afrique subsaharienne. Sa rupture est souvent diagnostiquée comme une pleurésie para pneumonique à germe banal. Le drainage thoracique associé au traitement médical a suffi à court terme d'avoir un bon résultat. Son diagnostic doit être évoqué devant toute pleurésie.

*Correspondance

Woni Lacina

lacinawoni2014@gmail.com

Disponible en ligne : 21 juillet 2023

1 : Service de chirurgie thoracique CHU Hôpital du Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] W. El Khattabi, A. Aichane, A. Riah, H. Jabri, H. Hafif, Z. Bouayad. Analyse de la sémiologie radio clinique du kyste hydatique pulmonaire. *Revue de Pneumologie clinique* (2012). Consulté le [10/02/2023] 68, 329—337. Disponible sur www.sciencedirect.com
- [2] Pierre Aubry, Bernard-Alex Gaüzère. Hydatidose ou kyste hydatique *Actualités 2017. Médecine tropicale*. Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux (France). Disponible sur www.medecinetropicale.com
- [3] H. Racil, J. Ben Amar, R. El Filali Moulay, I. Ridene, S. Cheikrouhou, M. Zarrouk, et coll. Kystes hydatiques compliqués du poumon. *Rev Mal Respir* 2009 consulté le [10/02/2023] ; 26:727-34. Disponible sur www.em-consulte.com

- [4] Hafsa Sajiaïl, Mariam Rachidi, Salma Aitbatahar, Hind Serhane, Lamyae Amro. Kyste hydatique pulmonaire: double localisation pulmonaire apicale inhabituelle : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2016, consulté le [10/02/2023] 25:159. Disponible sur www.panafrican-med-journal.com.
- [5] Meriem Lahroussi, Wiam El Khattabi, Nihal Souki, Hasna Jabri, Hicham Afif. Kyste hydatique pulmonaire bilatéral. *Pan African Medical Journal*. 2016; consulté le [10/02/2023] 24:280. Disponible sur www.panafrican-med-journal.com
- [6] Akın Kuzucu, Omer Soysal, Mehmet Ozgel, Saim Yologlu. Complicated Hydatid Cysts of the Lung: Clinical and Therapeutic Issues. *Ann Thorac Surg*. 2004, Apr;77(4):1200-4. Disponible sur pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- [7] Shirtaev Bakhytzhan, Sundetov Mukhtar, Kassenbayev Ruslan, Voronin Denis, Ismailova Gulziya. Single-center experience in the surgical treatment of combined lung Echinococcosis. *Saudi Med J*. 2018 Jan; Consulté le [10/02/2023] ; 39(1): 31–37. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov.

Pour citer cet article :

L Woni, AA Maïga, IB Maïga, M Bazongo, A Ombotimbé, BS Coulibaly et al. Une pleurésie droite récidivante révélatrice de kyste hydatique pulmonaire rompu. *Jaccr Africa 2023; 7(3): 24-28*