H. Vanquaethem[a], M.-L. Quinquenel[a], A. Cuguillière[a], J.-F. Velly[b].

a Service de pneumologie HIA Robert Picqué, route de Toulouse – 33140 Villenave d'Ornon.
b Service de chirurgie thoracique, Hôpital Haut L'évêque, – 33600 Pessac.

Article reçu le 8 février 2010, accepté le 16 novembre 2011.

M^me M, âgée de 48 ans, d'origine bulgare, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales évoluant depuis quelques jours. Si l'ASP est sans particularité, la radiographie pulmonaire simple met en évidence une masse arrondie du segment apical du lobe inférieur gauche. Un scanner complète ces examens de première intention et révèle la présence d'une image kystique de 9 cm (bien limitée, refoulant les structures adjacentes, liquidienne) du poumon gauche (fig. 1), ainsi qu'une deuxième image similaire intra-hépatique (fig. 2). La positivité de deux sérologies *Echinoccocus granulosus* (qualitative par immuno-électrophorèse et quantitative par ELISA) confirment le diagnostic de kystes hydatiques multiples (pulmonaire et hépatique). Une première intervention chirurgicale par résection du dôme saillant (associée à un traitement médicamenteux par albendazole) est entreprise sur le kyste hépatique devant sa nature symptomatique. M^me M. est ensuite perdue de vue. Elle est de nouveau hospitalisée quelques semaines plus tard pour un tableau de pneumopathie fébrile (toux, crachats liquidiens associés à des expectorations muco-purulentes…). Les examens radiologiques retrouvent une image hydro-aérique du lobe inférieur gauche (fig. 3).



Figure 1. TDM thoracique non injecté, fenêtre médiastinale.

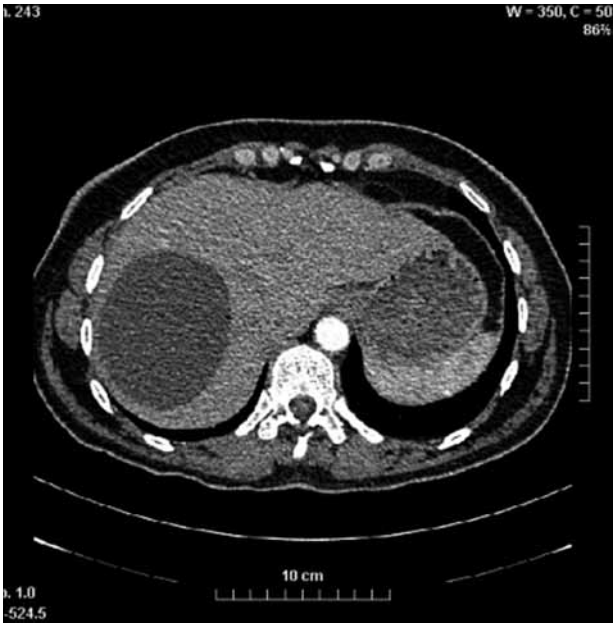


Figure 2. TDM abdominal non injecté.

H. VANQUAETHEM, interne des HA. M.-L. QUINQUENEL, médecin en chef, A. CUGUILLIÈRE, médecin en chef. J.-F. VELLY.

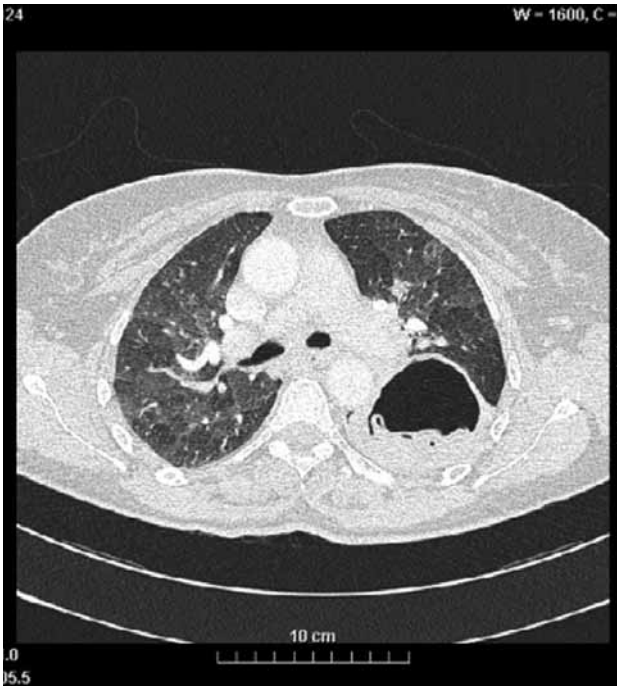


Figure 3. TDM thoracique non injecté, fenêtre parenchymateuse.

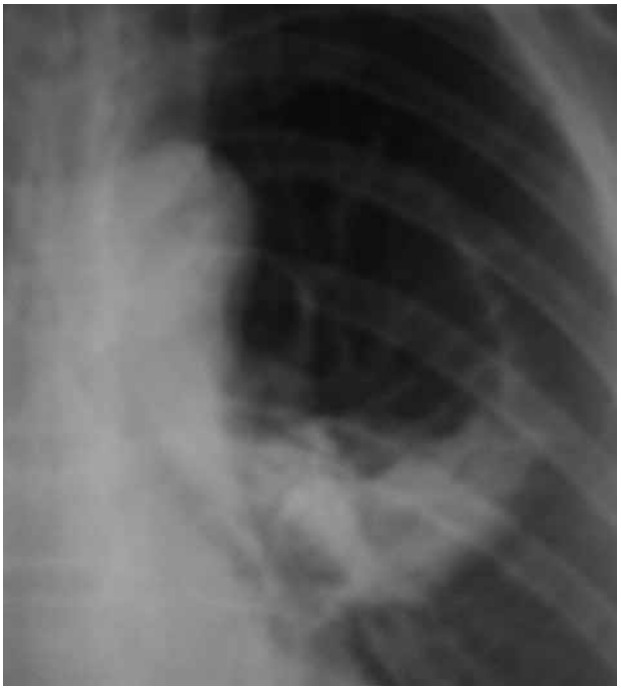


Figure 4. Détail de radiographie thoracique de face.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Quelle attitude préventive adoptez vous concernant le personnel médical et para médical ?

Quel est votre diagnostic ?

Rupture de kyste hydatique surinfecté.

La présence d'une fièvre avec toux et expectorations purulentes fait évoquer en premier lieu une infection pulmonaire. Cependant, des crachats liquidiens associés à une image hydro-aréique chez une patiente connue porteuse de kyste hydatique (KH) pulmonaire orientent vers l'association à une rupture de ce kyste (fig. 4).

La localisation anatomique d'un KH est déterminante dans l'évolution et les manifestations de ce dernier : ainsi, si le KH hépatique évolue par multivésiculation endo et exogène, le KH pulmonaire gagne en dimensions en refoulant le parenchyme adjacent. Ce n'est qu'au contact de structures bronchiques et vasculaires plus conséquentes qu'il s'érode et se fissure peu à peu, allant jusqu'à l'apparition d'une fistulisation bronchokystique (une étape déterminante dans l'évolution de cette helminthiase).

La rupture de KH pulmonaire est très rarement à l'origine d'un choc anaphylactique (contrairement à ce que l'on observe pour le KH hépatique) ou de manifestations allergiques. Elle peut être à l'origine d'une douleur, de fièvre (d'autant plus qu'il y a surinfection), d'hémoptysies, mais surtout de la classique « vomique pulmonaire » : le patient « vomit » un liquide « eau de roche » avec des fragments membranaires faisant évoquer des peaux de raisins, correspondant au liquide hydatique d'un KH pulmonaire rompu.

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Le traitement est chirurgical en première intention, le plus souvent encadré par un traitement médical antihelminthique et antibiotique.

Traitement chirurgical.

Le délai de prise en charge d'un KH rompu n'a pas fait l'objet de recommandations ou publications récentes. La rupture n'étant pas une urgence vitale, les chirurgiens thoraciques respectent en moyenne un délai de 15 jours avant d'opérer, pendant lesquels sont effectués le bilan pré opératoire et le traitement d'une éventuelle surinfection ou pyopneumokyste. Le geste opératoire consiste le plus souvent en une ponction et aspiration du liquide hydatique restant éventuel, l'injection de liquide scolicide, en particulier du NaCl 20 %, au sein du périkyste et sa réaspiration au bout de 10 à 20 mn (technique PAIR : Ponction Aspiration Injection Réaspiration). La PAIR est complétée dans le même temps opératoire par une (péri)-kystectomie, voire lobectomie selon les situations (fig. 5).



Figure 5. Chirurgie d'un KH, ouverture du kyste.

Traitement médical.

On y associe le plus souvent en pré-opératoire, bien qu'il n'y ait actuellement pas de preuves formelles de l'intérêt de ce traitement pour prévenir le risque de greffe secondaire liée à la rupture et à la chirurgie du KH, un antihelminthique de type albendazole (posologie adulte : 10 à 12 mg/kg/jour, en deux prises) par cures de 30 jours séparées de 15 jours, pour un total de 3 à 4 cures. Une surveillance des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT) est préconisée sous albendazole.

Les surinfections ou pneumopathies associées sont le plus souvent traitées par l'association amoxicilline-acide clavulanique aux doses usuelles (3 g/jour en trois prises).

Quelle attitude préventive adoptez-vous concernant le personnel médical et paramédical ?

Il n'y a pas de risque de contamination professionnelle, l'homme se contaminant par l'ingestion d'œufs d'*Echinoccocus granulosus* au contact d'un chien parasité, tandis que seules les formes larvaires (susceptibles d'infecter les canidés) sont présentes au sein du liquide d'hydatide (protoscolex, scolex…).

Conclusion.

Le poumon est, particulièrement en zone d'endémie (pourtour méditerranéen), une localisation classique, voire banale, de l'hydatidose humaine. En France, la majorité des cas sont importés, les cas autochtones diagnostiqués provenant le plus souvent du sud-est (Provence, Corse…). Sa prise en charge médico-chirurgicale, bien définie en cas de KH non compliqué, ne fait pas l'objet de recommandations ni de consensus dans les situations de rupture. Rarement létale dans l'immédiat, les délais, traitements associés et conditions du traitement radical chirurgical sont laissés à l'appréciation et l'expérience des équipes médico-chirurgicales confrontées à cette situation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santivanez S, Garcia HH. Pulmonary cystic echinococcosis. Curr Opin Pulm Med. 2010 May;16(3):257-61.
2. Bronstein JA., Klotz F. Cestodoses larvaires. EMC Maladies infectieuses, 8-511-A-12, 2005.
3. Topuzlar M, Eken C, Ozkurt B, Khan F. Possible anaphylactic reaction due to pulmonary hydatid cyst rupture following blunt chest trauma : a case report and review of the literature. Wilderness Environ Med. 2008;19(2):119-23.
4. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J, Pedrosa C. Hydatid disease : radiologic and pathologic features and complications. Radiographics. 2000;20:795-817.
5. Bouhaouala MH., Hendaoui L., Charfi MR., Drissi C, Tlili-Graies K, Mechmèche R, et al. Hydatidose thoracique. EMC Radiodiagnostic - Coeur-poumon, 32-470-A-20,2007.
6. Riquet M et Souilamas R. Kyste hydatique pulmonaire. Indications thérapeutiques. EMC Pneumologie, 6-003-M-10,2000.
7. Lutte contre l'Hydatidose. Comité interministériel de lutte contre l'Hydatidose/Echinococcose, Royaume du Maroc, 2007.
8. Sayek I, Tirnaksiz MB, Dogan R. Cystic hydatid disease : currents trends in diagnostic and management. Surg Today. 2004;34(12):987-96.

VIENT DE PARAÎTRE



POUR MIEUX VIEILLIR, UNE STRATÉGIE GAGNANTE !

Sous la coordination de Jérôme GUÉLAIN, Frédérique CHOVET et Géraldine MARTIN-GAUJARD

L'espérance de vie a largement augmenté, en particulier en France où le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans représentera bientôt le quart de la population. On ne peut que s'en réjouir… encore faudra-t-il que cette situation soit convenablement exploitée par ses bénéficiaires et les coûts sociaux maîtrisés. Retarder le vieillissement, lutter contre la dépendance et réduire l'incidence des maladies est une nécessité sociale. Cet ouvrage entend y contribuer.

L'ouvrage présente et explique les différentes situations de la vie « âgée », bonnes et mauvaises et fournit les informations nécessaire pour connaître, prévenir ou faire face aux difficultés du vieillissement. Il traite en particulier du dépistage des principales affections qui peuvent toucher les personnes âgées et de la reconnaissance des signes d'alerte pouvant faire évoquer une pathologie ainsi que la prise en charge du sujet âgé. Se référant aux données scientifiques actuelles, il précise en quoi l'hygiène de vie, l'exercice physique, une alimentation adaptée, une vie affective épanouie et le maintien d'une activité jouent un rôle important dans le processus de vieillissement. Un chapitre entier ainsi que plusieurs séquences vidéos sont consacrés à l'aménagement du logement pour rendre plus facile la vie de tous les jours lorsque certaines fonctions sont amoindries.

La question de la dépendance est également traitée. Il s'agit de maintenir l'autonomie des personnes âgées aussi longtemps que possible, de tenter de restaurer en les entourant et en s'appuyant sur des aides humaines et technologiques qui sont abondamment illustrées. L'ouvrage est conçu pour être facilement abordable sans connaissances médicales ; c'est aussi un guide précieux sur les questions et démarches administratives qui peuvent se poser.

Un CD-Rom accompagne le livre. Il présente des vidéos et des animations qui complètent l'image fixe. Il permet également d'accéder d'un simple clic aux sites internet sélectionnés par les auteurs comme pertinents et dignes de foi. Ce CD-Rom dispose aussi d'un moteur de recherche pour accéder rapidement aux informations pertinentes.

(Descriptif détaillé sur www.xmsa.fr)

*ISBN : 2 914990 08 1 – Format : 17x22cm – Pages : 300, 60 illustrations, 12 vidéos – Prix : 49 € (CD-Rom offert) – Éditions : **Xavier Montauban, collection médecine**. Contact : Marie Bibeau – Tél : 05 46 27 86 51/06 98 64 31 26 – xmsapresse@xmsa.fr*