International Journal of Academic Health and Medical Research (IJAHMR)
ISSN: 2643-9824
Vol.5 Issue 5, May – 2021, Pages: 18-19

Kyste Hydatique Du Foie Rompu Dans La Voie Biliaire Principale Au Cours De La Grossesse : A Propos D'un Cas Rare

Hadiza Moutari Soule, Tigani GUIREMA Madi, Solène Nyingone, Sofia Jayi , FZ Fdili Alaoui, Hekmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf

Centre hospitalier Hassan II de Fès (Maroc)

Abstract : *L'hydatidose est une anthropozoonose qui sévit à l'état endémique au Maroc. La localisation hépatique reste de loin la plus fréquente et se voit dans 70% des cas environ. Chez la femme enceinte le KHF pose un problème de prise en charge en rapport avec le moment et le choix thérapeutique. En effet, au cours de la grossesse le risque de rupture est majoré par une croissance rapide de celui-ci.* ***Observation*** *: une multipare de 32 ans sans antécédent admise pour prise en charge de douleur de l'hypochondre droit avec ictère non fébrile sur grossesse de 6 mois. L'examen trouve une apyrexie et ictère conjonctival, douleur de l'hypochondre droit Murphy négatif. Sur le plan biologique une légère cytolyse, bilirubine directe et totale normales, GGT élevés. L'échographie pose le dc du KHF du segment V fistulisé dans la VBP. Une CPRE a été faite sans incident et bonne évolution puis déclarée sortante les jours suivants et perdue de vue.* ***Discussion*** *: la rupture du KHF au cours de la grossesse est une complication à ne pas méconnaitre, il est important de poser le diagnostic avant cette complication sinon y penser. Le meilleur moment d'intervention est le deuxième trimestre car moins de risque d'avortement ou d'accouchement prématuré.*
Keywords: Kyste hydatique du foie, rupture, grossesse, endoscopie.

Introduction :
Le kyste hydatique est une parasitose endémique au Maroc. La survenue d'une pathologie hépatobiliaire au cours de la grossesse pose un problème de diagnostic différentiel avec les hépatopathies gravidiques et un deuxième problème de prise en charge thérapeutique. En effet, au cours de la grossesse le risque de rupture d'un kyste hydatique du foie (KHF) est majoré par une croissance plus rapide du kyste [1].

Observation :
Il s'agit d'une multipare de 32 ans sans antécédent admise pour prise en charge de douleur de l'hypochondre droit avec ictère non fébrile sur une grossesse de 6 mois. La patiente vie en milieu rural. L'examen trouve une patiente apyrétique avec ictère conjonctival, douleur de l'hypochondre droit, signe de Murphy négatif et une grossesse évolutive en intra utérin. Sur le plan biologique une légère cytolyse à 1,5 fois la normale, bilirubine directe et totale normales, GGT (5 fois la normale). Echographie hépatique retrouve une KHF du segment V fistulisé dans la voie biliaire principale, une vésicule biliaire distendue à paroi épaissie et siège d'un sludge. La patiente a bénéficié d'une CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) sans incident. L'évolution après CPRE était favorable avec régression de la symptomatologie. La patiente fut déclarée sortante les jours suivants. Le suivi prénatal jusqu'au terme de la grossesse était sans particularité avec des surveillances échographiques régulières sur le plan hépatique et obstétrical. L'accouchement a été par les voies naturelles et le post partum étant simple.

Discussion :
L'incidence du kyste hydatique chez la femme enceinte serait très faible, de l'ordre de 1/20 000 ou 1/30 000. De même, les rares signes cliniques de ce kyste, notamment hépatique, sont souvent pris pour des signes physiologiques de la grossesse : sensation de pesanteur, douleur abdominale ou lombaire vague, troubles dyspeptiques [2] d'où la difficulté diagnostic, notre patiente a consulté pour des douleurs de l'hypochondre droit et ictère qui orientaient vers un autre diagnostic différentiel des pathologies hépatobiliaires et les hépatopathies gravidiques.
En imagerie, l'échographie abdominale représente le meilleur examen complémentaire permettant de préciser : le siège du kyste, son diamètre, sa stadification, mais aussi de guetter la rupture, par la présence d'un kyste hydatique affaissé avec une membrane décollée, associés à un épanchement péritonéal [3]. Notre patiente a bénéficié d'une échographie qui était en faveur d'une fistulisation du kyste hydatique dans la voie biliaire principale. La rupture du KHF dans la VBP est une complication exceptionnelle chez la femme enceinte.

La découverte d'un KHF chez la femme enceinte doit inciter à intervenir avant l'accouchement. Le deuxième trimestre est considéré comme le meilleur moment pour intervenir à cause du risque moins important de fausse couche au premier trimestre et d'accouchement prématuré au troisième trimestre [1] de même le scolex ne passe pas la barrière placentaire. [4]

La CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) permet d'objectiver une fistule kystobiliaire, des images lacunaires dans la voie biliaire principale (VBP) en rapport avec du matériel hydatique. La sphinctérotomie endoscopique (SE) permettant l'extraction de matériel hydatique [5,6], ce qui a été le cas pour notre patiente. Une CPRE a été réalisé avec extraction du produit hydatique et une amélioration du tableau clinique dans les jours suivant le geste. Dziri rapporte la supériorité de l'association Albendazole et la chirurgie par rapport à la chirurgie seule [7]. Les antihelminthiques type Albendazole et le Mébendazole ne doivent être prescrits ni pendant la grossesse ni au cours de l'allaitement [5]. La prophylaxie passe par l'Education sanitaire des populations, Surveillance de l'abattage des animaux de boucherie, l'abattage des chiens errants et l'hygiène alimentaire (bien laver les fruits et légumes).

Conclusion :

Le tableau clinique de cette pathologie n'est pas spécifique mais néanmoins reste à évoquer dans les pays où l'hydatidose est endémique. La principale complication est la rupture de ces kystes au cours de la grossesse et l'endoscopie reste l'option thérapeutique dans les localisations hépatiques ou biliaires. L'éducation sanitaire des populations reste le moyen préventif le plus efficace.

Références :

1. S. Sayari, S. Daldoul, A. Moussi, M.M. Abdesselem, A. Zaouche. Le kyste hydatique du foie chez la femme enceinte. Lettres à la rédaction / Annales de chirurgie 131 (2006) 502–504
2. M. Bouchnaka, H. Trabelsia, I. Rachdia, L. Mehdib, H. Maghrebia. Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires et grossesse : à propos d'un cas. Lettres à la rédaction / Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 311–319
3. M.Rachad, F.Z Fdili1, O.Slimani, H. Chaara, H. Bouguern, M.A Melhouf. La rupture intra péritonéale d'un kyste hydatique au cours de la grossesse: à propos d'un cas rare. Pan Afr Med J. 2012; 11: 1.
4. Patrice Bourée, Alireza Ensaf. (2015) Grossesse et Maladie Tropicale. Ed. Lavoisier Médecine
5. Hanane Massit, Hassan Seddik, Hanane Basr, Ahmed Benkirane. Traitement endoscopique des complications biliaires de l'hydatidose hépatique. Pan Afr Med J. 2015; 22: 67.
6. M.Chourak,A. Majbar, M. Najih, M. Yaka, H. Iraki, A. Ehrichou, M.H Tahiri, S.E Kandry.Kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires. Gastroentérologie clinique et biologique (2009)33,589-595.
7. C.Dziri, K.Haouet, A. Zaouche, A. Fingerhut. Comment traiter un kyste hydatique du foie non compliqué. Annale de chirurgie 130(2005)249-251