

Article Original | **Le kyste hydatique du rein fistulisé dans les voies urinaires, prise en charge diagnostique et thérapeutique A propos de 14 cas**

Mellas Soufiane, Ahssaini Mustapha, Ahallal Youness, Tazi Mohamed Fadl, El fassi Mohamed Jamal and Farih Moulay Hassan

Service d'Urologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

RESUME

Objectif: l'hydatidose est une pathologie fréquente au Maroc et constitue un problème majeur de santé publique. La localisation rénale de cette parasitose est rare. Les formes s'accompagnant de plus d'une fistulisation dans les voies excrétrices présentent des particularités diagnostiques et thérapeutiques qui seront décrites dans cet article.

Patients et méthodes: 14 patients présentant un kyste hydatique du rein fistulisé dans la voie excrétrice urinaire ont été inclus dans l'étude de 2002 à 2008. Les variables étudiées ont été : l'âge moyen, les antécédents, la symptomatologie clinique, l'imagerie, le traitement et l'évolution.

Résultats: L'âge moyen était de 38 ans (21-54). La douleur lombaire a été retrouvée chez tous les patients et l'hydaturie chez 8 patients. L'échographie réalisée chez tous les patients a montré 6 cas de kyste hydatique de type III et 8 cas de type IV selon la classification de GHARBI. L'uroscanner a confirmé la nature hydatique de la masse et deux cas de rein non fonctionnel. L'hydaturie et la dilatation des cavités excrétrices ont été les principaux éléments orientant vers le diagnostic. Le traitement a consisté en une résection du dôme saillant et la fermeture de la fistule chez 12 patients; huit d'entre eux ont eu une néphrostomie per-opératoire après cure de la fistule et deux patients une montée de sonde urétérale double crosse en pré-opératoire, les deux autres n'ont pas été drainés. Les deux patients restant ont eu une néphrectomie. Les suites ont été marquées par une fistule stercorale colique chez un patient et deux cas d'infection de paroi.

Conclusion: Tout kyste hydatique du rein doit avoir un bilan d'imagerie comportant un uroscanner avec des clichés tardifs à la recherche d'une fistulisation dans la voie excrétrice urinaire. Il est conseillé de mettre en place une sonde urétérale en préopératoire à visée diagnostique et thérapeutique.

Mots clés : Rein, kyste hydatique, fistule dans les cavités excrétrices, drainage sonde urétérale double crosse, sutures en deux plans

Correspondance: Dr. Mellas Soufiane, Service d'Urologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc, Email : mellassoufiane@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu: 13/10/2009 article accepté (après corrections): 3/1/2010

INTRODUCTION

L'hydatidose est une parasitose due au développement de la forme larvaire du taenia *Ecchinococcus granulosus* qui sévit toujours à l'état endémique au Maroc.

Le kyste hydatique rénal peut fistuliser dans les cavités excrétrices donnant certaines

particularités diagnostiques et thérapeutiques à cette forme clinique. Le but de ce travail est d'établir, en étudiant notre série et à l'aide d'une revue de la littérature, les aspects cliniques, les résultats de l'imagerie, et la prise en charge thérapeutique du kyste hydatique fistulisé dans les voies urinaires.

Tableau 1: signes cliniques d'un kyste hydatique fistulisé dans les cavités excrétrices

Symptomatologie	Nombre
Douleur lombaire	14
Hydaturie	8
Hématurie	2
Masse palpable	5
Altération état général	5
Fièvre	4
Pyurie	3
Fistule cutanée	1

PATIENTS ET METHODES

Les dossiers de 14 patients colligés entre 2002 et 2008 ont été analysés. Nous avons étudié l'âge, le sexe, la symptomatologie clinique, les données de l'imagerie qui comportait dans tous les cas une échographie et un uroscanner. La nature fistulisée du kyste devant une hydaturie ou une dilatation urétéro-pyélo-calicielle. Le principe général du traitement consistait en une stérilisation de la cavité kystique par du sérum salé hypertonique et une protection du champ opératoire par des champs imbibés d'eau oxygénée ou de sérum salé hypertonique. On a réalisé une résection du dôme saillant chez 12 patients avec capitonnage de la cavité résiduelle. Les fistules dans les voies excrétrices étaient traitées à chaque fois par des sutures en deux plans. Le drainage était assuré par une nephrostomie ou la montée d'une sonde urétérale double crosse, le sondage vésical était réalisé systématiquement et gardé jusqu'à la veille de l'ablation du Redon chez les patients ayant eu un cathétérisme urétéral par sonde double crosse. Le suivi était clinique et échographique.

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 38 ans (21-54ans). Il s'agissait de 8 femmes et de 6 hommes. Dix de nos patients ont rapporté un contact direct avec le chien.



Fig. 1: Coupe scannographique montrant un volumineux kyste hydatique multi cloisonné du rein droit.

La localisation du kyste était 7 fois à droite et 7 fois à gauche.

En dehors de l'hydaturie, signe pathognomonique de la fistulisation du kyste dans les cavités rénales, tous les patients accusaient des signes urinaires et généraux résumés dans le Tableau n° 1. Un seul patient présentait une fistulisation cutanée de sa masse. Ce même patient présentait dans ses antécédents une hydaturie et des lombalgies intermittentes.

Le diagnostic du kyste hydatique rénal est basé essentiellement sur les données de l'imagerie (Figure 1, 2 et 3).

A l'échographie il s'agissait, dans 6 cas, d'un kyste multivésiculaire de type III se traduisant par un aspect multivésiculaire et dans 8 cas la masse donnait un aspect tissulaire correspondant au type IV de la classification de GHARBI.

A l'uroscanner, la nature hydatique de la masse a été confirmée dans tout les cas et deux de nos patients avaient un rein muet à 24h.

La sérologie hydatique que nous avons réalisée systématiquement n'était positive que chez neuf patients.

Le diagnostic de la nature fistulisée du kyste a été suspecté en pré opératoire chez 8 patients



Fig. 2: Coupe scannographique montrant l'hydronéphrose chez le même patient de la figure.

qui présentait une hydaturie et chez cinq patients qui avaient une hydronéphrose. Chez cinq patients, la fistule n'a été diagnostiquée qu'en per opératoire.

Le diagnostic de l'hydatidose rénale étant posé, un bilan d'extension était réalisé de façon systématique à la recherche d'autres localisations, en l'occurrence pulmonaire et hépatique.

Le traitement a été toujours chirurgical avec le souci d'être conservateur au maximum. Tous les patients ont été abordés par lombotomie. Ainsi douze patients ont bénéficié d'un traitement conservateur et deux patients ont eu une néphrectomie pour rein détruit par un kyste prenant tout le parenchyme rénal. Nous avons découvert la présence de deux fistules dans trois cas et d'une seule fistule dans neuf cas. Dans deux cas où la fistule a été diagnostiquée en pré-opératoire, nous avons mis en place une sonde urétérale en double crosse avant la cure chirurgicale. Chez 8 patients, nous avons protégé la cure de la fistule par une néphrostomie chirurgicale.

La durée moyenne d'hospitalisation est 13 jours. Aucun traitement médical n'a été nécessaire vu que c'était une localisation unique et que toutes les précautions ont été entreprises pour prévenir une éventuelle dissémination.

Le suivi des patients reposait essentiellement sur l'examen clinique et



Fig. 3: Cliché d'UIV montrant une urétérohydronéphrose en rapport avec la migration d'une vésicule fille dans l'uretère pelvien.

une échographie de contrôle à un mois. La néphrostomie a été enlevée au cinquième jour et ce après opacification antégrade par la néphrostomie pour s'assurer du libre passage urétéral un jour après l'ablation du Redon. Pour les patient porteurs de la sonde urétérale double crosse, celle-ci a été enlevée un mois plus tard, ils avaient gardé la sondé vésicale pendant quatre jours.

Quant aux complications postopératoires on rapporte un cas de fistule stercorale colique extériorisée par la plaie opératoire observée chez un patient ayant bénéficié d'une néphrectomie laborieuse à cause des multiples adhérences du kyste aux organes de voisinage, qui a été jugulée par l'instauration d'un régime sans résidus et qui s'est tarie en 20 jours. Nous avons aussi noté deux cas d'infection de paroi mais aucun cas de fistule urinaire ni de surinfection de la cavité résiduelle.

DISCUSSION

L'hydatidose est une parasitose encore très répandue au Maroc. La localisation rénale vient en troisième position après les localisations hépatiques et pulmonaires. Elle est estimée entre 2 et 5% de localisations viscérales¹⁻⁴. Il est généralement primitif comme nous l'estimons pour notre série, presque toujours unique et habituellement unilatéral. L'évolution est lente et insidieuse expliquant parfois la découverte de masses volumineuses comme c'est le cas des cinq

patients qui présentaient à l'examen clinique une grande masse lombaire. Les manifestations cliniques ne sont pas spécifiques en dehors de l'hydaturie retrouvée chez huit de nos patients. Celle-ci signe l'ouverture du kyste hydatique dans les voies excrétrices⁵⁻⁷. Elle est observée chez 28% des cas²⁻⁴ et peut même entraîner une hydronéphrose lors de la migration des vésicules filles dans l'uretère. Cette hydronéphrose a été retrouvée chez cinq patients et nous a fait suspecter sa nature fistulisée.

Le diagnostic est en fait en dehors de l'hydaturie basé sur l'imagerie^{3-4, 6, 8-10}.

L'échographie fait le diagnostic de masse kystique du rein et recherche les autres localisations abdominales. Les éléments évocateurs de l'origine hydatique sont la nature liquidienne, les calcifications pariétales, le décollement membranaire et la présence de vésicules filles⁷. La classification de Gharbi⁷ en 5 stades des kystes hydatiques hépatiques s'applique aux kystes hydatiques rénaux. Les types II, III et V ne posent pas de problème diagnostique, par contre le type I est difficile à distinguer d'un kyste rénal simple. L'aspect pseudo-tumoral (type IV) soulève essentiellement le problème d'un cancer du rein.

L'échographie permet déjà d'évoquer la fistule kystourinaire en objectivant une urétérohydronéphrose.

Il nous semble que le deuxième examen et le plus important à demander reste l'uroscanner^{3, 9, 11}. La TDM est très sensible pour la détection des calcifications et apprécie mieux le contenu en précisant la topographie et le rapport avec les organes de voisinage. Elle permet également d'objectiver d'éventuelles communications entre le kyste et les voies excrétrices en particulier sur les clichés tardifs qui doivent être demandés et faits systématiquement. La prise de cliché d'UIV après le scanner a son intérêt devant un syndrome obstructif secondaire à la migration de vésicules filles dans l'uretère.

Elle retrouve syndrome tumoral avasculaire, déformant les contours du rein, comprimant, refoulant et étirant les voies excrétrices. Elle peut aussi mettre en évidence un rein muet après destruction parenchymateuse totale. L'uroscanner permet ainsi d'affiner le diagnostic du kyste hydatique, de sa forme clinique codifiant sa prise en charge thérapeutique.

L'imagerie par résonance magnétique n'est pas une technique de 1ère intention dans la maladie hydatique. Elle ne trouve sa justification que lorsque les autres imageries en coupe ne permettent pas d'établir un diagnostic certain^{4,11} et aussi lors de contre indication à l'opacification par l'iode (allergie, insuffisance rénale).

Le traitement du kyste hydatique fistulisé est uniquement chirurgical et doit tendre vers une chirurgie conservatrice en préservant le tissu rénal fonctionnel¹²⁻¹³. La lombotomie permet un abord extrapéritonéal évitant le risque d'essaimage de la cavité péritonéale. Nous procédons à une stérilisation du kyste par l'injection intrakystique d'une solution scolicide (sérum hypertonique). L'utilisation d'eau oxygénée est proscrite dans les kystes fistulisés à cause du risque d'érosion et de sclérose des voies excrétrices mais peut être utilisée pour protéger le champ opératoire. La résection du dôme saillant reste le traitement de choix^{1-3, 10}. Le traitement de la cavité résiduelle dépend de sa capacité à s'affaisser et à se combler sans risque de suppuration. Un rapprochement de ses berges peut être réalisé. Le drainage de la loge rénale s'impose dans tous les cas^{3, 11}. Les fistules doivent être recherchées systématiquement et fermées par du fil résorbable en deux plans (kystique et parenchymateux), et en cas de difficulté d'aveuglement, la mise en place d'une néphrostomie a été décrite^{2, 4}. Mais d'après notre expérience, nous sommes persuadés que la mise en place d'une sonde JJ reste le meilleur moyen pour éviter une fistule postopératoire en assurant le drainage des urines. Cette sonde doit être mise soit en préopératoire lorsque le diagnostic de la fistule urinaire est suspecté soit en per opératoire. La néphrectomie reste malheureusement

un moyen thérapeutique réservé au rein détruit par l'hydatidose.

Le traitement de la cavité résiduelle n'est pas indispensable, aucun de nos patients ne l'a eu et aucune complication n'a été observée quand la fistule est diagnostiquée en préopératoire et un drainage systématique des voies urinaires par sonde JJ doit être pratiqué pour protéger la cure de la fistule. Cependant, lorsque le diagnostic est fait en per opératoire, il est préférable de pratiquer une nephrostomie chirurgicale per opératoire.

En conclusion; Le kyste hydatique rénale fistulisé doit être évoqué devant toute masse kystique du rein surtout en zone d'endémie associé à une hydaturie et/ou une dilatation des voies excrétrices. Il est alors nécessaire de réaliser un bilan radiologique (échographie et surtout uroscanner) qui permet d'établir un diagnostic de présomption, un bilan morphologique pré-opératoire précis, et de rechercher d'autres localisations associées. L'établissement d'un diagnostic pré-opératoire permettra de prévenir les complications spécifiques de cette chirurgie, en particulier la dissémination et le choc anaphylactique et surtout une fistule urinaire postopératoire en mettant en place une sonde urétérale JJ et en réalisant une chirurgie conservatrice tant que possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beddouch A., Ait Houssa M., Alkandry S., Lezrek M., Draoui D.: Le kyste hydatique rénal: A propos de 20 cas. J. Urol. (Paris), 1994, 6, 304-306.
2. Benchekroun A., Lachkar A., Soumana A., Faik M., Marzouk M., Farih MH., Belahnech Z.: Kyste hydatique du rein: A propos de 35 cas. Ann. Urol., 1999, 33, 19-24.
3. Ameer A., Lezrek M., Boumdin H., Touiti d., Abbar M., Beddouch A., Prog. Urol., 2002, 12, 409-414.
4. Horchani A., Noura Y., Kbaier I., Attyaoui F., Zribi as.: Hydatid cyst of the kidney: A report of 147 controlled cases. Eur. Urol., 2000, 38, 461-467.
5. Turker K.I., Tefekli a., Kilicaslan I., Erdemir F., Kadioglu T., Esen T.: Hydatid disease of the kidney caused by Echinococcus multilocularis: A rare clinical entity. Urol. Int., 2001, 67, 310-312. 14. UNSAL A., CI
6. Tan M.O., Emir L., Germiyanoglu C., Uygur C., Altug U., Erol D.: Isolated renal and retroperitoneal hydatid cysts. Int. Urol. Nephrol., 2000, 32, 41-46.
7. Unsal A., Cimentepe E., Dilmen G., Yenidunya S., Saglam R.: An unusual cause of renal colic: Hydatiduria. Int. J. Urol., 2001, 8, 319-321.
8. Hassine W., Dupuch K., Gharbi HA.: Apport de l'échotomographie dans la pathologie hydatique du foie de l'enfant: A propos de 42 cas. J. Radiol, 1980, 61, 323-327.
9. Shetty SD., AL-Saigh AA., Ibrahim AL., Malatani T., Patil K.: Hydatid disease of the urinary tract: Evaluation of diagnostic. Br. J. Urol., 1992, 69, 476-480.
10. Soto. Delgado M., Varo. Solis C., Bachiller B.J., Beltran A.V.: Giant renal hydatid cyst: Report of a new case. Actas Urol. Esp., 2001, 25, 129-132.
11. Zmerli. S., Ayed M., Horchani A., Chami I., EL Ouakdi M., Ben Slama MR.: Hydatid cyst of the kidney: Diagnosis and treatment. World. J. Surg., 2001, 25, 68-74.
12. Pastor Lence J.C., Carrascosa L.V., Serrano D.A., Rodrigo G.V., Beltran A.JR., Sanchez SM., Santolaya G.J.I., San Juan De Laorden C.: Hydatidosis in a single location. Actas Urol. Esp., 1999, 23, 729-31.
13. Singh Sk., Ya D Av S., Sriva S Tava P., Sharma Sk.: Nephron-sparing surgery in a case of giant renal hydatid cyst. Urol. Int., 2000, 64, 169-172.