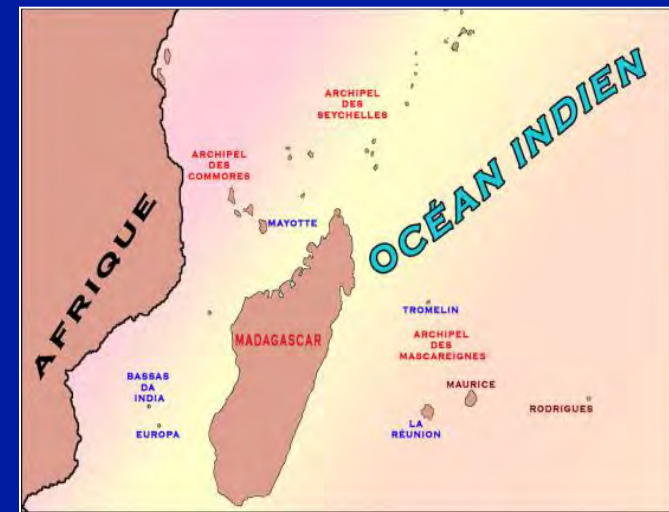


Guillaume Camuset

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU Réunion – Site Sud, Saint-Pierre



- Mme D, 49 ans, d'origine malgache, habitant la Réunion depuis 10 ans
- Voyage à Madagascar sans chimioprophylaxie du 01/04/2013 au 06/05/2013

- **Fébrile à partir du 15/04/2013, douleurs abdominales diffuses, un épisode diarrhéique de 24h**
- **Traitement par quinine puis pyriméthamine-sulfadoxine puis ciprofloxacine à Madagascar**
- **Toujours fébrile à son retour, frissons et pics à 40°C le soir**
- **Hospitalisée : l'examen clinique retrouve une douleur de l'hypochondre gauche**

Quels sont les 3 examens complémentaires qui vous semblent les plus urgents ?

- 1. Sérologie hydatidose**
- 2. Sérologie amibiase**
- 3. Scanner thoraco-abdomino-pelvien**
- 4. NFS**
- 4. Frottis-goutte épaisse**
- 5. β -HCG**

1. Sérologie hydatidose

2. Sérologie amibiase

3. Scanner thoraco-abdomino-pelvien

4. NFS

5. Frottis-goutte épaisse

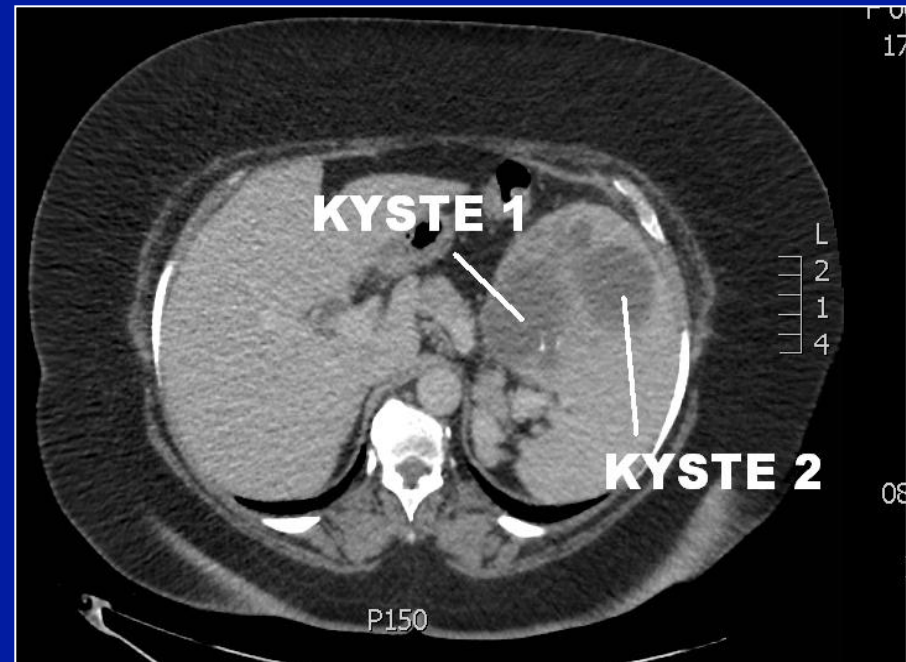
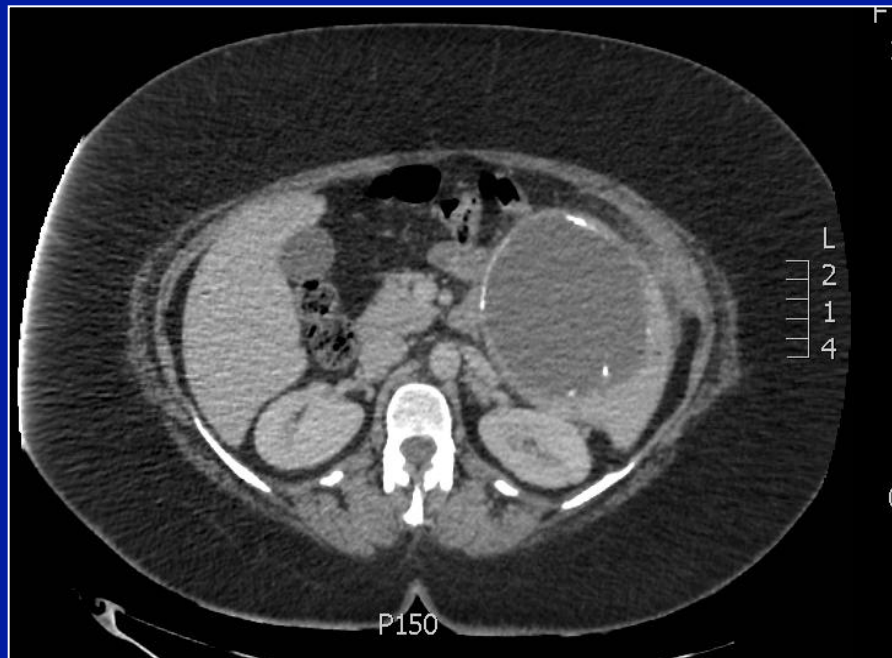
6. β -HCG

Premiers résultats biologiques

- NFS : 6500 GB/mm³ dont 3500 PNN et 100 éosinophiles/mm³
- FGE négatif, PCR *P. falciparum* négative
- CRP à 105 mg/l
- Sérologie amibiase : 1/800 (seuil 1/200)
- Sérologie hydatidose négative

Scanner thoraco-abdomino-pelvien :

^s
kystes spléniques, doute sur une rupture d'un
kyste et infiltrat graisse péri-splénique



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- 1. Kyste hydatique rompu**
- 2. Abscès amibien**
- 3. Abscès bactérien**
- 4. Lymphome splénique**
- 5. Tuberculose**

1. Kyste hydatique rompu

2. Abscès amibien

3. Abscès bactérien

4. Lymphome splénique

5. Tuberculose

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- 1. Antibiothérapie à large spectre + métronidazole**
- 2. Métronidazole seul**
- 3. Traitement anti-tuberculeux d'épreuve**
- 4. Splénectomie**
- 5. Ponction évacuatrice du kyste**

- 1. Antibiothérapie large spectre + métronidazole**
- 2. Métronidazole seul**
- 3. Traitement anti-tuberculeux d'épreuve**
- 4. Splénectomie**
- 5. Ponction évacuatrice du kyste**

Résultats de la ponction du kyste

- Liquide verdâtre, abondant
- PCR amibe négative sur le pus
- Culture positive pour *Salmonella typhimurium*, céphalosporinase et résistante aux quinolones
- Mise sous antibiothérapie par cotrimoxazole fort 2-0-2 pendant 6 semaines (et métronidazole pendant 2 semaines)



La patiente va beaucoup mieux mais 2 semaines après l'arrêt du cotrimoxazole, rechute fébrile et reconstitution du kyste splénique

Quel traitement proposez vous ?

- 1. Reprise de l'antibiothérapie préalable**
- 2. Reprise de l'antibiothérapie par piperacilline-tazobactam + amikacine**
- 3. Nouvelle ponction évacuatrice**
- 4. Splénectomie par coelioscopie**
- 5. Laparotomie exploratrice**

1. Reprise de l'antibiothérapie préalable
2. Reprise de l'antibiothérapie par pipéracilline-tazobactam + amikacine
3. Nouvelle ponction évacuatrice
4. Splénectomie par cœlioscopie
5. Laparotomie exploratrice

- **Finally the patient will be splenectomized by laparoscopic route after puncture of the same purulent liquid in per-operative**
- **L' anatomopathologie exclut le diagnostic de kyste hydatique, mais retient celui de faux-kystes surinfectés**
- **No relapse since splenectomy**

**Rapide bibliographie sur l'hydatidose à Madagascar :
très très rare donc difficile de retenir le diagnostic...**

**1994 : second cas décrit de kystes hydatiques du foie
chez un patient malgache autochtone**

Arch. Inst. Pasteur Madagascar, 1971, 40 (1)

**TROISIÈME CAS DE KYSTE HYDATIQUE
D'ORIGINE MALGACHE
LOCALISATION AU PLANCHER BUCCAL**

BRYGOO* Edouard R., ORSINI** Pierre J., FILLAUDEAU*** Gérard
et MAYOUX** André M.

Madagascar, pays d'élevage où abondent les chiens errants,
devrait être un pays de choix pour le kyste hydatique de l'homme.
Or il n'en est rien.