

UNE CAUSE INHABITUELLE D'ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL CHEZ UNE PERSONNE TRÈS ÂGÉE

AUBOEUF-DOMINGUEZ F (1), BARBEN J (1), BLOT M (2), CAMUS A (1), PUTOT A (1), MANCKOUNDIA P (1, 3)

RÉSUMÉ : L'être humain est un hôte intermédiaire accidentel et une impasse parasitaire pour l'échinococcosse. Aucun cas de kyste hydatique (échinococcosse hydatique) n'a été décrit chez une personne très âgée née en France et ne l'ayant jamais quittée. Nous rapportons ici le cas d'un patient âgé de 90 ans hospitalisé pour altération de l'état général et découverte d'une masse hépatique à la tomodensitométrie. La palpation abdominale était indolore sans masse perçue. Le bilan biologique révélait une hyperéosinophilie, un discret syndrome inflammatoire, une légère augmentation du taux d'immunoglobuline E et une sérologie de l'*Echinococcus granulosus* positive. Le diagnostic d'échinococcosse hydatique (kyste hydatique) due à *Echinococcus granulosus* fut alors posé, compte tenu de la masse hépatique découverte à la tomodensitométrie, de la sérologie positive et de l'hyperéosinophilie. La prise en charge a consisté en une attitude «watch and wait». Cette observation est intéressante car il s'agissait d'un cas de kyste hydatique autochtone de découverte fortuite chez un patient très âgé. En effet, même si le mode de découverte était classique, le tableau clinique était singulier en raison du contexte.

MOTS-CLÉS : Personne très âgée - *Echinococcus granulosus* - Kyste hydatique

AN UNUSUAL CAUSE OF A DECLINE IN GENERAL HEALTH
IN A VERY OLD PERSON

SUMMARY : Humans are accidental intermediate hosts and a dead-end for the echinococcosis parasite. No cases of hydatid echinococcosis (hydatid cyst) have ever been described in a French-born very elderly person, who has never been out of France. We report the case of a 90-year-old man hospitalised following a decline in his general health and the discovery of a liver mass on the CT-scan. The abdominal palpation was painless, and no mass was felt. Biological tests revealed hypereosinophilia, a mild inflammatory syndrome, a slight increase in the immunoglobulin E level, and positive serology for *Echinococcus granulosus*. A diagnosis of hydatid echinococcosis due to *Echinococcus granulosus* was made given the liver mass on the CT-scan, the positive serology and the hypereosinophilia. Management consisted of watch and wait. This observation is interesting because it was a case of an autochthonous hydatid cyst of an unexpected discovery in a very elderly patient. Indeed, even though the discovery was classical, the clinical presentation was singular because of the context.

KEYWORDS : Very old person - *Echinococcus granulosus* - Hydatid cyst

INTRODUCTION

Echinococcus granulosus est un petit ténia qui utilise les animaux de la ferme comme hôte intermédiaire naturel (1, 2). L'être humain est un hôte intermédiaire accidentel et une impasse parasitaire pour l'échinococcosse. En France, les cas d'échinococcosse humaine sont principalement importés par les populations immigrées en provenance des zones endémiques (1), bien que la possibilité d'une infection dans la population autochtone n'ayant pas séjourné en zone endémique ne peut être exclue (1, 3).

À notre connaissance, aucun cas d'échinococcosse hydatique (ou kyste hydatique) chez une personne très âgée née en France, et y ayant toujours vécu, n'a été décrit dans la littérature. Nous en rapportons un dans cet article.

CAS CLINIQUE

Un patient âgé de 90 ans a été hospitalisé dans un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSRG) pour une altération de l'état général apparue parallèlement à la découverte d'une masse hépatique sur une tomodensitométrie abdominale réalisée avant l'hospitalisation. En effet, la tomodensitométrie abdominale révélait une masse sous-hépatique liquidienne, calcifiée et bien délimitée, mesurant 8 cm de diamètre (Figures 1 et 2). Le patient vivait en milieu urbain, ne possédait pas de chien et n'avait, *a priori*, pas consommé d'aliments contaminés par des déjections animales, selon ses dires et ceux de son entourage. Ses antécédents médicaux comportaient une insuffisance cardiaque, une artériopathie oblitérante sévère des membres inférieurs ayant nécessité une amputation d'un orteil, et une hémicolecction gauche dans les suites d'une péritonite bactérienne. Son traitement comprenait rivaroxaban, ramipril, furosémide, paracétamol et des compléments nutritionnels oraux. Il ne consommait pas d'alcool. Le patient pesait 57 kg à l'admission, soit un indice de masse corporelle égal à 18 kg/m², et rapportait une perte de 13 kg en 2 mois. Il présentait donc un état

(1) Pôle Personnes Âgées, CHU Dijon, France.

(2) Département d'Infectiologie, CHU Dijon, France.

(3) UMR Inserm/U1093 Cognition, Action, Plasticité sensorimotrice, Université de Bourgogne Franche-Comté, Dijon, France.

Figure 1. Coupe frontale d'une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne révélant une masse sous-hépatique de 8 cm de diamètre, correspondant à un kyste hydatique hépatique (flèche).



Figure 2. Coupe axiale d'une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne révélant un volumineux kyste hydatique hépatique (flèche).



de dénutrition modéré à sévère. Il ne décrivait aucun symptôme abdominal, mais se plaignait d'un prurit chronique localisé au niveau des cuisses et des avant-bras. L'examen physique révélait l'existence d'un œdème des membres inférieurs associé à l'insuffisance cardiaque, sans anomalie à l'auscultation cardiopulmonaire. La palpation abdominale était indolore, sans hépatomégalie, ni splénomégalie ou autre masse. Il n'y avait pas d'adénomégalie, ni de lésion cutanée dans ce contexte de prurit.

L'analyse des anciens bilans biologiques, obtenus par le biais de son médecin traitant, révélait la présence d'une hyperéosinophilie à 1.250 cellules/mm³ (norme : 0-800 cellules/mm³) un an auparavant. Le bilan biologique réalisé dans le service de SSRG montrait une hyperéosinophilie encore plus marquée à 2.100 cellules/mm³. Les analyses biologiques complémentaires réalisées dans ce contexte d'altération de l'état général avec hyperéosinophilie révélaient un discret syndrome inflammatoire avec une C-réactive protéine à 10,6 mg/l (norme < 10 mg/l) et une vitesse de sédimentation à 32 mm/h (normale < 8 mm/h), un taux d'immunoglobulines E (IgE) légèrement élevé à 270 UI/ml (norme < 150 UI/ml); les sérologies de l'amibiase, de l'*Echinococcus multilocularis*, de la schistosomiase et des hépatites B et C

s'avéraient négatives, tandis que la sérologie de l'*Echinococcus granulosus* était positive.

En raison de la masse hépatique découverte à la tomodensitométrie, de la sérologie hydatique positive et de l'hyperéosinophilie, le diagnostic d'échinococcosse hydatique fut posé.

Concernant la prise en charge du patient, après discussion entre gériatres et infectiologues, il a été décidé qu'aucun traitement n'était indiqué. En effet, le kyste hydatique, de type 5 selon la classification de Gharbi, était totalement calcifié, sans possibilité d'injection d'un traitement antiparasitaire. De plus, le patient était catégoriquement opposé à toute intervention chirurgicale, risquée compte tenu de la grande fragilité de cet homme très âgé et présentant quelques comorbidités dans un contexte de dénutrition.

DISCUSSION

Cette observation est intéressante. En effet, à notre connaissance, aucun cas similaire de kyste hydatique dans un contexte d'altération de l'état général avec prurit chez une personne nonagénaire n'a été préalablement publié. Ce patient avait probablement été contaminé plusieurs années auparavant. En effet, l'échinococcosse, en particulier hydatique, est classiquement découverte fortuitement (4, 5). Les manifestations cutanées, notamment à type de prurit, ont rarement été décrites dans la littérature. Lorsqu'elles sont présentes, elles sont principalement en relation avec l'ictère secondaire à la compression des voies biliaires (6). Le kyste hydatique peut également être révélé par les

complications qu'il entraîne en raison de sa rupture, de sa compression ou de sa suppuration (4, 5).

Concernant la biologie, l'échinococcose s'accompagne, à la phase aiguë, d'une hyperéosinophilie et d'une augmentation des taux d'IgE et d'IgG. L'hyperéosinophilie persiste rarement au-delà de cette phase aiguë et s'avère, dans ce cas, modérée (4), comme dans l'observation ici rapportée. La sérologie, obtenue par la technique Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) a une spécificité et une sensibilité de 90 % chacune et est donc un argument diagnostique majeur (5, 7).

En imagerie, l'échinococcose hydatique est classiquement révélée par l'échographie, qui sert aussi à déterminer la classification de Gharbi (8). Cette dernière, qui est la plus ancienne et la plus utilisée des classifications de kystes hydatiques, comporte cinq types : le type I qui correspond à une collection liquidienne pure, le type II qui est une collection avec décollement total ou parcellaire des membranes, le type III qui correspond à une collection multivésiculaire avec présence de vésicules filles endocavitaires (aspect «en nid d'abeilles»), le type IV qui est une lésion focale solide pseudo-tumorale et, enfin, le type V, correspondant à un kyste à paroi calcifiée (9). La tomodensitométrie est l'examen d'imagerie de référence car elle fournit non seulement une évaluation morphologique complète, mais elle permet également au chirurgien de déterminer les dimensions précises de la masse (10, 11). L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) est une meilleure technique pour distinguer le kyste hydatique de ses diagnostics différentiels, mais les délais d'obtention de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire sont plus longs que ceux de la tomodensitométrie (12).

Quatre types de prise en charge sont possibles. Ce sont la ponction-aspiration-injection-réaspiration (PAIR), l'ablation chirurgicale du kyste, radicale ou conservatrice (13), la chimiothérapie antiparasitaire par albendazole, surtout recommandée dans les kystes de types I et II de 3 à 5 cm de diamètre, et l'attitude conservatrice «watch and wait» (14-16). Lorsqu'il est indiqué, le traitement par albendazole doit être prolongé et continu (15). Bien que ce médicament puisse être utilisé seul, il est recommandé de l'associer à une intervention chirurgicale ou à la PAIR, en l'absence de contre-indications (15). Une surveillance biologique est nécessaire en cas de traitement par albendazole, en raison du risque de toxicité médullaire et hépatique (15). La chirurgie est le seul traitement curatif et est indiquée pour les kystes hydatiques hépatiques volumineux, symptomatiques et compli-

qués. Des auteurs australiens recommandent plutôt une technique conservatrice chez les personnes âgées (15). Néanmoins, la chirurgie radicale s'est avérée plus efficace que la technique conservatrice, notamment en ce qui concerne le nombre de rechutes et de complications peropératoires (15). Le taux de mortalité postopératoire est de 2,2 % et le taux de rechute postopératoire est de 6,5 % (16). Enfin, chez une personne fragile et très âgée, une simple surveillance semble être l'attitude la plus appropriée en l'absence de complications.

CONCLUSION

Cette très intéressante observation doit être portée à l'attention de la communauté médicale. Car, même si le mode de découverte de la maladie chez ce patient s'est avéré classique, il n'en reste pas moins que ce cas est singulier du fait du contexte. Il s'agit, en effet, d'un patient très âgé chez qui un kyste hydatique autochtone a été fortuitement découvert et pour qui une décision de prise en charge de type «watch and wait» a été retenue, compte tenu de ses comorbidités et de son refus de toute intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Umhang G, Richomme C, Boucher JM, et al. Prevalence survey and first molecular characterization of *Echinococcus granulosus* in France. *Parasitol Res* 2013;112:1809-12.
2. Mihmanli M, Idiz UO, Kaya C, et al. Current status of diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis. *World J Hepatol* 2016;8:1169-81.
3. van Cauteren D, Millon L, de Valk H, et al. Retrospective study of human cystic echinococcosis over the past decade in France, using a nationwide hospital medical information database. *Parasitol Res* 2016;115:4261-5.
4. Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, et al. Echinococcosis in humans: clinical aspects, diagnosis and treatment. In : Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawlowski ZS, editors. *Manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern*. Paris:World Organisation for Animal Health;2001:20-36.
5. Brunetti E, Kern P, Vuitton D. Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop* 2010;114:1-16.
6. Avgerinos ED, Pavlakis E, Stathoulopoulos A, et al. Clinical presentations and surgical management of liver hydatidosis: our 20 year experience. *HPB (Oxford)* 2006;8:189-93.
7. Nozais JP, Danis M, Loisy M, et al. Le diagnostic sérologique de l'hydatidose. A propos de 235 cas. *Pathol Biol (Paris)* 1985;33:238-42.
8. Gharbi HA, Hassine W, Abdesselem K. L'hydatidose abdominale à l'échographie. Réflexions et aspects particuliers (*Echinococcus granulosus*). *Ann Radiol (Paris)* 1985;28:31-4.
9. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, et al. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology* 1981;139:459-63.

10. Sayek I, Onat D. Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. *World J Surg* 2001;25:21-7.
11. Marrone G, Crino F, Caruso S, et al. Multidisciplinary imaging of liver hydatidosis. *World J Gastroenterol* 2012;18:1438-47.
12. Eriksen C, Agopian V. The management of echinococcal cyst disease of the liver. In: Cameron J, Cameron A, Editors. *Current surgical therapy*. 12th ed. Paris:Elsevier;2017:343-8.
13. Ramia JM, Ruiz-Gomez F, De la Plaza R, et al. Ambispective comparative study of two surgical strategies for liver hydatidosis. *World J Gastroenterol* 2012;18:546-50.
14. Debonne JM, Legall P, Rey P, et al. Modalités thérapeutiques du kyste hydatique du foie : avancée ou révolution ? *Med Trop* 1997;57:327-34.
15. Keong B, Wilkie B, Sutherland T, et al. Hepatic cystic echinococcosis in Australia: an update on diagnosis and management. *ANZ J Surg* 2018;88:26-31.
16. World Health Organization. Echinococcosis, fact sheet. Geneva:WHO;2017.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr P. Manckoundia, Pôle Personnes Âgées, CHU Dijon, France.
Email : patrick.manckoundia@chu-dijon.fr