

Dr A. AZZI

Faculté de médecine TALEB MOURAD Sidi Bel Abbès

Service de chirurgie générale CHU Sidi Bel Abbès.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE (KHF)

I/ DÉFINITION-GÉNÉRALITÉS

- Tumeur liée au développement dans le parenchyme hépatique du taenia échinococcus granulosus sous sa forme larvaire : embryon hexacanthe.
- C'est une poche kystique dans le foie.
- Fréquence +++ dans notre (Algérie pays endémique).

II/ ÉPIDÉMIOLOGIE :

Fréquence :

- Pays d'endémie ; Grèce, bassin méditerranéen, Amérique latine (Chili, Argentine et Brésil).
- Localisation hépatique : 60-70%
- Le développement du kyste est lent, le diagnostic se fait après 15 ans d'évolution dans 50% des cas.

Sexe : atteint les deux sexes .

Age : tous les âges.

Contage : Contact avec les chiens domestiques.

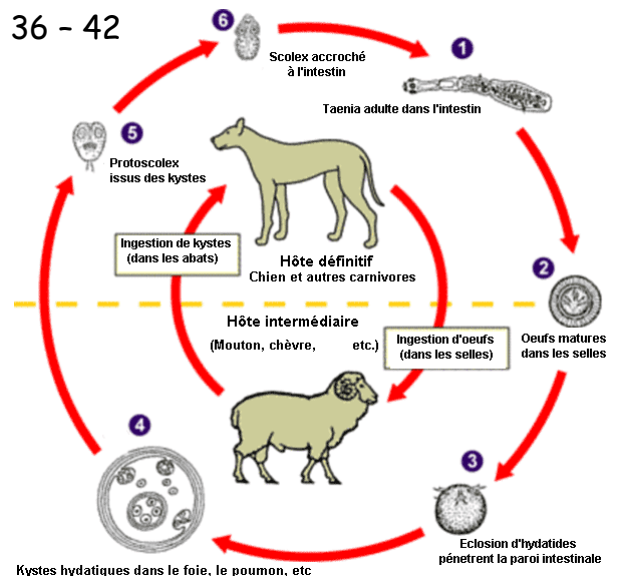
III/ PARASITOLOGIE

Forme adulte : tænia Echinococcus Granulosus responsable de la forme vésiculaire de l'hydatitose hépatique, c'est un ver long de 5-8 mm qui comprend:

- Une tête ou scolex muni de 4 ventouses armées de 36 - 42 crochets répartis en deux rangées
- Un cou
- Un corps formé de 3-4 anneaux dont seul le dernier est ovigère.

Cycle parasitaire

Les œufs éliminés dans le milieu extérieur .
Ingérés par hôte intermédiaire
Homme est un hôte accidentel
Migration du parasite dans l'organisme .
Fermeture du cycle



Contamination humaine:

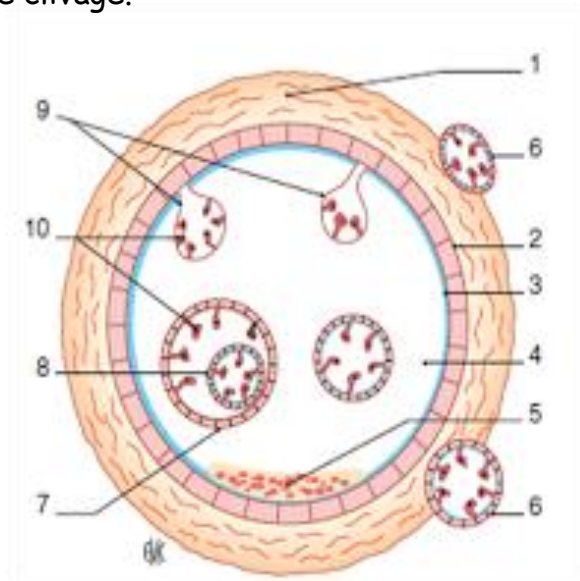
- Contamination directe par le chien
- Contamination indirecte par eau, légumes, crudités souillés par les excréments du chien contaminé ·

IV/ ANATOMOPATHOLOGIE :

Le kyste est entouré de trois membranes :

1. **Interne : Proligère** ; Elle est fertile donnant des vésicules filles.
2. **Moyenne : Cuticule** ; Stratifiée anhiste (sans cellules) sécrétée par le proligère.
3. **Externe : Adventice ou périkyte** ; fait de parenchyme hépatique condensé s'épaissit lors du vieillissement du kyste ; forme le périkyte, dont l'ablation oblige à passer dans le parenchyme sain car il n'y a pas de plan de clivage.

- 1- Adventice.
- 2- Membrane anhiste externe.
- 3- Membrane Proligère interne.
- 4- Liquide hydatique.
- 5- Sable hydatique
- 6- Vésiculisation exogène.
- 7- Vésicule fille.
- 8- Vésicule petite fille.
- 9- Vésiculisation endogène.



Stades lésionnels du KHF:

L'évolution du kyste s'effectue sur trois stades :

1. Kyste uni vésiculaire : (jeune)

Contenu clair eau de roche, adventice souple, traitement facile

2. Kyste multi vésiculaire : (vieilli)

Polylobé contenant des vésicules filles parfois de la bile et du pus

3. Kyste involué ou calcifié :

Le périkyte est imprégné de calcium créant une barrière entre le kyste et le foie. Le parasite est transformé en une masse gélatineuse imprégnée ou non de bile avec présence constante de scolex.

V/ CLINIQUE:

1 -L'interrogatoire:

Cherche la notion de contagé animal (mouton, chien, zone d'endémie hydatique).

2-SymptomatoLOGIE:

- Le kyste hydatique évolue très lentement (après 15 ans d'évolution dans 50% des cas).
- Le plus souvent asymptomatique de découverte fortuite lors d'un examen clinique systématique.
- La symptomatologie est le plus souvent révélatrice d'une complication du kyste

Le KHF reste longtemps latent mais on peut voir:

- Brefs épisodes douloureux de l'hypochondre droit sans caractères précis.
- Troubles dyspeptiques mineurs ; se traduisant par une certaine intolérance digestive, ballonnement postprandial.
- Migraines
- Épisodes fébriles isolés.
- Poussées subictériques fugaces.
- Accidents rarissimes type urticaire (rupture dans le péritoine).

3- TDD : KHF NON COMPLIQUE A DÉVELOPPEMENT ANTÉRIEUR

a/ Circonstances de découverte :

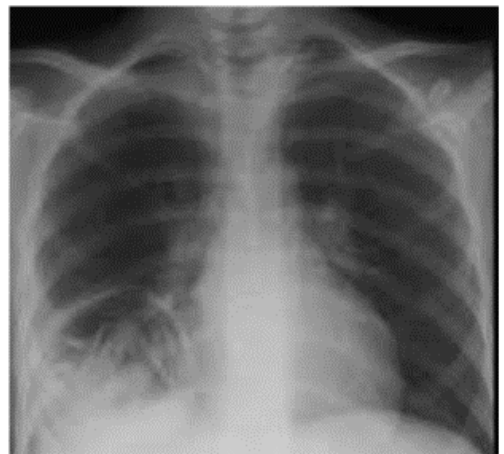
Le KHF reste longtemps latent, le diagnostic se pose lorsqu'il existe :

- Douleurs de l'hypochondre droit ou épigastrique.
- Une masse fortuitement découverte par le malade ou son médecin.
- Hépatomégalie avec ou sans douleurs ou lors d'un examen complet.
- Altération de l'état général plus ou moins importante.
- Survenue d'une complication.

b/ Diagnostic morphologique :

1- Abdomen Sans Préparation (ASP) :

- Surélévation en brioche de la coupole diaphragmatique droite
- Calcifications dans l'aire hépatique (bien arrondies, comme tracées au compas, discontinues, estompées).
- Calcifications coques boules.



2- Échographie hépatique : montre

- La topographie du kyste
- Le nombre et la taille des kystes
- L'image échographique dépend du stade évolutif du kyste .

Classification échographique de GHARBI:

- Type I = kyste purement liquidien avec ou sans épaissement des parois



Type I

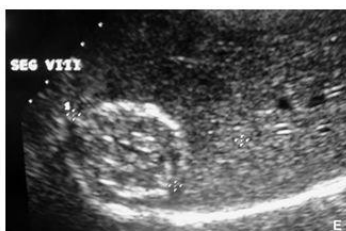
- Type II : décollement de la membrane germinative (split wall).
- Type III : image multicloisonnée (vésicules filles).
- Type IV : masse solide
- Type V : masse solide à parois calcifiées.



Type II: Dédoulement de la membrane



Type III: Aspect en nid d'abeille



Type IV: Aspect Pseudo_tumoral



Type V: Aspect Calcifié

3- Tomodensitométrie :

- Excellent moyen d'imagerie
- Même image que l'échographie
- Permet de faire le diagnostic différentiel avec:
 - Kyste séreux.
 - Abscès hépatique.
 - Tumeur solide bénigne ou maligne du foie.



4- Angiographie hépatique : encoorbement du kyste

c/ Examens biologiques : indispensables pour le dépistage et diagnostique

1- Les tests cutanés :

l'intradermoréaction de Casoni est très rarement utilisée

2- Sérologie hydatique

Réactions sérologiques AG AC: mettent en évidence des anticorps spécifiques.

3- Méthodes qualitatives:

Immunoélectrophorèse des protéines : 5ème Arc de précipitation (1-15 arcs).

4- Méthode quantitative :

Hemagglutination passive: bonne sensibilité (seuil de positivité est de 1/320).

Immunofluorescence: Le seuil de positivité est au 1/100.

VI/ DIAGNOSTIC POSITIF:

- Contexte épidémiologique.
- Examen clinique.
- Examen radiologique : ASP, échographie, TDM et artériographie.
- Examen d'immunoélectrophorèse et réaction d'immunoprécipitation.
- L'indication opératoire est alors posée, faute de quoi l'évolution se fait vers une augmentation du volume du kyste ou vers une complication.

VII/ DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL:

- Kyste biliaire simple.
- Abscès hépatique.
- Polykystose séreuse hépatorénale.
- Cancer hépatocellulaire nécrosé.
- Angiome du foie.

VIII/ ÉVOLUTION:

Le kyste hydatique évolue lentement, l'augmentation de son volume est source de complications:

1. Compression 2. Fissuration du kyste 3. Rupture du kyste.

1. Compression :

- Voies biliaires : Ictère, angiocholite.
- Veine porte : Hypertension portale (htp).
- Veines Sus Hépatiques: Syndrome de Budd-Chiari.
- Veine cave : circulation Collatérale, Œdème des membres inférieurs.
- Organes de voisinage : estomac, Duodénum, Colon.

2. Fissuration du kyste :

- Dans les voies biliaires avec parfois ouverture large :
 - * syndrome cholédocien, angiocholite.
 - * infection du kyste : abcès hépatique.
 - * fistule bilio-kystique.
 - * syndrome de suppuration profonde.
- ✓ Dans le péritoine : échinococcose péritonéale.
- ✓ Dans la plèvre: pleurésie hydatique et biliaire.
- ✓ Dans les Bronches : fistule biliobronchique avec vomique hydatique, bilioptysie.

3. Rupture :

Accident brutal spontané ou traumatique.

- En péritoine libre: choc anaphylactique, échinococcose péritonéale secondaire
- Dans la plèvre

IX/FORMES CLINIQUES:

1- Formes topographiques:

KH du dôme hépatique:

- Peut se révéler par une symptomatologie de la base pulmonaire droite
- Peu se rompre
 - * dans la plèvre droite (complications pulmonaires).
 - * dans le péricarde (complications cardiaques).

KH de la face inférieure du foie:

Peut se révéler par des signes de compression de la veine cave ou porte.

Peu se rompre dans le péritoine libre.

KH du foie gauche:

Comprime l'estomac et simule des signes digestifs (ballonnements vomissements).

Peu se rompre dans l'estomac.

2- Formes associées:

Associées à d'autres localisations viscérales.

X/ TRAITEMENT (TRT)

A- prévention:

Rompre le cycle du parasite.

Le Traitement est essentiellement chirurgical.

A- Le Traitement médical

(mebendazole, fluoromebendazole, albendazole), réserve au formes métastatiques.

B- Le Traitement chirurgical

1- But du TRT :

- Tuer le parasite.
- Traiter le kyste ou sa cavité résiduelle.
- Traiter les complications (fistules bilio-kystiques).

2- Bilan préopératoire :

Bilan du parasite:

Chercher d'autres localisations viscérales.

Poumon (télé thorax) Rate (échographie) Rein (écho, UIV) Péritoine (écho).

Bilan de l'hôte

- Correction des troubles hydro-électrolytiques.
- Correction d'une anémie.
- Correction des troubles de l'hémostase.
- Bilan hépatique (bilirubine, phosphatases alcalines, transaminases).
- Sérologie de l'hydatide.

3- Méthodes chirurgicales :

Objectifs:

a. Destruction du parasite

- Ponction +vidange du kyste.
- Ouverture du kyste.
- Stérilisation de la cavité kystique (Scolicide : H₂O₂).

b. Traitement de la cavité résiduelle :

- Méthodes conservatrices:

- Drainage externe.
- Résection du Dôme Saillant et Mise à Plat.

-Méthodes radicales :

- Périkystectomie : Totale ou Partielle à kyste ouvert ou à kyste fermé.
- Périkystorésection: résection du perikyste en allant sur les tissus hépatiques sains.
- Hépatectomie: résections hépatiques segmentaires selon la localisation, la taille et le nombre des kystes.

