

Kyste hydatique du foie

I- Introduction :

- « Maladie des mains sales », cette parasitose est due au *tænia echinococcus granulosus* qui se développe chez l'homme devenu accidentellement l'hôte intermédiaire.
- Pathologie prédominante dans les pays d'élevage en voie de développement, l'hydatidose peut atteindre jusqu'à 5 % de la population des zones de forte endémie.
- Le KHF occupe une place privilégiée par sa fréquence, initialement répandu dans les pays d'élevage, il existe désormais dans toutes les parties du monde en raison du flux migratoire des populations.
- Les aspects cliniques et les circonstances de découverte de l'affection sont très diverses.
- Malgré le caractère souvent bénin de la maladie, la mortalité n'est pas négligeable et la morbidité est importante après quelques années d'évolution.
- La chirurgie reste le traitement des formes rebelles ou compliquées du kyste hydatique.

II- Epidémiologie :

A / Etude parasitologique :

1 - Parasite :

L'*echinococcus granulosus* est un *tænia* de 3 à 4 mm de long, c'est le plus petit *tænia* intéressant la pathologie humaine. Il possède une tête ou scolex munie de 4 ventouses armées de 30 à 42 crochets répartis en 2 rangées. A la tête, succèdent un cou et un corps formé de 3 segments dont seul le dernier est ovigère. Il contient 400 à 800 œufs quand il est grévade.

2 - Les œufs : ou embryophores de forme ovoïde contiennent des embryons hexacants et sont très résistants.

3 - Larve ou hydatide : ou kyste hydatique est une vésicule de dimension variable.

B / Cycle parasitaire :

« L'hydatidose suit le mouton comme son ombre. L'*echinococcus hydatique* ou hydatidose est provoqué par l'ingestion d'œufs d'*echinococcus granulosus* provenant du chien, hôte définitif du *tænia*. Quand le dernier anneau de ce *tænia*, qui vit dans l'intestin grêle du chien fixé aux villosités, devient mur, il se détache, et les œufs qu'il contient sont éliminés avec les excréments dans le milieu extérieur. L'embryophore ainsi libéré doit être ingéré par un hôte intermédiaire. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un herbivore (mouton ou bœuf...). Arrivé dans l'estomac de ces hôtes, la coque se dissout et l'embryon traverse la paroi intestinale et gagne le foie par l'intermédiaire du système porte. La larve se développe généralement au niveau de ce premier filtre qu'elle rencontre. Si elle échappe, elle gagnera le poulmon puis la grande circulation. L'homme s'infecte comme l'hôte intermédiaire habituel par l'ingestion des embryophores. Le plus souvent par contact direct avec le chien (caresse, léchage). Plus rarement, par des aliments souillés par les excréments des chiens parasités. L'homme s'insère accidentellement dans ce cycle en prenant la place du mouton.

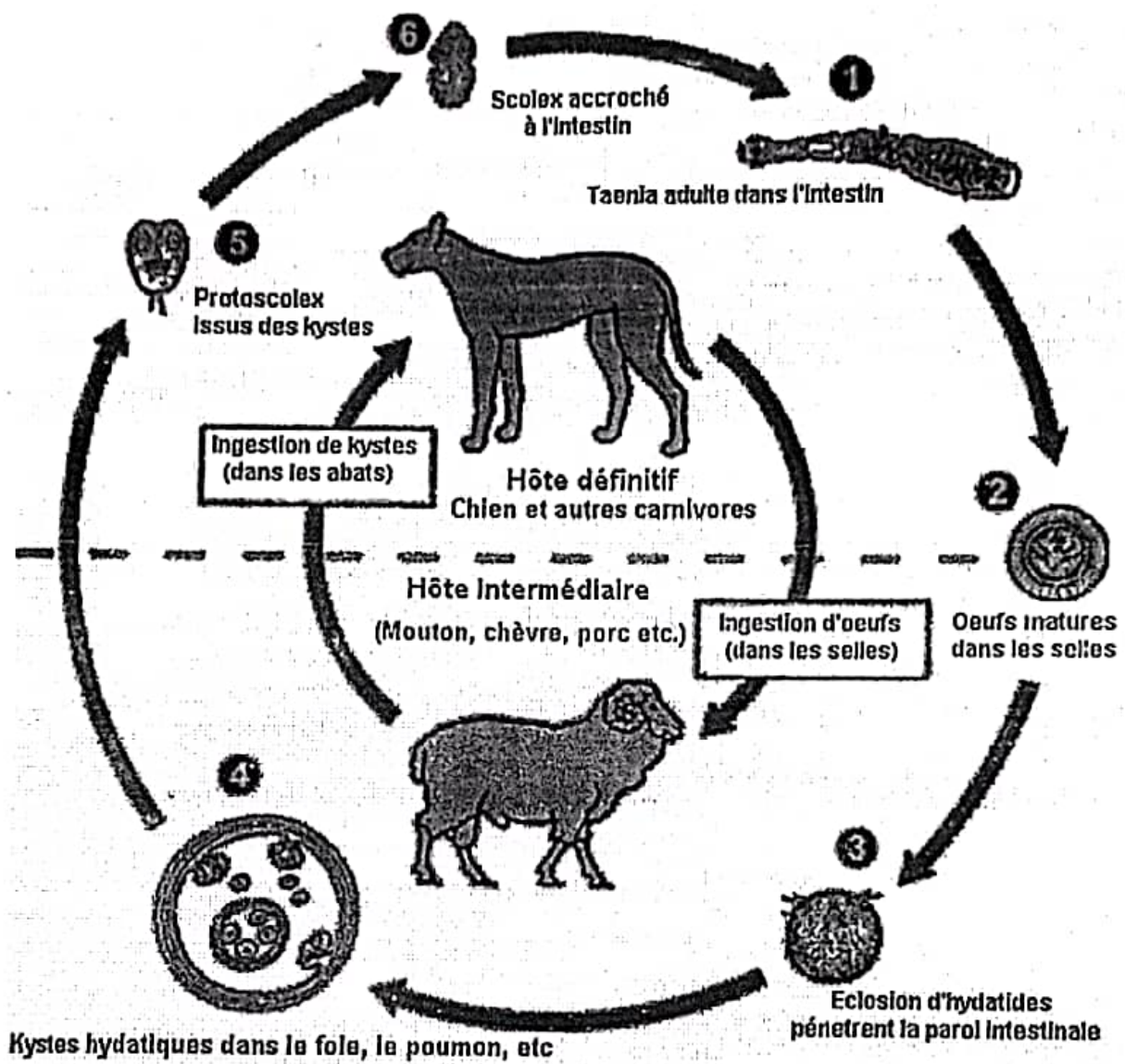


Figure 1 : Cycle de l'échinocoque.

III – Anatomopathologie :

A / Structure du kyste :

1- Membrane germinative : ou proligère de 10 à 20 micro mètres d'épaisseur, blanc nacré, donne naissance par sa face interne au liquide hydatique et aux capsules proligères.

2- Cuticule : C'est une membrane anhiste, d'épaisseur variable suivant l'âge du kyste très riche en mucopolysaccharides.

3- Péri kyste : C'est une formation qui entoure la membrane cuticulaire et se développe aux dépens du parenchyme hépatique par compression mécanique.

B / Facteurs anatomopathologiques de gravité :

- Volume du kyste hydatique.
- Topographie : Compression vasculaire, ouverture dans les voies biliaires.
- Lésions biliaires : La pression intra kystique provoque la rupture de la membrane proligère dans le canal biliaire. Cette ouverture conduit, soit à l'évacuation du kyste, ou à la putréfaction du contenu, soit à l'encombrement hydatique de la VBP responsable d'ictère et d'angiocholite.
- Lésions vasculaires : Atrophie d'un secteur ou tout un lobe hépatique, syndrome de Budd Chiari (compression des veines sus hépatiques), cirrhose.

IV – Clinique :

A / Circonstances de découverte :

- Découverte fortuite à l'échographie faite pour des douleurs de l'HCD sous forme de pesanteur.
- C'est au cours d'intervention chirurgicale réalisée pour une autre affection que le kyste est découvert.
- A l'occasion d'HPM ou la traduction clinique d'une des complications évolutives du kyste pour en faire le diagnostic.

B / Forme hépatique habituelle :

Il s'agit habituellement d'un kyste cliniquement muet, latent pendant de nombreuses années, bien encapsulé et calcifié (30 à 60 % des cas). Les signes apparaissent progressivement avec la tumeur : Sensation de tiraillement ou de pesanteur de l'HCD, dyspepsie, plénitude post prandiale.

C / Forme compliquée :

Les complications sont fréquentes.

- Syndrome fissuraire.
- Ouverture et migration dans les voies biliaires.
- Suppuration.
- Fistule bronchique.
- Compression : De la VBP, des veines sus hépatiques ou de la VCI.
- Rupture dans la cavité péritonéale.
- Calcification.

D / Formes extra hépatiques :

*** Les plus fréquentes :**

- Localisation pulmonaire : le poumon est le 2^{ème} organe le plus fréquemment atteint (25 à 40 %).
- Localisation splénique : 2 à 5 %.
- Localisation rénale : 2 à 5 %, le plus souvent primitive.

*** Inhabituelles et graves :**

- Localisation osseuse : 0,9 à 3 %.
- Localisation cardiaque : 0,5 à 2 %.
- Localisation cérébrale : 1 à 5 %.
- Localisation pleurale : 0,7 %.
- Localisation péritonéale : 4 à 7 %.

V- Eléments du diagnostic :

A / Diagnostic morphologique :

1- Echographie abdominale :

Examen anodin, non invasif et répétitif détermine le nombre, le siège, le volume des kystes et ses rapports avec les vaisseaux. Il renseigne sur la dilatation ou non de la VBP et fait le bilan des autres organes. Les auteurs tunisiens individualisent 5 types d'images échographiques :
Classification de Gharbi du KHF.

- Type I : Image liquidienne pure (kyste jeune).
- Type II : Décollement minime des membranes.
- Type III : Vésicules endocavitaires.
- Type IV : Images focalisée solide.
- Type V : Calcification.

2- Tomodensitométrie :

Examen essentiellement indiqué en cas de difficulté dgc échographique devant les formations du type IV pour éliminer une tumeur maligne.

En fait, le dgc de KHF repose sur l'échographie dans 95 % des cas.

3- Imagerie par résonance magnétique nucléaire :

Elle permet de définir l'origine exacte du kyste.

B / Diagnostic biologique :

1- Immunoélectrodifusion : Electrophorèse (ES) :

Considérée significative càd positive lorsqu'elle permet de visualiser au moins 3 arcs de précipitation et /ou l'arc 5, spécifique des ténias échinocoques.

2- Hémagglutination (HA) :

Positive à une dilution supérieure ou égale à 1/320.

3- Elisa :

La réaction est révélée à l'aide de substrats spécifiques de l'enzyme (peroxydase) éventuellement fixée.

VI- Traitement :

Le traitement du KHF est avant tout chirurgical. L'apparition d'autres possibilités thérapeutiques amène une ère nouvelle dans la prise en charge de cette affection.

1- Traitement médical :

Ce sont les dérivés benzimidazolés (BDZ) qui représentent une efficacité contre l'hydatidose : Mébendazole, flubendazole et albendazole.

- Albendazole : 10 mg /kg /j en 2 prises.

-Mébendazole : 200 mg / kg /j.

Cure de 30 jours séparée de 15 jours pendant 9 à 18 mois pour juger l'efficacité.

Faire un test de grossesse et un bilan biologique (hépatique, rénal, cardiaque et hématologique) avant toute prescription.

Ce traitement concerne surtout les kystes jeunes.

2- Traitement chirurgical :

A / Buts :

- Stérilisation et ablation du parasite.
- Suppression de la cavité résiduelle.
- Traitement des fistules biliaires et contrôle de la vacuité de la VBP.

B / Méthodes :

B-1 – Méthodes conservatrices :

- Ponction évacuation du kyste.
- Résection du dôme saillant.
- Exploration et traitement des lésions biliaires.
- Drainage de la cavité résiduelle.
- Epiplooplastie.

B-2- Méthodes radicales :

- Périkysectomie totale.
- Périkysectomie subtotale ou partielle.
- Périkystorésection.
- Résections hépatiques réglées.

B-3 – Méthodes non opératoires :

Ponction aspiration alcoolisation per cutanée écho guidée du kyste hydatique.

C / Indications :

1- Abstention :

- KH calcifié.
- KH ne dépassant pas 5 cm, de découverte fortuite et dont les tests immunologiques sont négatifs.

2- Choix de la méthode :

- KH périphériques à développement superficiel : Périkysectomie totale.
- KH périphériques à développement profond : Périkysectomie subtotale.
- KH segment II, III : Périkystorésection.
- KH segment VII, VIII : Périkysectomie.
- Kystes centraux : Evacuation du kyste.

VII- Prophylaxie :

La maladie hydatique ne disparaît que grâce à des mesures prophylactiques strictes.

- Education sanitaire des populations des zones d'endémie.
- Les chiens errants doivent être abattus et les chiens domestiques recensés et vermifugés.
- L'abattage du bétail doit subir un contrôle vétérinaire et les abats porteurs d'hydatides doivent être incinérés.
- Les parasites expulsés par les animaux doivent être détruits.

VIII – Conclusion :

Le KHF demeure un véritable problème de santé publique en pays d'endémie.

Il voit son pronostic modifié par les possibilités thérapeutiques nouvelles et par les mesures prophylactiques qui se développent dans ces pays d'endémie.

DR I - OUAHAB
Service de Chirurgie Générale
CHU de Sétif.