

KYSTE HYDATIQUE PULMONAIRE

Module : PNEUMO-PHTESIOLOGIE 2022-2023

Assuré par : Pr S.DAHEL

Responsable du module : Pr F.KERIOU



Plan

I-DEFINITION :

II-EPIDEMIOLOGIE :

III- ANAPATH :

IV-ETUDE CLINIQUE

V- EXAMEN PARACLINIQUE :

V-TRAITEMENT :

I-DEFINITION :

C'est le développement dans le parenchyme pulmonaire de la forme larvaire du Ténia échinococcus granulosus, parasite habituel du chien ou Ténia échinococcus Multilocularis parasite de la plupart des canidés sauvages.

II-EPIDEMIOLOGIE :

- Affection cosmopolite, fréquente, dans les zones d'élevages (Asie centrale, Australie, Amérique latine, Afrique du nord)
- Plus importante chez les femmes
- Pic d'âge : 30-40 ans (âge adulte)
- Agent responsable : cestode (vers plat) de 3-5mm de long qui vit dans l'intestin du chien, constitué de 3 anneaux, le dernier contient des oeufs embryonnés, qui sont rejetés à l'extérieur avec les excréments du chien
- Cette contamination se fait par voie directe (enfant caresse le chien) ou indirecte (consommation de l'eau souillée, tomate, les abats, viandes contaminées)

- Le cycle parasitaire :

Les oeufs absorbés par un hôte intermédiaire habituellement le mouton et accidentellement l'homme, vont libérer dans l'intestin grêle leurs embryons hexacanthés puis vont traverser la lumière intestinale grâce à leurs spicules, arrivant au niveau de la circulation porte (foie localisation fréquente), puis rejoindre la veine cave inférieure, gagnant le coeur droit puis les poumons par les capillaires pulmonaires, ils arrivent et franchissent la 2ème barrière pour gagner la circulation générale et se fixer dans n'importe quel point de l'organisme où ils se développent lentement (des années) pour donner un kyste monstrueux « kyste hydatique » et ce cycle est complet quand le carnivore consomme la viande qui contient le kyste. Les protoscolex au sein du kyste se transforment en adultes dans la lumière intestinale du chien chargée d'oeufs et le cycle recommence.

III- ANAPATH :

- Le KH peut être unique ou multiple (rarement)
- Met plusieurs années pour atteindre la taille d'un pamplemousse arrondie, ovalaire ou polylobé
- Il comprend :
 - *Une membrane interne (proligère) : germinative, d'où se détachent le scolex et l'hydatide fille qui forment le sable hydatique, très mince, permet le passage des substances nutritives

- A l'intérieur on retrouve :

- **Le liquide hydatique** sous tension, clair « eau de roche » renfermant des sels minéraux, sucres, lipides et protéines (notamment enzymes et déchets azotés), 2 protéines ont été définies chimiquement car elles comportent des antigènes majeurs, d'importance diagnostique : - une lipoprotéine thermolabile, ou antigène A, plus connue sous le nom d'antigène 5, et une lipoprotéine thermostable, l'antigène B.
- **Les vésicules filles** endogènes et exogènes qui bourgeonnent à partir de la face interne. Elles peuvent être expulsées et se répandre dans l'organisme ce qui constitue un grave danger: echinococcose secondaire
- **Les vésicules proligères** qui naissent par bourgeonnement de la membrane proligère. Ce bourgeon se vésiculise, grandit et donne naissance à des scolex et ultérieurement un ténia

- **Le sable hydatique:** culot de décantation du kyste; très riche en scolex

*Une membrane externe (cuticule) : anhiste (pas de cellule), permet les échanges osmotiques

*Le périkyte (adventice) : membrane d'emprunt, formée par le parenchyme collabé et remanié par une réaction immunologique

IV-ETUDE CLINIQUE :

- Au début : il est le plus souvent asymptomatique, de découverte radiologique, systématique, parfois il est découvert à la suite des complications, pas de clinique propre.

- Complications :

* la vomique hydatique : pathognomonique

Complication spécifique qui assure le dgc. Il s'agit d'une rupture du kyste dans une bronche avec rejet par la bouche d'un liquide clair salé « eau de roche », renferme des scolex. Cette vomique peut s'accompagner d'une réaction allergique plus ou moins importante allant de l'urticaire au choc anaphylactique.

La membrane peut être rejetée en partie ou en totalité avec risque d'asphyxie si ce rejet est complet et volumineux

*l'hémoptysie : plus ou moins importante

*l'infection du kyste ou Sd infectieux : un abcès

*fistulisation du kyste : soit dans la cavité pleurale (pleurésie purulente, pyopneumothorax) , soit dans le péricarde (péricardite) entraînant un choc anaphylactique ou dissémination hémotogène

*dissémination bronchogène : kyste hydatique multiple, de petite taille dans les deux champs pulmonaires □ métastases hydatiques posant le dgc différentiel avec les Kc secondaires (images en lâcher de ballon)

*symptomatologie non spécifique :

* signes allergiques rebelles : non spécifiques

*toux irritante

*dyspnée (si kyste volumineux)

* douleurs hémithoraciques

*urticaire

V- EXAMEN PARACLINIQUE :

□ Radiologique :

Stade de kyste sain: opacité ronde ou ovalaire, bien limitée, homogène, bien tracée au compas, de tonalité hydrique, située en plein parenchyme pulmonaire « en boulet de canon », parfois calcifiée.

Stade de kyste malade:

*kyste fissuré : image en croissant gazeux, la membrane prolifère est décollée de l'adventice à sa partie supérieure

*kyste rompu et non infecté : la membrane prolifère est décollée de l'adventice à sa partie supérieure (une grande partie) donnant une image ondulée ou festonnée (Sd de la membrane flottante)

*kyste rompu et infecté :

**Abcédé : image hydroaérique avec niveau horizontal

**Image en gretot: KH détergé, vidé, avec séquestration de la membrane au fond de la cavité

****Image cavitaire :** pouvant se souffler (image claire) lors de poussées infectieuse, se voit en cas d'évacuation complète de la membrane

****Image en cocarde:** opacité concentrique, membrane pelotonnée

***KH multiple :** image en lâcher de ballon pseudo métastatique

□ TDM :

Confirmer l'image radiologique et préciser la localisation et les rapports avec les autres organes pour guider le geste chirurgical.

□ Biologie :

FNS : hyper-éosinophilie

□ Examen direct :

Présence de scolex dans la vomique ou l'expectoration

□ Dgc immunologique : certitude

Réaction de fixation du complément, présence de l'arc de précipitation n°5, Ac spécifique anti-KH

□ IDR de Casoni : titre historique, examen spécifique, ne suffit pas

V-TRAITEMENT :

A. traitement préventif :

- Abattage de tous les animaux malades
- Nettoyage des abattoirs
- Enterrer profondément les abats infectés

B. Traitement médical:

Mebendazole et Flubendazole :

C. traitement chirurgical :

- Accouchement hydatique (énucléation) : suture de toutes les communications bronchiques et vasculaires pour éviter la dissémination.
- Exérèse plus ou moins large, elle est radicale avec solution iodoforme (sérum salé hypertonique) pour tuer les scolex et empêcher la dissémination.