

Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique
Université BADJI Mokhtar Annaba
Faculté de médecine
Département de médecine



KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

Dr Oussama REHAMNIA
service de chirurgie générale et digestive CHU Annaba
rehoussama7@gmail.com

Objectifs



- Savoir diagnostiquer un kyste hydatique du foie.
- Connaitre les modalités de contamination et le cycle parasitaire.
- Connaitre les complications.
- Connaitre les différents traitements.

Introduction:



- Pathologie prédominante dans des pays d'élevage en voie de développement.
- Les aspects cliniques et les circonstances de découverte de l'affection sont très divers.
- Malgré le caractère souvent bénin de la maladie, la mortalité n'est pas négligeable et la morbidité est importante après quelques années d'évolution.
- Dans les pays à forte endémie, la maladie constitue un important problème de santé publique.

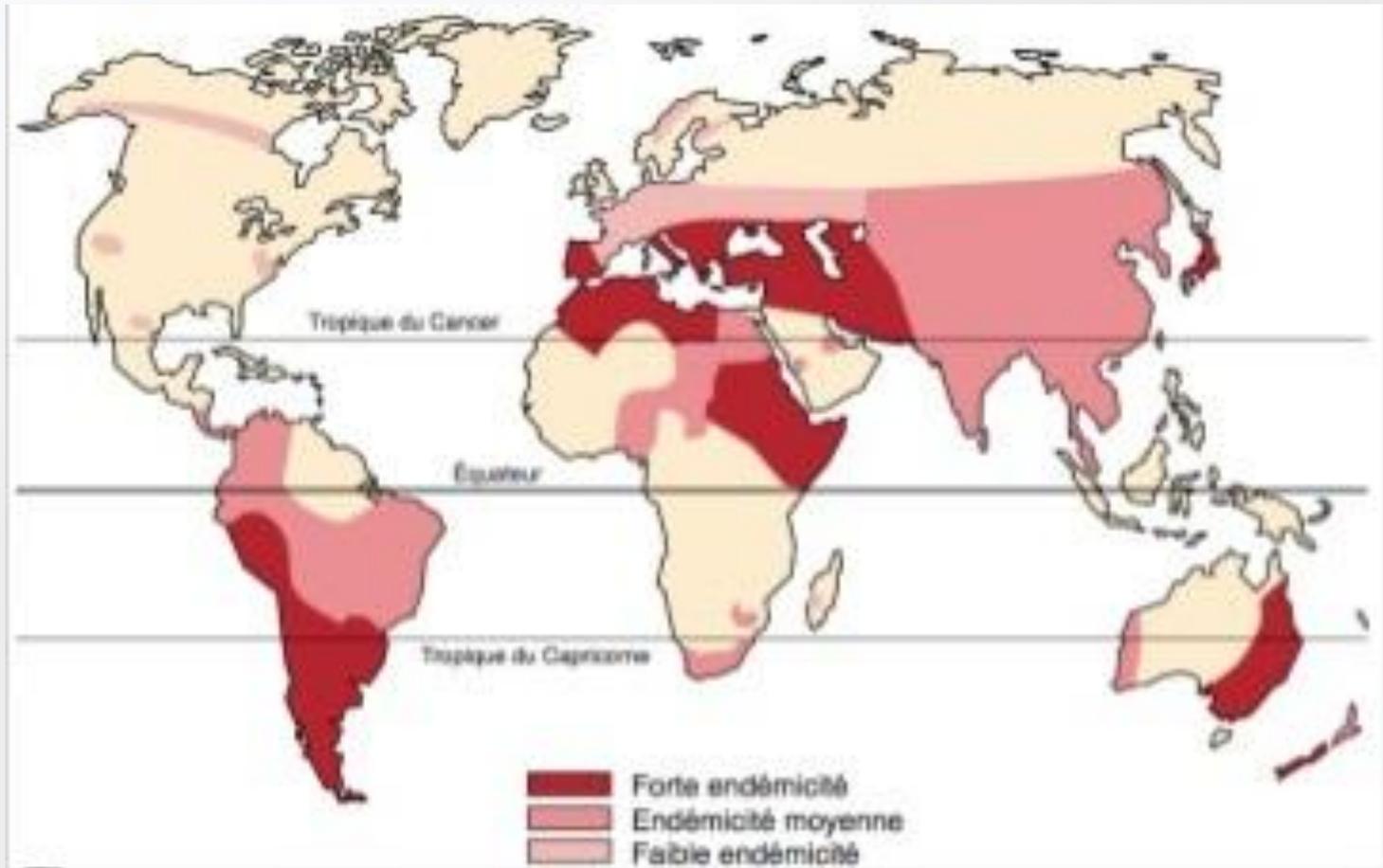
Définition

- Le Kyste hydatique du Foie est le développement de la forme larvaire du ***taenia échinococcus granulosus*** au sein du parenchyme hépatique ,prenant l'aspect d'une tumeur kystique.
- Le foie est l'organe le plus fréquemment parasité 50-70%.
- Le plus souvent il est asymptomatiques mais ses complications peuvent être bruyantes, voire mortelles.
- la chirurgie reste le traitement des formes rebelles ou compliquées du kyste hydatique.

Epidémiologie

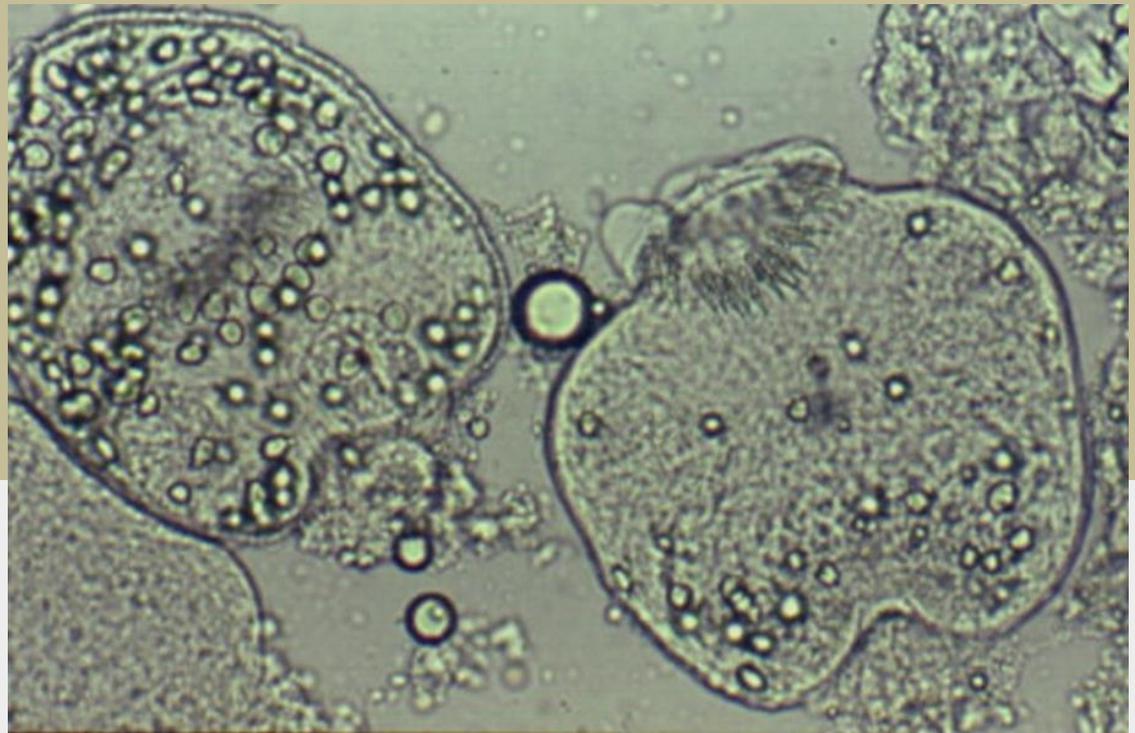
- L'hydatidose touche surtout les bergers, les vétérinaires mais aussi les enfants qui jouent avec les chiens errants ou de compagnie.
- La prévalence humaine est d'autant plus élevée que les chiens ont accès ou qui sont nourris par les viscères des animaux abattus.
- d'où l'intérêt de les enterrer profondément.

Epidémiologie

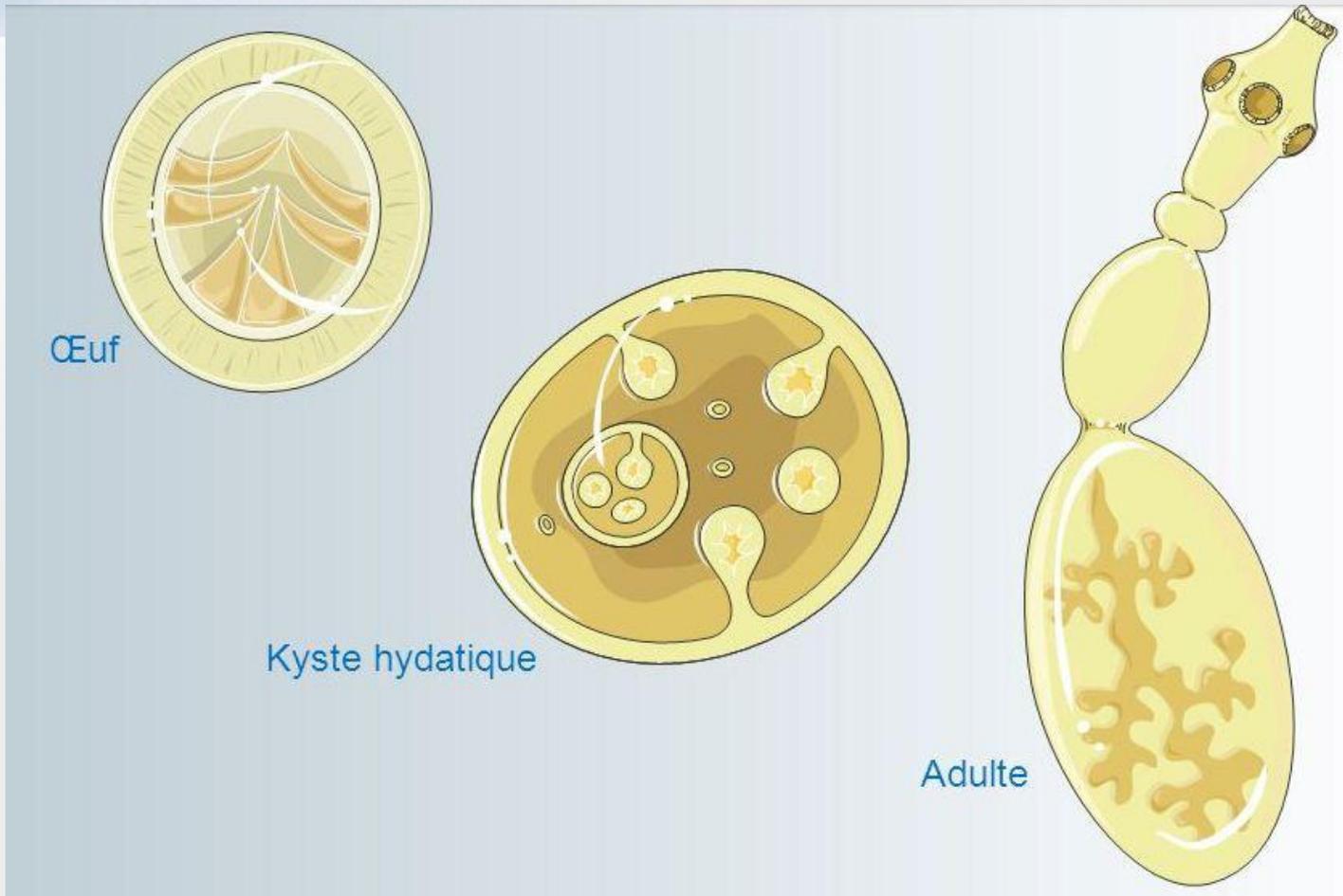


L'endémie est massive dans le Maghreb et certains pays d'Amérique du sud, pays d'élevage du mouton (l'hydatidose suit le mouton comme son ombre).

Parasitologie



Parasitologie



**Le parasite : Le tænia *Echinococcus granulosus*.
3 formes: forme adulte, œuf , larve.**

Parasitologie

La forme adulte



Mesure **5 à 8 mm** de long, vit fixé entre les villosités de l'intestin grêle des chiens.

Elle présente une tête et un corps;

- **La partie céphalique ou scolex** , 04 ventouses arrondies et d'un rostre saillant armé d'une double couronne de crochets; qui assurent l'adhésion du parasite à la paroi intestinale de l'hôte.
- **Le corps du tænia** est formé de 03 anneaux; Les 02 premiers sont immatures, Le dernier anneau, est un utérus gravide contenant jusqu'à 1500 œufs mûrs. Il se détache complètement pour être saisi par le péristaltisme intestinal et s'élimine dans les matières fécales du chien.

Parasitologie

Œuf

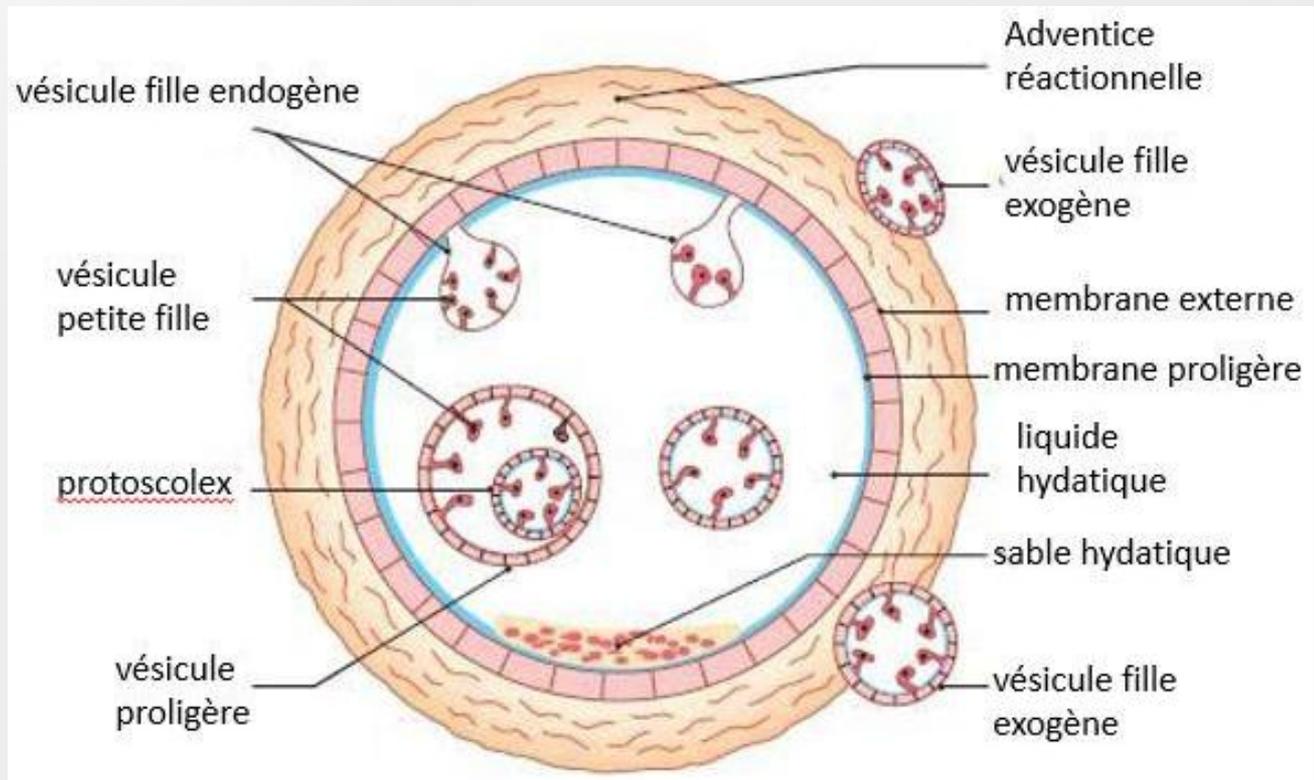


- L'œuf est ovoïde, protégé d'un embryophore épais et strié. La maturation de l'œuf se réalise dans le milieu extérieur.
- Sa survie sur le sol dépend des conditions d'humidité et de température.
- Elle est de 1 mois à + 20°, 15 mois a + 7°, 4 mois à – 10°.
- Les agents chimiques, engrais ou désinfectants n'altèrent pas sa vitalité et ne peuvent pas être utilisés pour désinfecter les légumes contaminés.

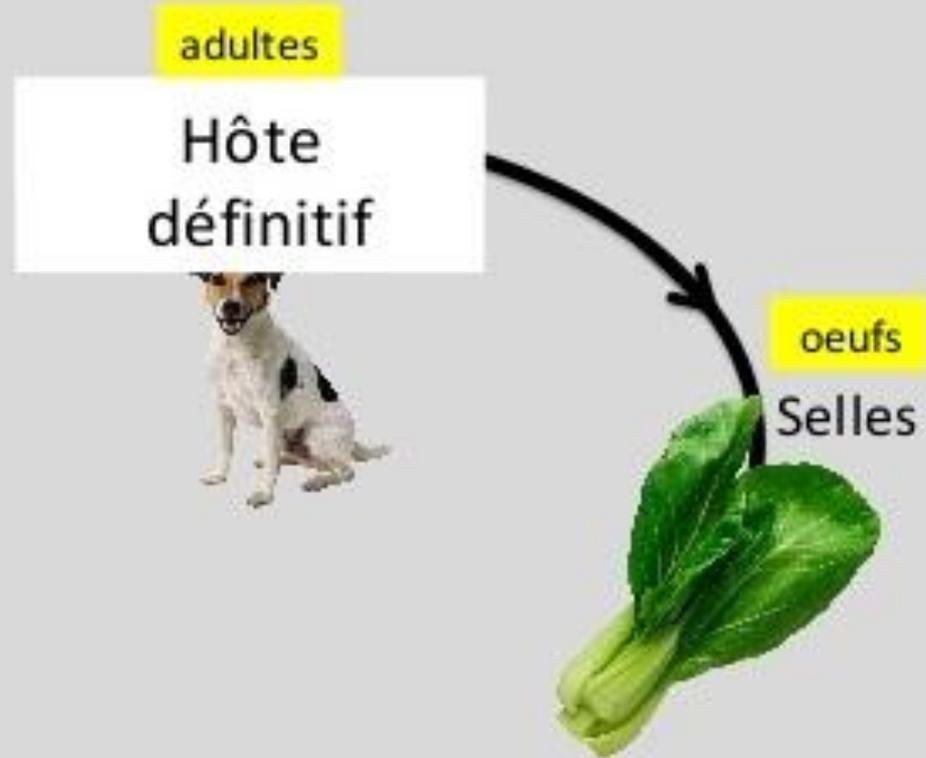
Parasitologie

Forme larvaire

- C'est une vésicule de dimension variable avec une vitesse de maturation lente.

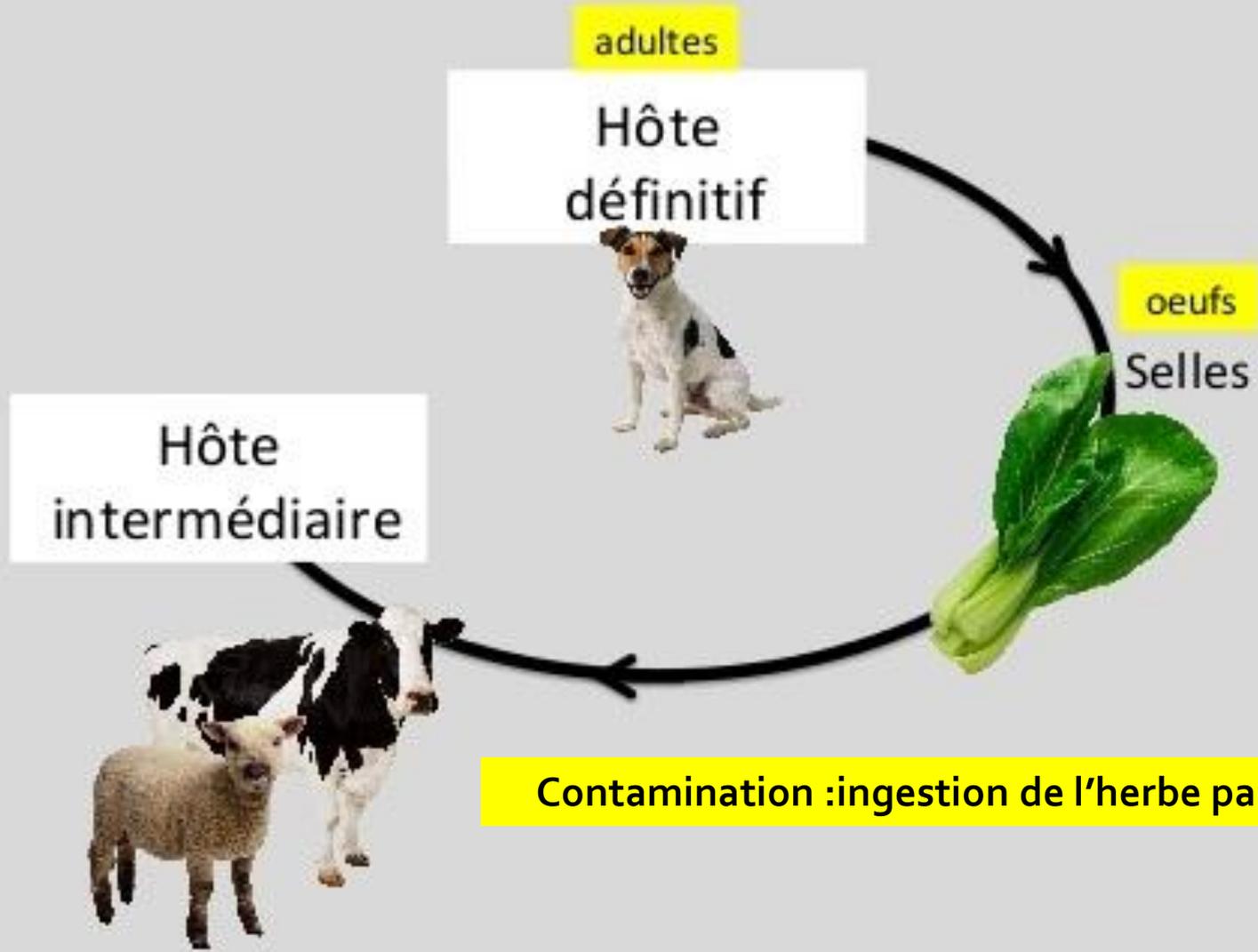


Cycle parasitaire

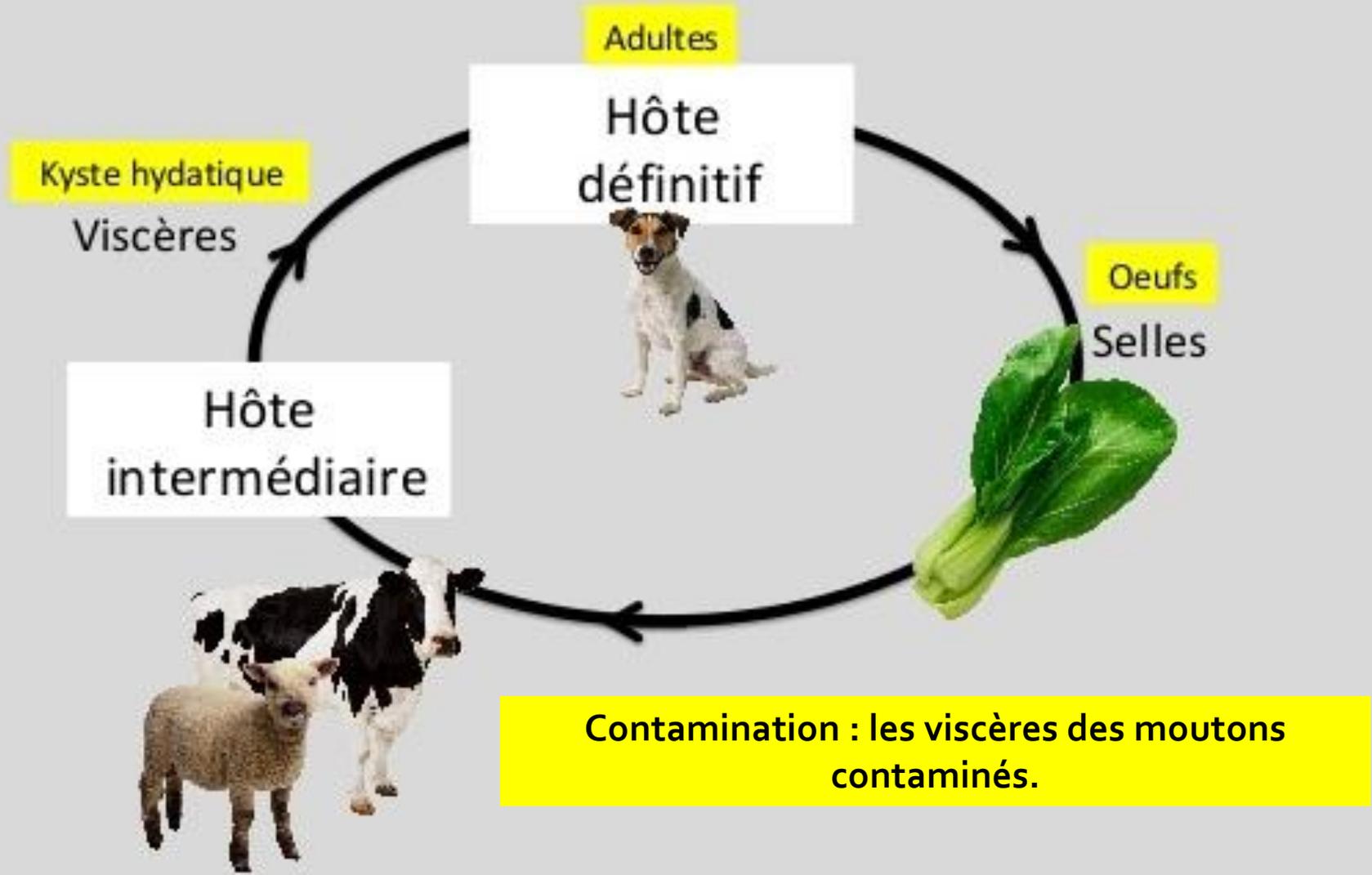


Les selles du chien vont contaminer l'herbe, les légumes et les fruits ramassés par terre.

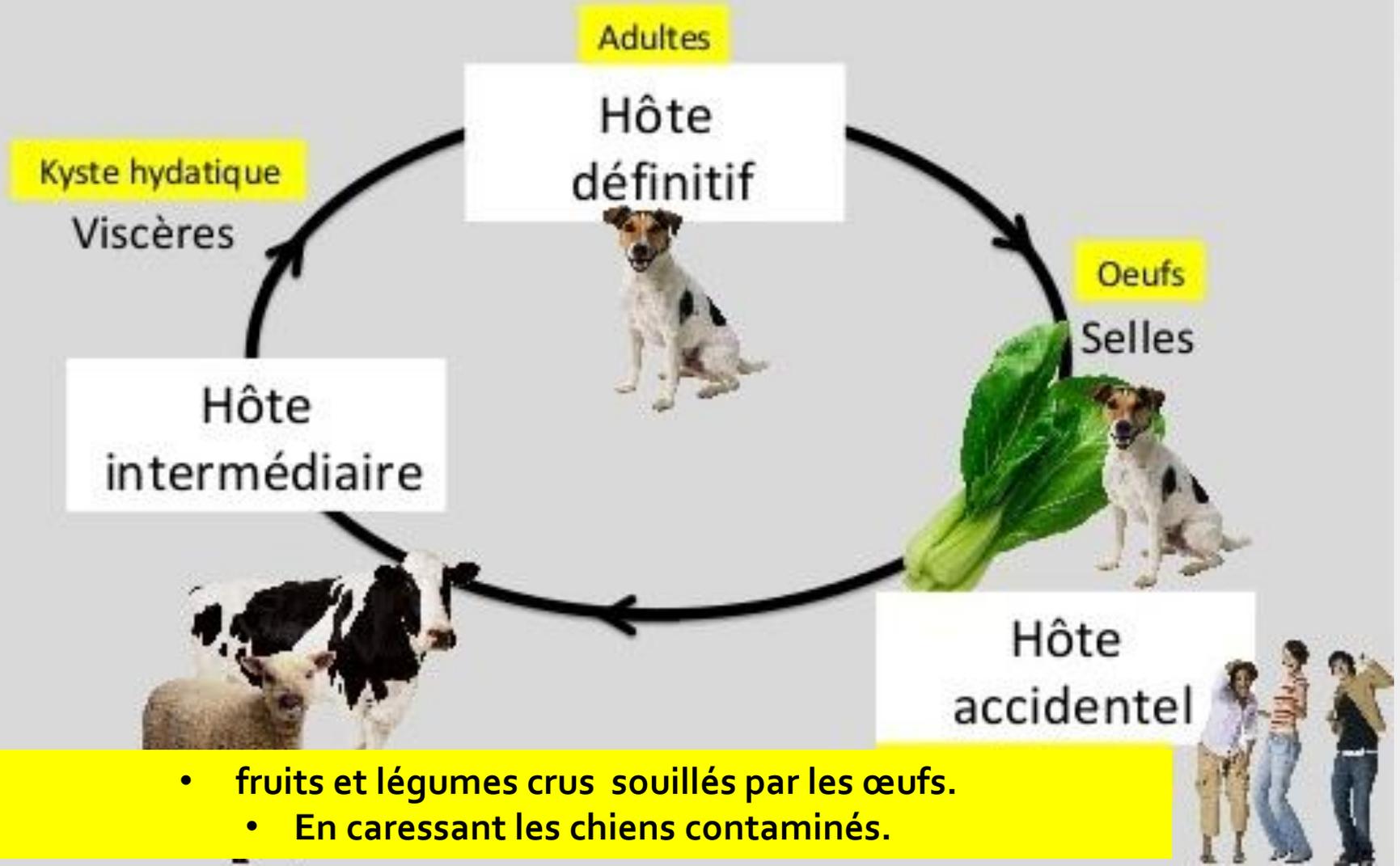
Cycle parasitaire



Cycle parasitaire



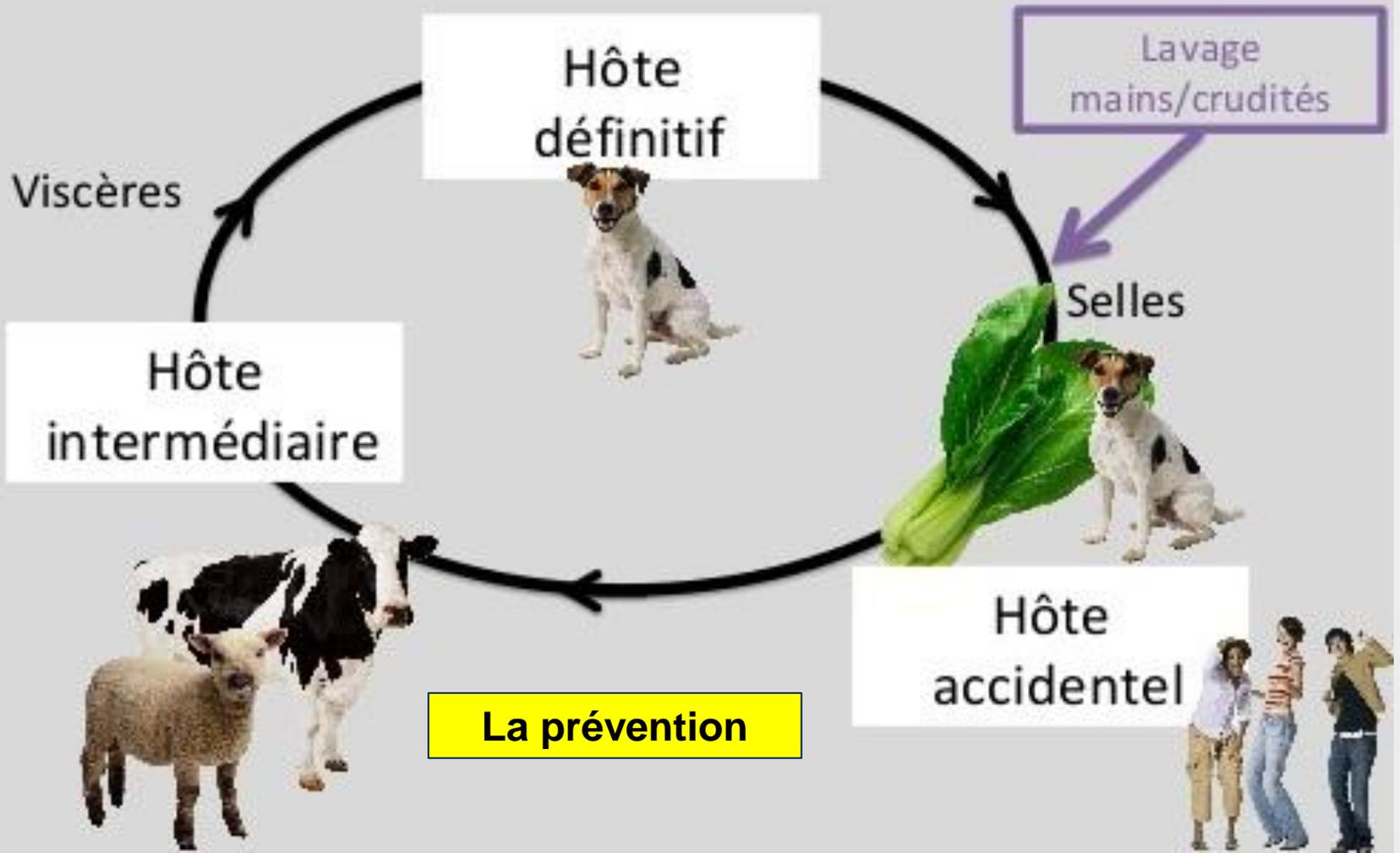
Cycle parasitaire



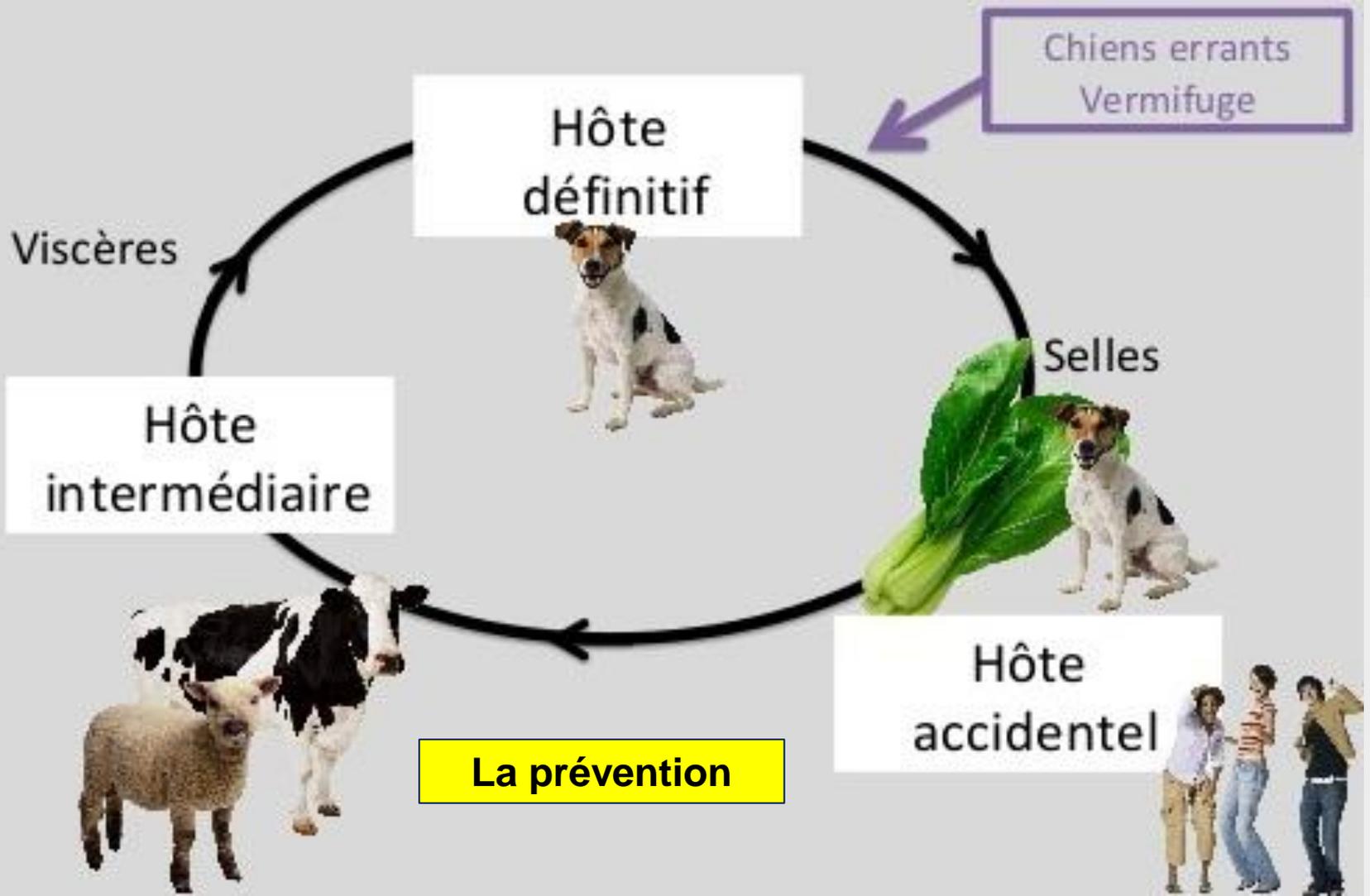
- fruits et légumes crus souillés par les œufs.
 - En caressant les chiens contaminés.



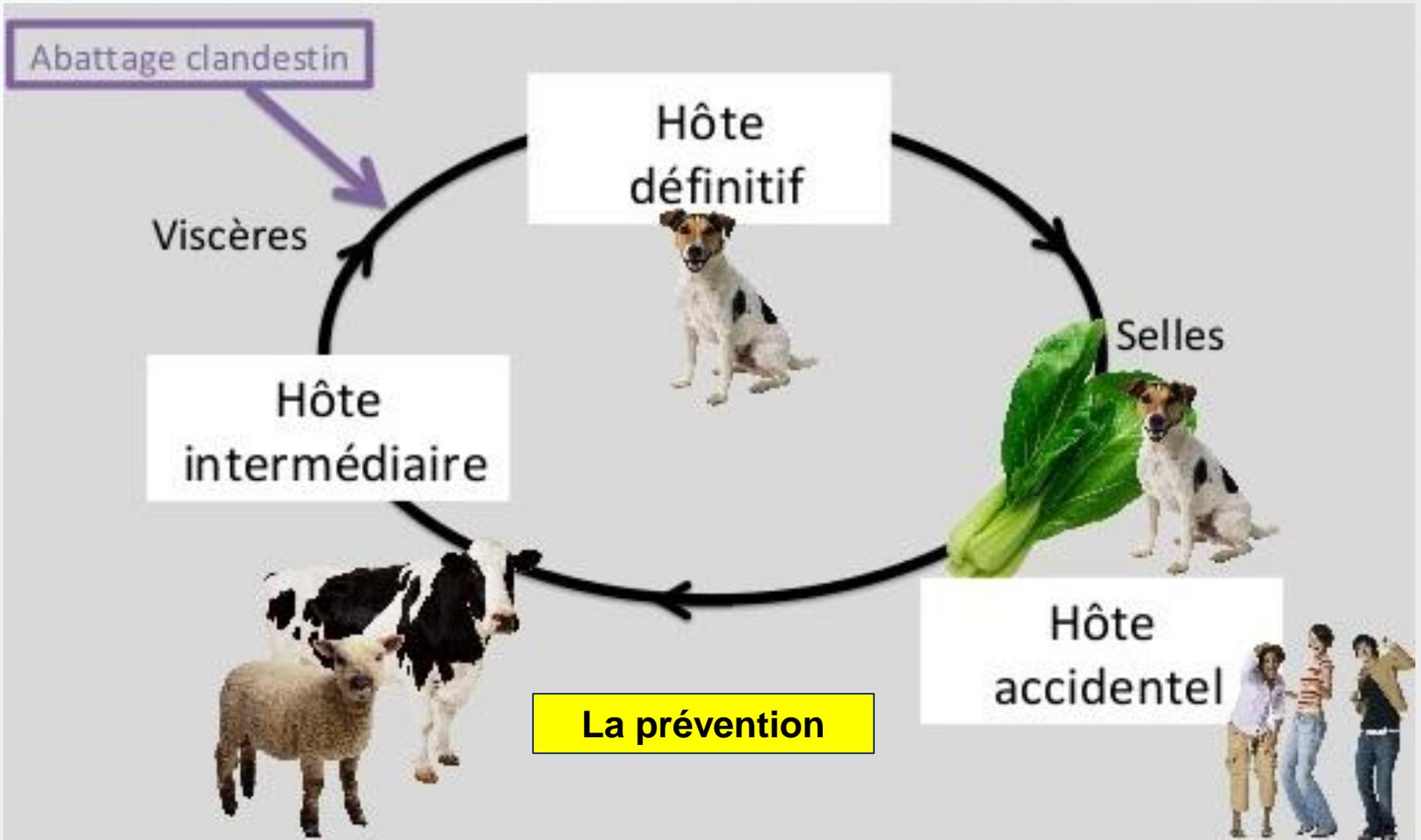
Cycle parasitaire



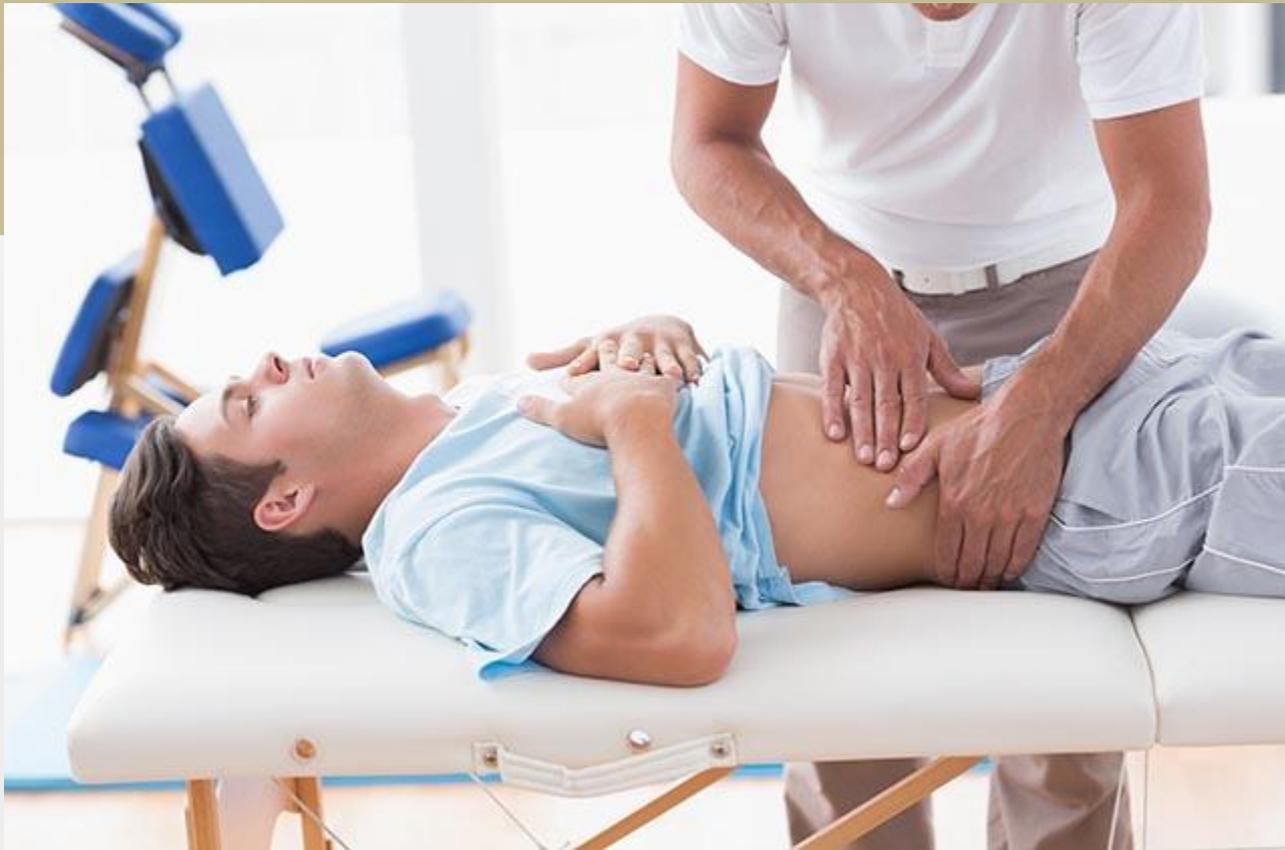
Cycle parasitaire



Cycle parasitaire



Étude clinique



Circonstances de découverte !!

Circonstances de découverte

- Une masse fortuitement découverte par le malade ou son médecin.
- Douleurs de l'hypochondre droit ou épigastrique.
- Hépatomégalie avec ou sans douleurs ou lors d'un examen complet
- Survenue d'une complication ; Mécanique, Infectieuse....ect
- NB: dans le cas d'un kyste non compliqué ; on note le caractère isolé de la tumeur, il n'y a pas d'ictère, ni de fièvre, ni de Circulation veineuse périphérique, ni de Splénomégalie, ni d'ascite.

Interrogatoire



- Recherche d'une profession à risque : berger ; boucher...
- Recherche d'un contact avec les chiens.
- Notion d'un séjour dans une zone endémique.
- Mode d'habitation rurale.



Examen clinique

Signes fonctionnels :

- Douleurs abdominales au niveau de l'hypochondre droit : type pesanteur, une gêne.

Signes physiques

■ **Inspection** :

- Une voussure de l'hypochondre droit, surtout chez le patient maigre

■ **Palpation** :

- Masse palpable, arrondie, bien limitée, lisse, indolore, rénitente
- Mobile avec le foie lors des mouvements respiratoires

■ **Percussion** :

- Matité qui est celle du foie
- Hépatomégalie

Examen para clinique

Biologie

Arguments indirects :

Bilan hépatique : Normal.

Une cholestase ou une cytolyse doivent faire craindre une complication.

NFS : Une Hyperéosinophilie : en phase d'invasion ou en cas de fissuration du kyste.

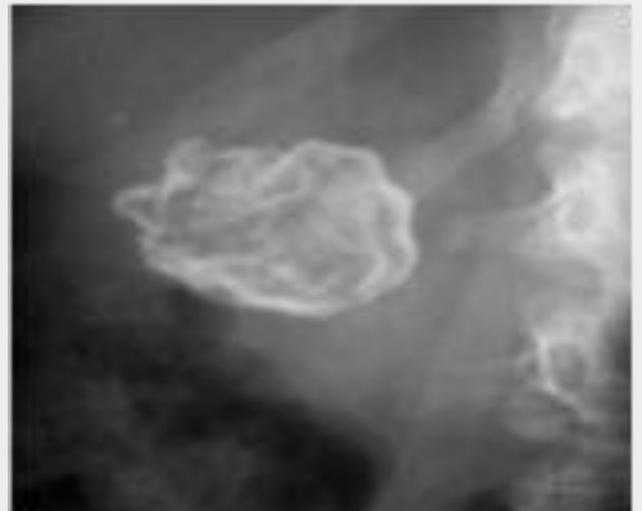
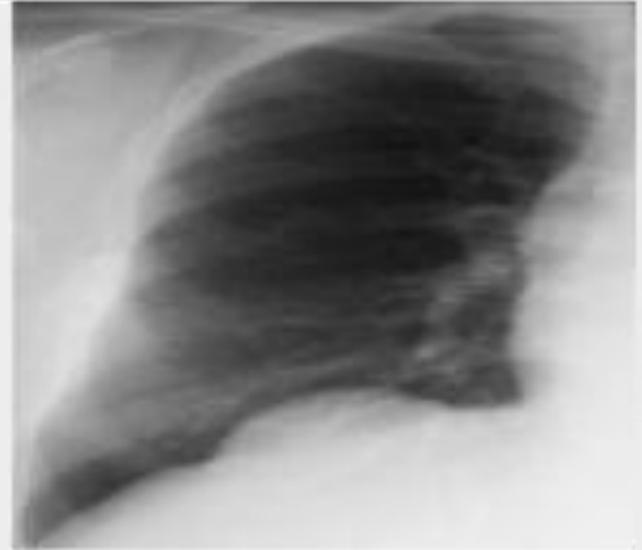
Arguments spécifiques :

Sérologie hydatique: positive.

Examen para clinique

Radiologique

- **Abdomen sans préparation :**
 - Une surélévation de la coupole diaphragmatique droite.
 - Des calcifications, de type arciforme ou annulaire au niveau de l'air hépatique



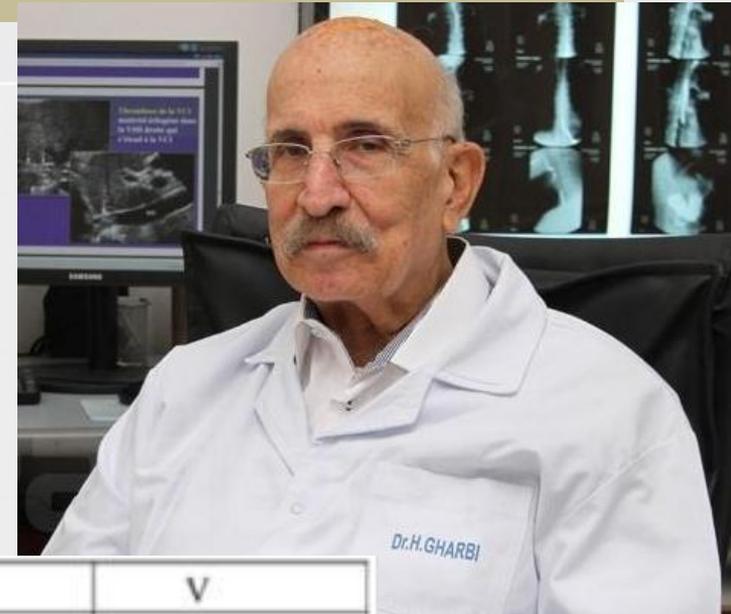
Examen para clinique

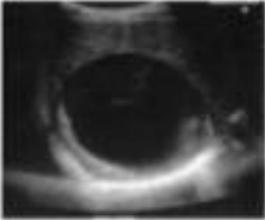
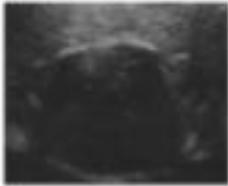
Radiologique

■ Echographie abdominale

- C'est l'examen de première intention. Il objective les différents aspects de la classification de Gharbi.
- L'échographie permet le diagnostic de manière quasi pathognomonique dans les stades 2 et 3. Le type 5 est également évocateur, mais sur les arguments épidémiologiques.
- En revanche, les types 1 et 4 peuvent poser de difficiles problèmes différentiels.

Classification de GHARBI



I	II	III	IV	V
				
univesiculaire	décollement	multivesiculaire	pseudotumoral	calcifié

Examen para clinique

Radiologique

■ TDM:

C'est l'examen fondamental dès qu'une décision chirurgicale est proposée.

Les précédents signes notés en échographie sont retrouvés grâce au scanner



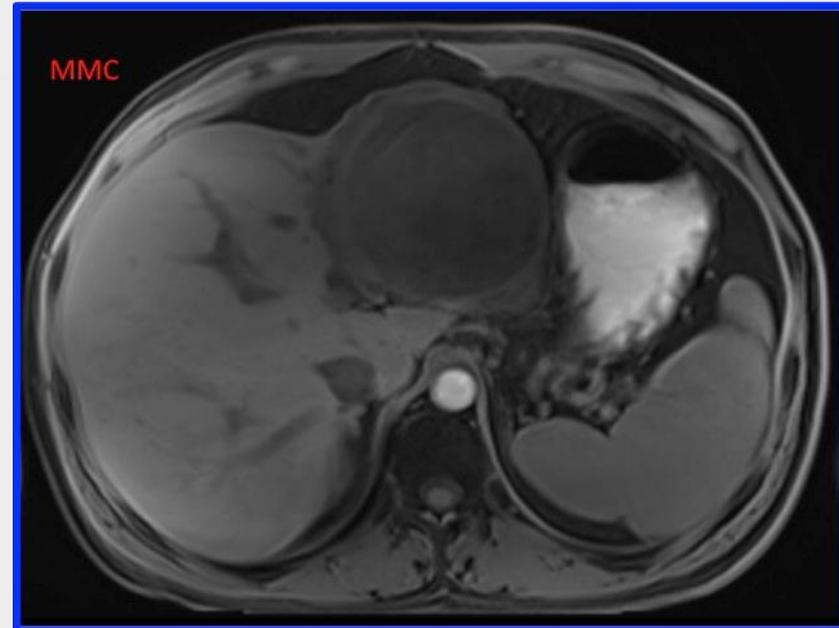
Examen para clinique

Radiologique

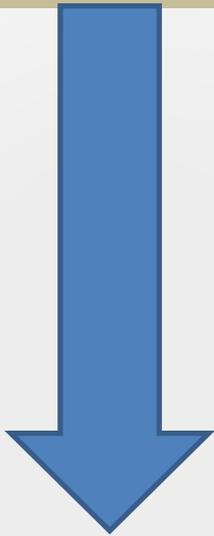
■ IRM:

Ses indications sont peu nombreuses.

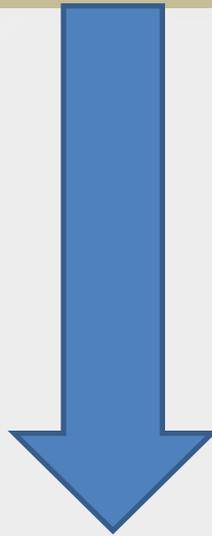
Il s'agit essentiellement des complications biliaires.



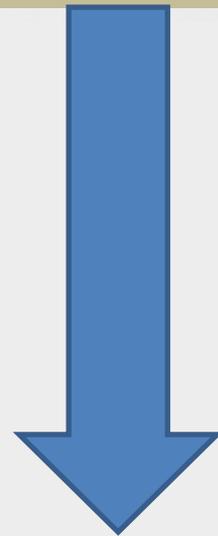
Les complications



Suppuration



Compression



Rupture / fissuration

1. Suppuration

- Succèdent toujours à une fissuration biliaire due à l'entrée de bile plus ou moins septique ou bien par l'apport hématogène de bactéries.
- Elles compliquent 80% des kystes avec des aspects cliniques variés.
- **Généralement:** un syndrome infectieux sévère avec fièvre oscillante, altération de l'état général, douleurs abdomino-thoraciques



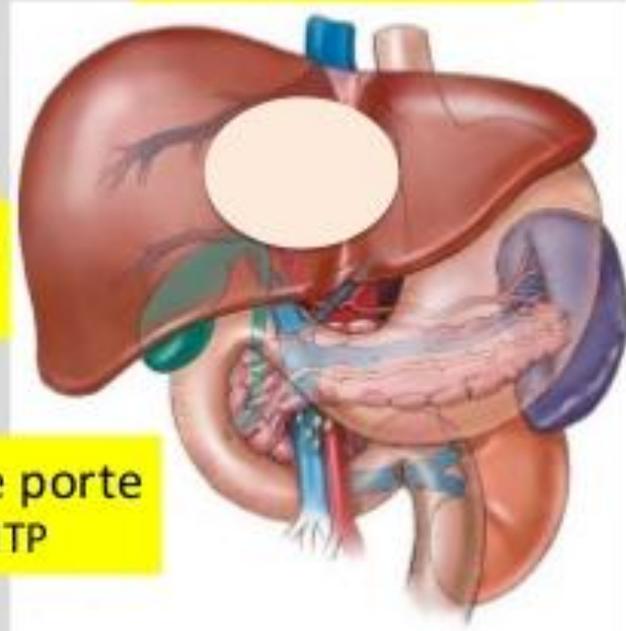
2.Compression

- Formes compliquées
 - Compression

Voie biliaire
Ictère

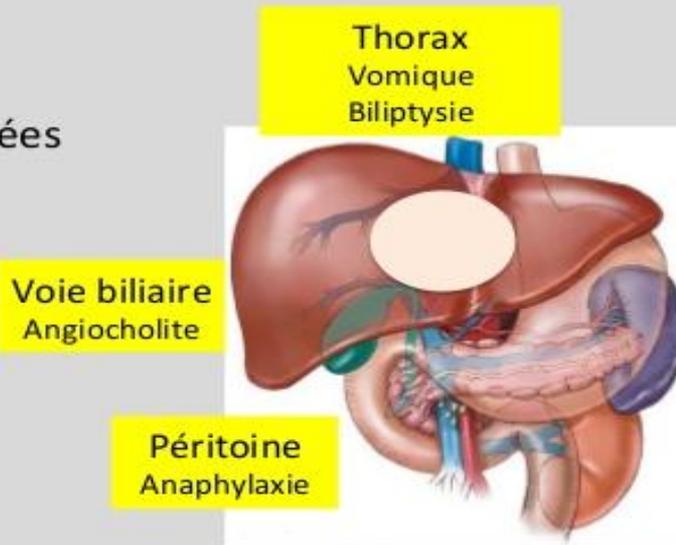
Veine porte
HTP

Sus hépatiques
Budd-Chiari

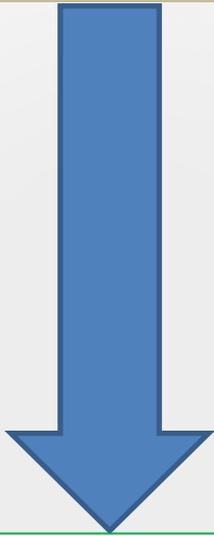


Rupture / Fissuration

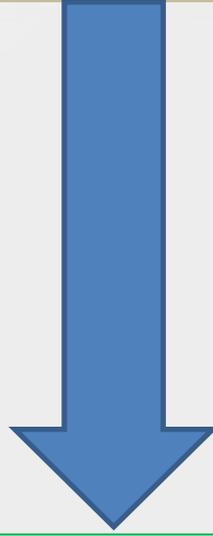
- Formes compliquées
 - Rupture



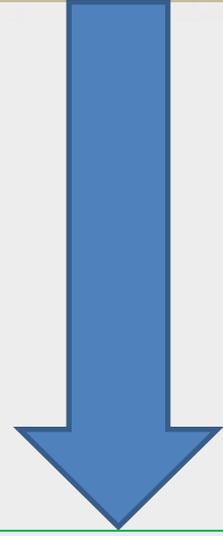
Traitement



Médical



Percutané



Chirurgical

Médical

- Ce sont les dérivés benzimidazolés (BZD) qui présentent une efficacité contre l'hydatidose.
- Le recours à ces médications représente un complément thérapeutique avant et après traitement instrumental.
- Il a pour but de réduire le risque de récurrence.
- **Zentel®** (12-15 mg/kg par jour)
- **Vermox®** (30-70 mg/kg par jour).
- Le traitement est débuté 2 à 3 semaines avant la procédure et poursuivi le plus souvent 3 à 6 mois

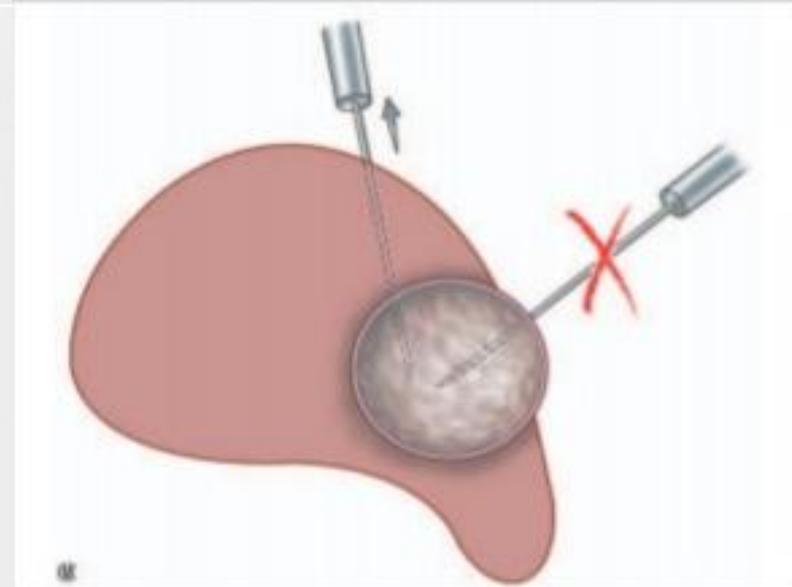


Percutané ; PAIR

- P: **Ponction**
- A: **Aspiration** : 10 à 15 mL de liquide hydatique décomprime le kyste
- I: **injection** de scolicide (**le chlorure de sodium hypertonique** à 20 % ou **l'alcool** à 95 %, **eau oxygénée**)

Pendant 10 a 20 min

- R: **Réaspiration** de toute la solution scolicide s'effectue sous échographie.



Pas d'injection si fistule kysto-biliaire

Chirurgical

- la meilleure alternative dans les formes compliquées.
- Le choix de la technique opératoire dépend des aspects anatomo-cliniques du kyste (siège, taille, nombre, ses rapports, et son volume).
- doit répondre à certains objectifs :
 1. Le traitement du parasite.
 2. Le traitement des fistules kysto-biliaires.
 3. le traitement de la cavité résiduelle.

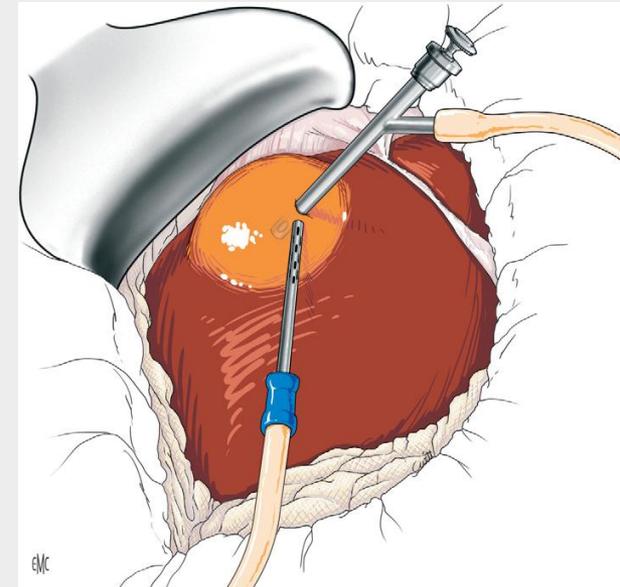
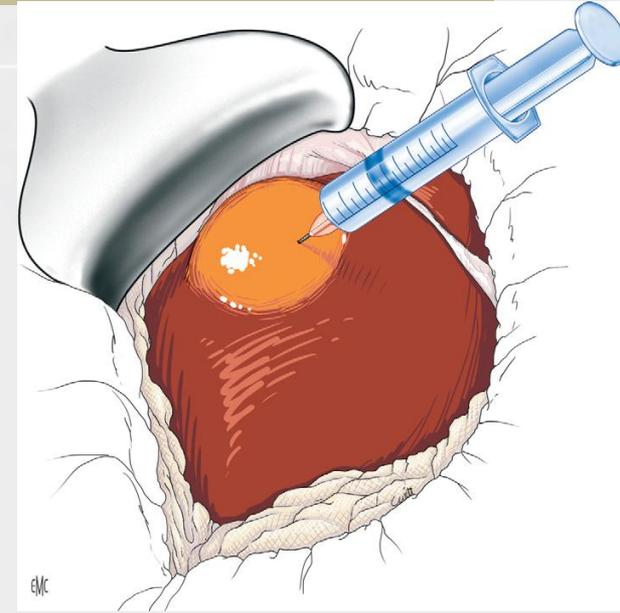


Chirurgical; technique et étapes

1. Traitement du parasite

■ *Ponction du kyste:*

Permet la décompression du kyste. Elle est réalisée à l'aide d'une seringue montée sur une aiguille fine afin de réduire le risque de fuite de liquide hydatique, suivie par la ponction à l'aide d'un trocart

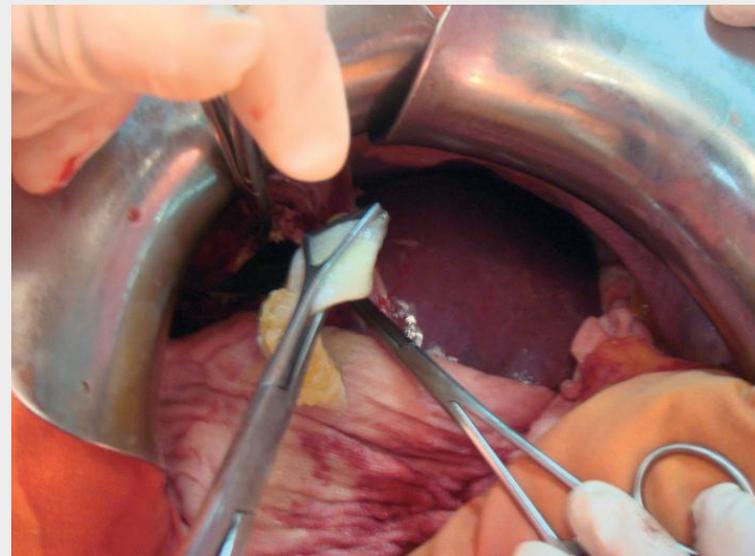
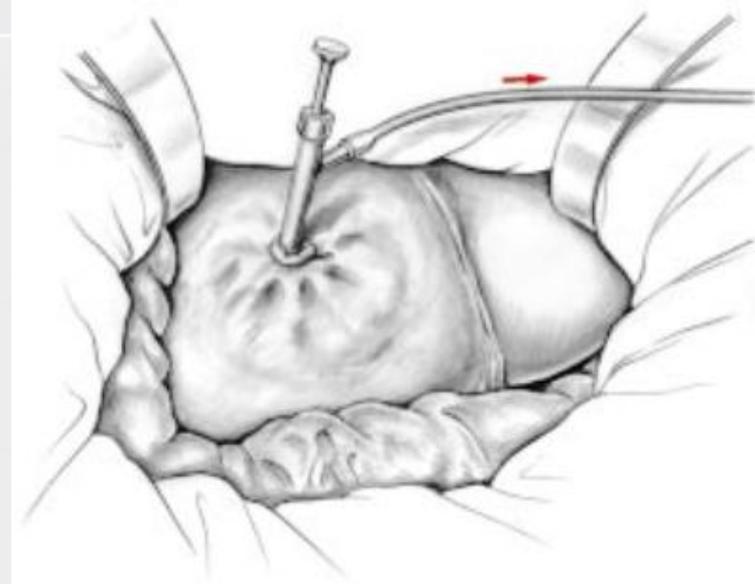


Chirurgical; technique et étapes

1. Traitement du parasite

■ **Aspiration du kyste :**

- réalisé avec un large trocart,
- La membrane proligère peut être aspirée partiellement ou totalement dans le trocart.
- L'aspect du liquide est analysé. Il peut être eau de roche dans les kystes jeunes non compliqués, bilio-purulents dans les vieux kystes ouverts sur la voie biliaire

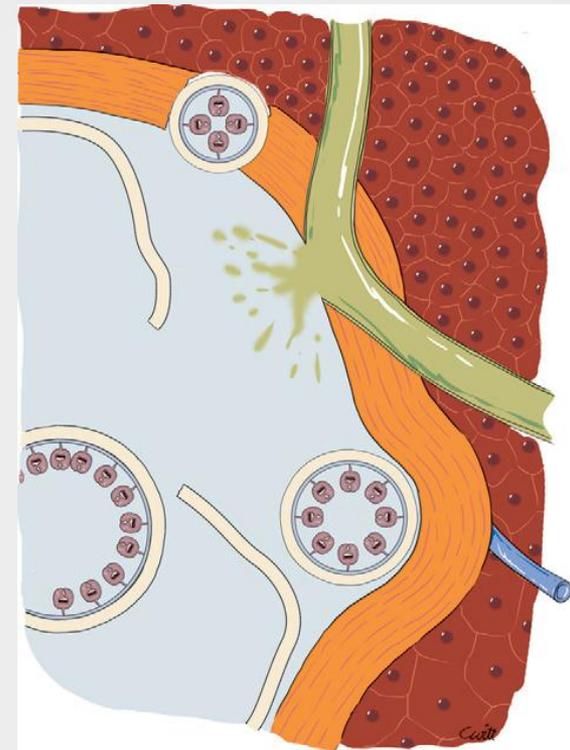


Chirurgical; technique et étapes

2. Traitement des fistules kysto biliaires

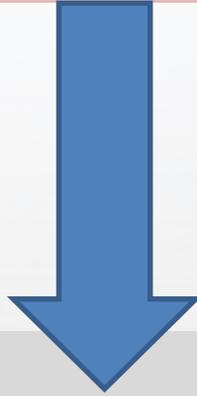
Cette communication peut être affirmée d'emblée devant la coloration jaune verdâtre du liquide d'aspiration

- Les petites fistules intéressant les canalicules périphériques de traitement simple (aveuglement de la fistule suivi d'un drainage de la cavité résiduelle)
- Les fistules larges, communiquant avec les canaux segmentaires, sectoriels ou hépatiques, de traitement plus complexe et controversé.



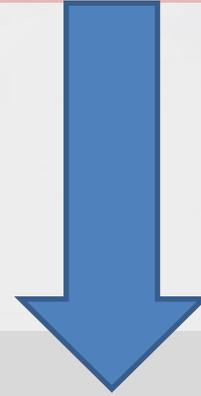
Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle



Conservateur

Résection du dôme saillant



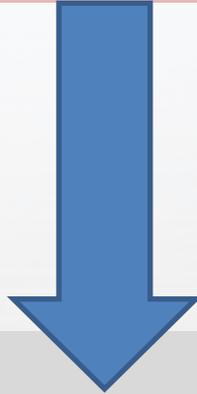
Radical

Hépatectomie
Périkystectomie

±Gestes biliaires

Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle



Conservateur

Résection du dôme saillant

Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

Résection du dôme saillant

Protection du champ opératoire
Ponction-aspiration

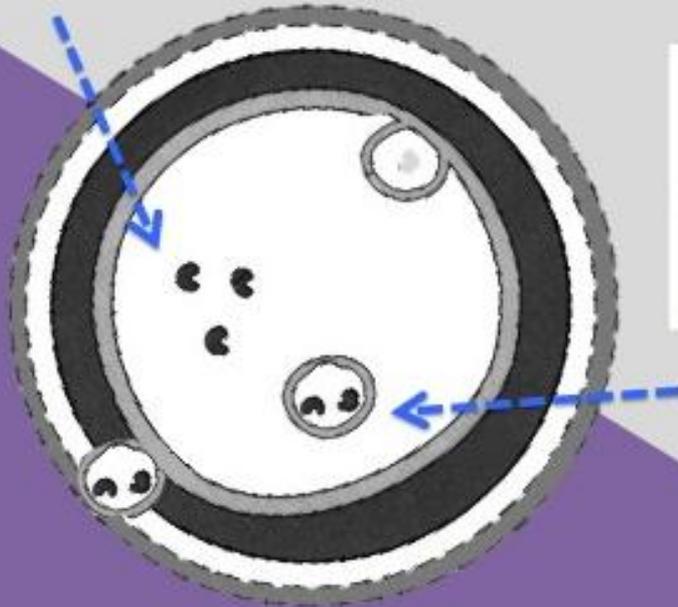


Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

Résection du dôme saillant

Stérilisation
Résection du dôme saillant

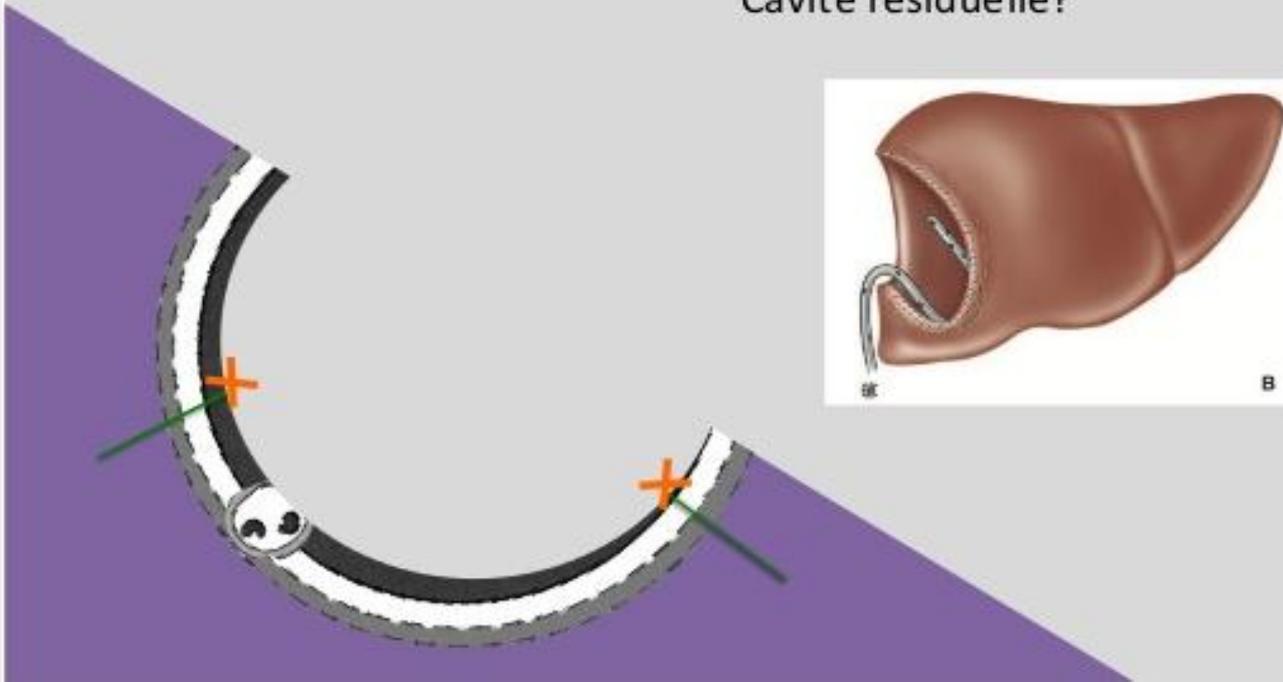


Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

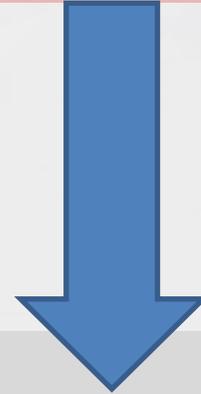
Résection du dôme saillant

Fistule kysto-biliaire?
Cavité résiduelle?



Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle



Radical

Hépatectomie
Périkystectomie

Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

Périkystectomie

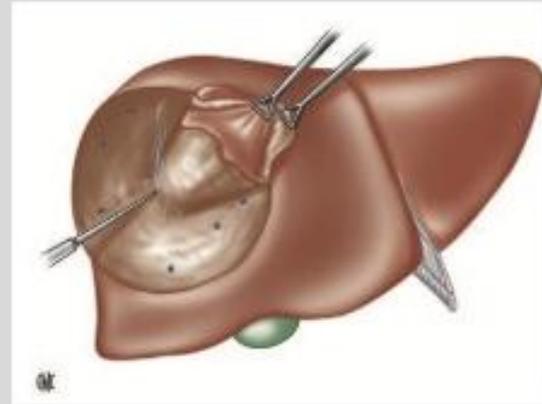
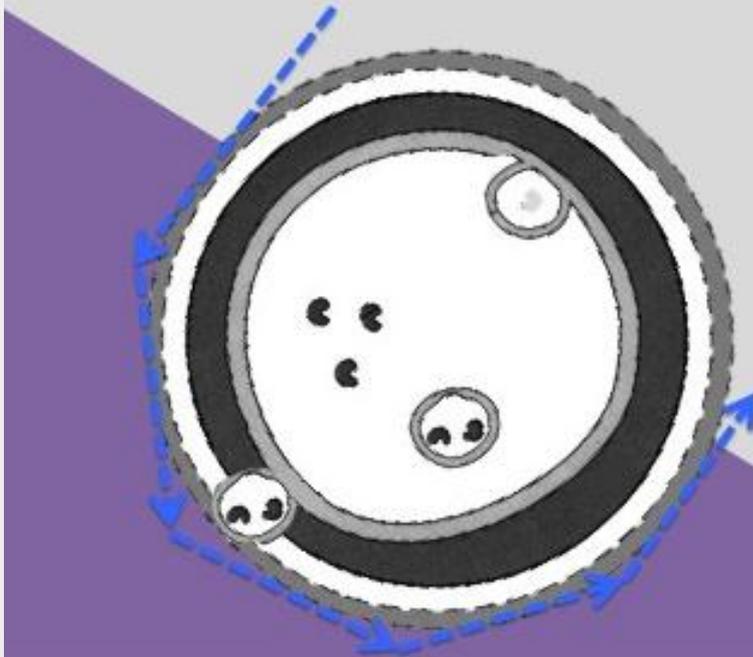
Kyste fermé ou ouvert?
Totale ou partielle?



Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

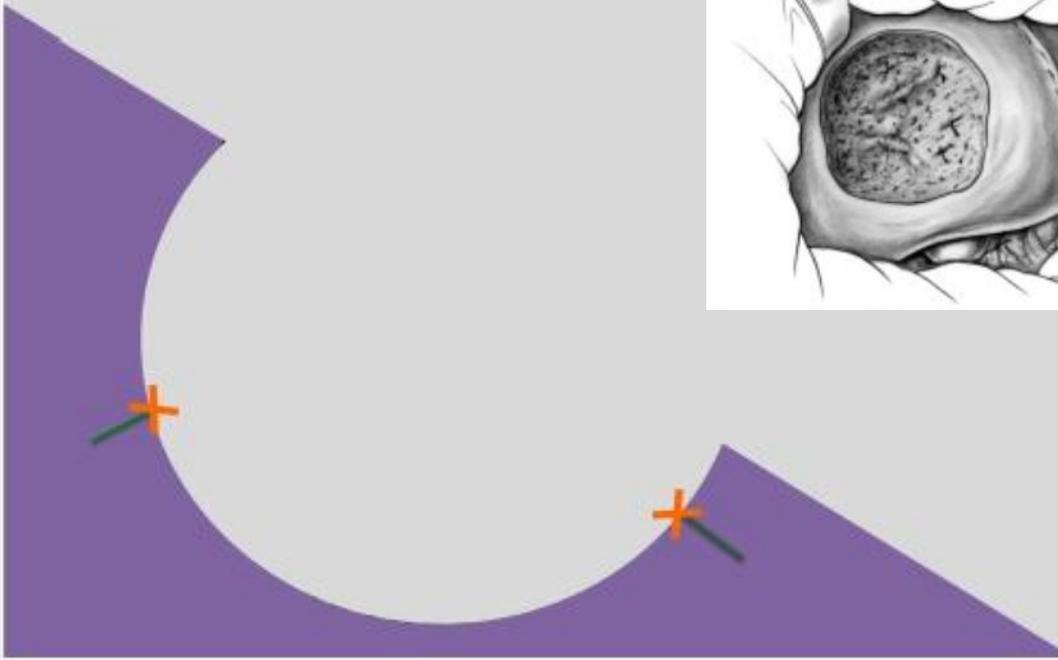
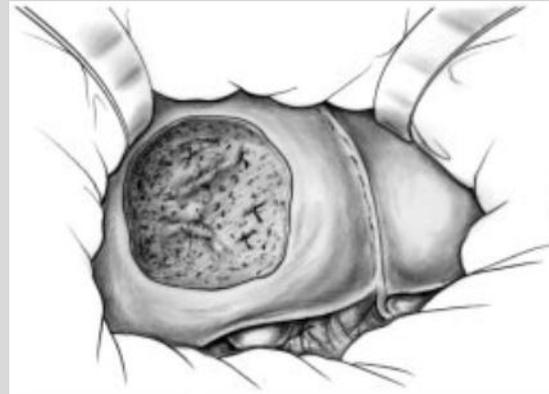
Périkystectomie



Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

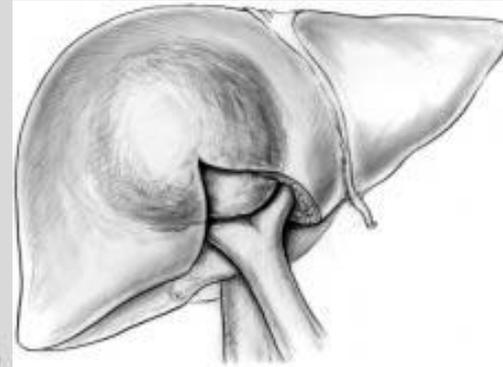
Périkystectomie



Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

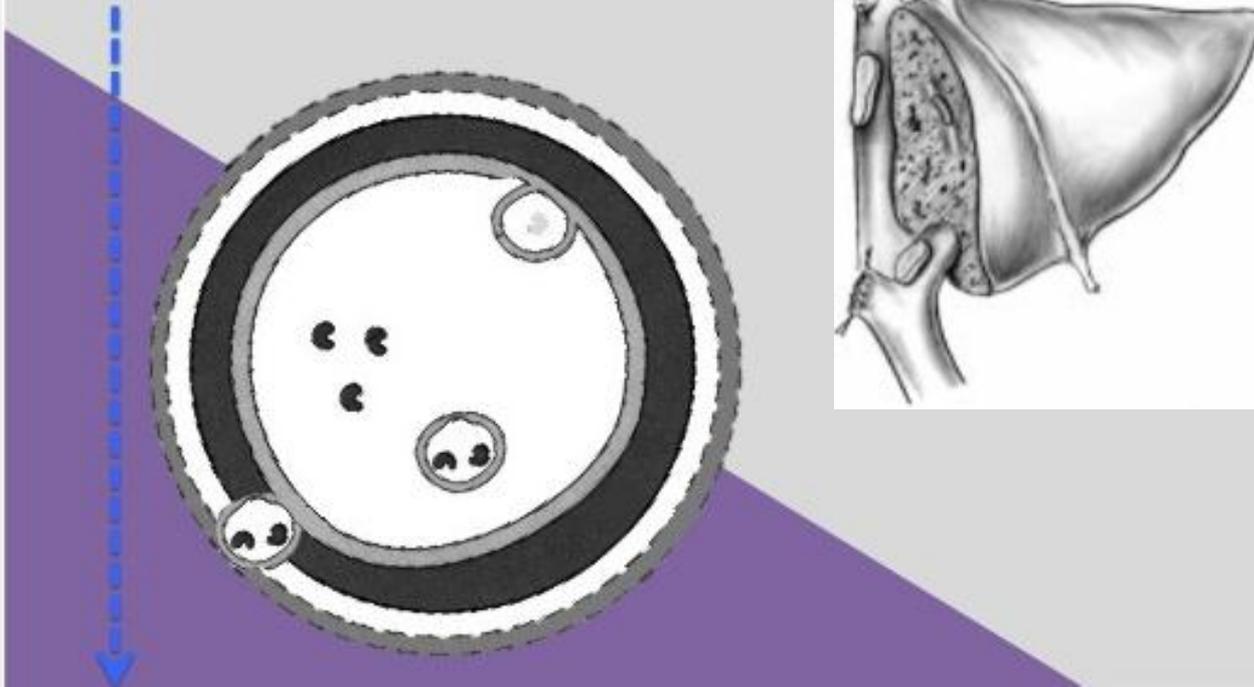
Hépatectomie



Chirurgical; technique et étapes

3. Traitement de la cavité résiduelle

Hépatectomie



Conclusion

- Le KHF demeure encore un véritable problème de santé publique dans les pays endémiques. Les méthodes thérapeutiques non opératoires viennent enrichir les possibilités du traitement.
- La chirurgie reste essentiellement indiquée dans les formes compliquées.
- Une meilleure connaissance de l'histoire naturelle de la fertilité et de la viabilité du kyste pourrait offrir dans le futur une réelle avancée et pourrait permettre une meilleure sélection des malades à traiter.
- Les mesures prophylactiques visant à interrompre le cycle parasitaire devraient être de plus en plus strictes.

Merci pour votre attention

