

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et

De La Recherche Scientifique

Faculté de médecine

Département de Médecine



**Mémoire De Fin D'étude pour L'obtention du  
Diplôme d'Etudes Supérieurs  
En Médecine**

**Thème**

**kyste hydatique du poumon**

**Encadré par :**

***P<sup>R</sup> Benmansour***

**Présenté par :**

***D<sup>R</sup> SAIMI DALAL***

**Année universitaire : 2009/2010**



# Dédicaces

Avec tous les mots qui viennent du cœur et avec toutes les phrases qui signifient l'amour, je dédie ce modeste travail à :

Mon premier amour restant pour toujours mes parents :

Ma douce et très chère mère « qui a contribué tous ces efforts pour que je sois heureuse » ; et mon père qui pense toujours à ma réussite.

**«Que Allah le tout puissant les protège»**

Mes chères sœurs qui m'ont soutenue tout au long de mes études : Amina et assia

Je les remercie et je les adresse mes vrais sentiments. Sans oublier le petit de la famille  
Ryad

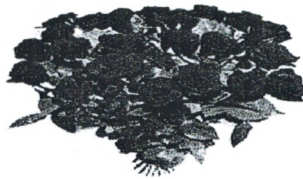
A mon âme Soumia

A tous qui ma donnée le soutien

Toute mes amies et mes collègues de Tlemcen promotion 2009-2010

Et en fin je dédie ce travail à tous qui m'ont aimé.

**SAIMI DALAL**





partie Theorique



### **DEFINITION-GENERALITES :**

L'hydatidose pulmonaire ou kyste hydatique du poumon désigne le développement accidentel chez l'homme de la larve d'un ver parasite du chien : *l'echinococcus granulosus*. Elle est à distinguer de l'echinococose alvéolaire ou multiloculaire due à un autre taenia parasite du renard essentiellement *l'echinococcus multilocularis*. L'hydatidose est due à la dissémination par voie systémique du parasite dans les majorités des cas.

Les professions exposées au risque de contamination sont les fermiers, les bouchers, les vétérinaires et le personnel de laboratoire. Les manifestations cliniques sont variables en fonction de la localisation, de l'âge du développement du parasite et de l'apparition d'éventuelles complications.

### **EPIDEMIOLOGIE ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE :**

L'hydatidose est une affection cosmopolite, répandue dans les pays d'élevage du mouton, des Ovins, des bovins.

En Amérique latine ; le taux serait de 20 à 30 cas pour 100 000 habitants pour certains pays comme l'Argentine ou l'Uruguay. Elle s'évit dans le bassin méditerranéen, le nord et l'est de l'Afrique avec des taux d'incidence de 7-12 pour 100.000 habitants au Maghreb, environs 15 pour 100.000 habitants en Tunisie et 4, 6 en Algérie.



## **Agent pathogène et cycle parasitaire :**

Le taenia responsable du kyste hydatique appartient à la classe des cestodes, l'ordre des cyclophilidés, famille des taeniidae et du genre Echinococcus granulosus, différente de l'Echinococcus multilocularis responsable de l'hydatidose alvéolaire et l'Echinococcus vogeli responsable de l'hydatidose poly kystique

### La description du taenia :

L'Echinococcus granulosus est à l'état adulte un taenia de petite taille mesure 3-7m de long et qui vit dans l'intestin grêle du chien (hôte définitif) et accessoirement d'autres canidés, il se compose d'une tête ou scolex muni d'un rostre armé d'une double couronne de 15 à 21 crochets et qui comporte 4 ventouses, le cou allongé aboutit à une courte chaîne de 3 à 4 segments, le dernier contient un utérus rempli d'embryophores et chaque embryophore renferme un embryon hexacanthé



**Figure2-l'echinococcus granulosus**

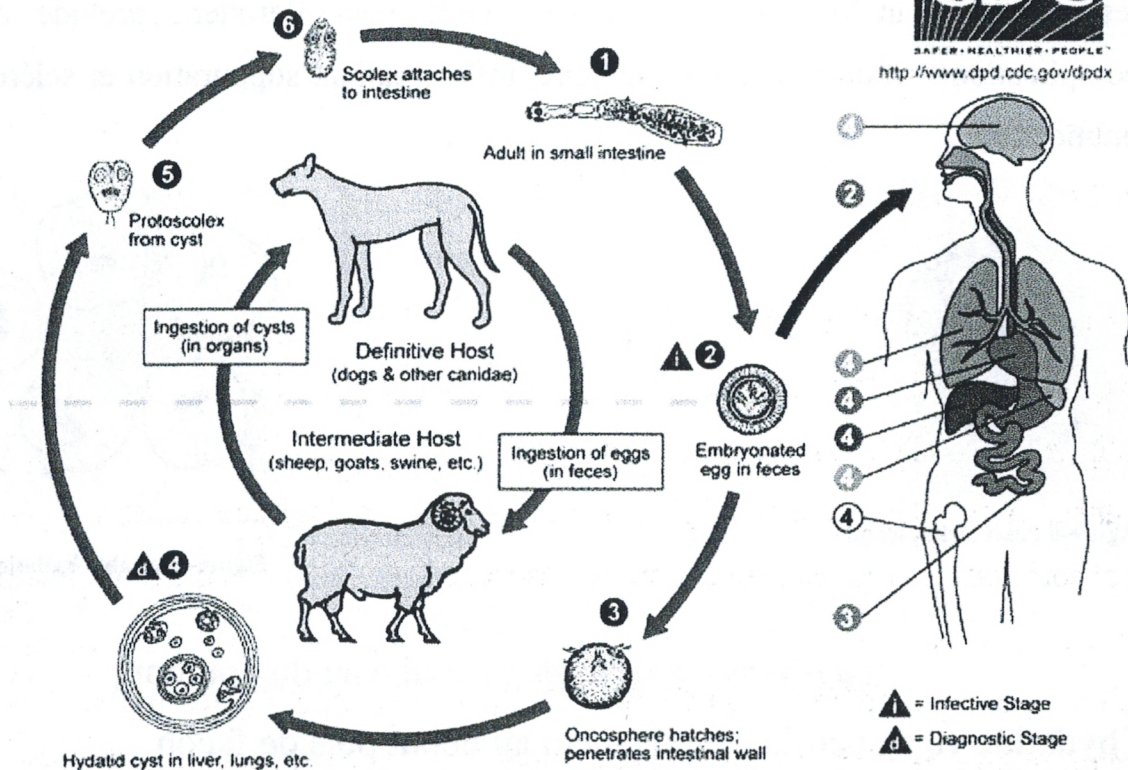


Figure 3-le cycle parasitaire

**Anatomie- pathologique :**

Le kyste hydatique du poumon est constitué de parasite ou l'hydatide et de L'adventice ou perikyste qui appartient à l'organe hôte.

1-l'hydatide :

Comprend une double paroi :

La cuticule externe, anhiste et la membrane germinative interne.

Le liquide hydatique est limpide eau de roche, salé et renferme de nombreux

Élément figurés (sable hydatique) : capsules proligères, scolex, vésicule fille.

2-L'adventice : ou perikyste, il s'agit d'une couche scléro-hyaline et conjonctive qui se continue par du parenchyme atéléctasié puis sain .Un plan de Clivage sépare souvent le parasite de l'adventice.



Les conséquences de la fissuration bronchiques sont représentées par des remaniements inflammatoires bronchiques et alvéolaires, aboutissant à des bronchectasies et à une fibrose pulmonaire extensive, entraînant des désordres ventilatoires sur l'hydatide qui collabé, flétrie se décolle de l'adventice, flotte dans la cavité du kyste et fini par s'infecté, ce qui conduit à la rupture qui peut se faire dans les bronche, la plèvre, un grand tronc veineux ou dans le péricarde.

### **Etude clinique :**

Les circonstances de découverte : la symptomatologie clinique est rarement suggestive alors que les moyens d'explorations sont utiles pour les formes atypiques.

\*pendant la période de croissance du kyste ; les manifestations cliniques restent absentes expliquant que 30% des kystes sont de découverts fortuits à l'examen radiologique.

\* les signes fonctionnels pulmonaires sont présents mais non spécifique de l'affection type : douleurs thoraciques, toux tenace, brève et quinteuse, sèche ou productive et surtout des hémoptysies de petites abondance récidivantes.

Quant à l'examen clinique du thorax est globalement normale en dehors des formes kystiques volumineuses ou une réaction pleurale liquidienne, alors il peut aller des râles bronchiques au syndrome de condensation ou un syndrome cavitaires lorsque le kyste est rompu.



RADIOGRAPHIE DE PROFIL DROIT :

Kyste hydatique du lobe inférieur droit, aspect en « brioche à tête ».due au contenu déformable liquidien du kyste.

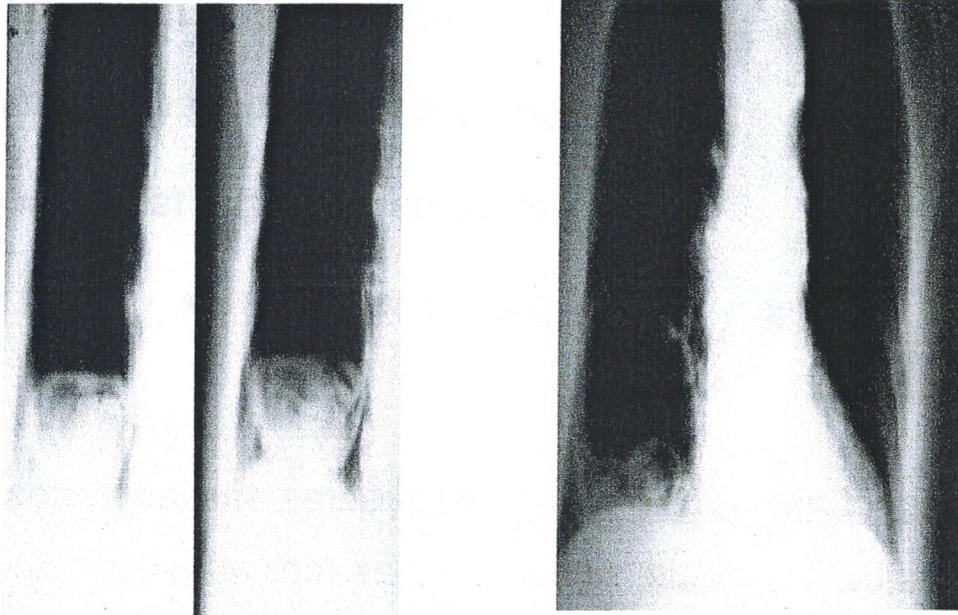
RADIOGRAPHIE DE PROFIL DROIT :

volumineux kyste hydatique du lobe supérieur droit en « œuf de pâques ».



-le kyste sain peut révéler parfois l'aspect en opacité, homogène, a contour net grossièrement arrondie « en boulet de canon » ou être polycyclique pour les kystes volumineux.





RADIOGRAPHIE DE FACE ET DE PROFIL : signe de  
nénuphar ou de la membrane flottante.

4-l'image de rétention sèche de la membrane : quand à la membrane prisonnière de la loge kystique alors que tout le liquide à été évacué ,la cavité peut être soufflée par le jeu de soupape d'une bronche fistulisée, les parois sont alors fines et la membrane repliée forme une opacité de tonalité hétérogène qui occupe la partie inférieure de la cavité et donne l'image en grelot assez typique .La cavité vidée de son liquide ,peut être rétractée ,comblée par la membrane hydatique et donne l'image d'une cavité pleine à limites floues.

Des images de suppuration chronique du parenchyme pulmonaire, apparaissent au tour du Pyo pneumo kyste et estompent son contour avec un épaissement de la trame et constitution d'une bronchectasie.

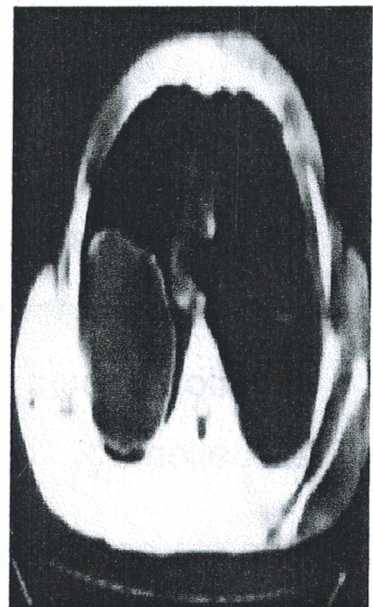




Du lobe inférieur droit.

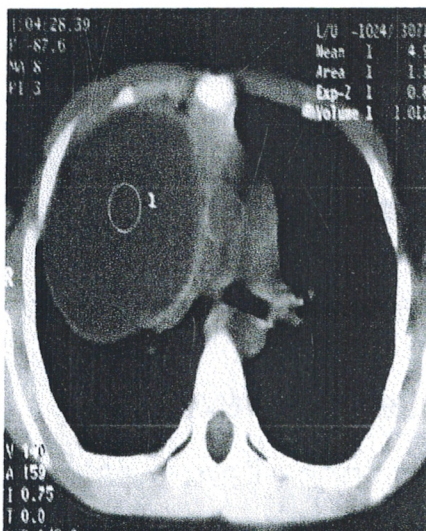
l'opacité ; l'existence d'autres localisations pulmonaires ou extra pulmonaire.

TDM : kyste hydatique plein



TDM : autre observation de kyste hydatique plein du lobe inférieur

droit.



TDM :kyste hydatique du poumon droit.



-Elisa : elle est très sensible est spécifique si l'antigène 5 est utilisé.

Techniques à base d'antigènes figurés : scolex fixés sur lames ou inclus dans un support.

-immunofluorescence indirecte.

-ERAT, réaction immuno enzymatique.

\*l'exploration de l'immunité cellulaire : test de transformation blastique, test de migration leucocytaire, test de dé granulation des basophiles humains ne font pas partie des explorations de routine.

2-résultats :

Le recours à 2 ou 3 techniques complémentaires optimise la rentabilité des explorations : FC ou HG et IEP aux quelles peut être associée l'IFI. La positivité des réactions, liée à l'état du kyste et à sa fertilité, les tests immunologiques permettent une surveillance chez les malades traités .Une stabilité ou un ré ascension tardive du taux des anticorps sériques reflètent l'existence de kystes méconnus ou d'une récurrence.

E/ La broncho fibroscopie : de faible intérêt dans les kystes sains. Par contre, elle peut visualiser dans les kystes rompus des débris de membrane intra bronchique ou objectiver des scolex dans le liquide d'expiration.

taillées à paroi mince. Habituellement, la cavité la cavité kystique se vide du liquide hydatique mais retient la membrane « rétention sèche de la membrane ». (Voir plus haut). Des fragment de membrane peuvent s'enclaver dans une bronche responsable de 2 grandes complications :

a) les hémoptysies

b) suppuration broncho-pulmonaire chronique : se caractérise par un état subfébrile trainante, irrégulière, une expectoration purulente fétide, et altération progressive de l'état générale.

2-dans la plèvre :

Peut être dramatique, il réalise une inondation pleurale, un pneumothorax par fistulisation broncho pleurale traduisant par une dyspnée intense, une toux quinteuse voir un état de choc .La rupture peut se faire à bas bruit et ne se révélée que par des signes d'un hydro ou d'un pyothorax .La ponction retire parfois un liquide riche en éosinophiles mais le plus souvent un liquide déjà purulent.

L' évolution toujours grave est celle d'une pleurésie chronique qui devient rapidement purulent et entraîne des dégâts très importants.

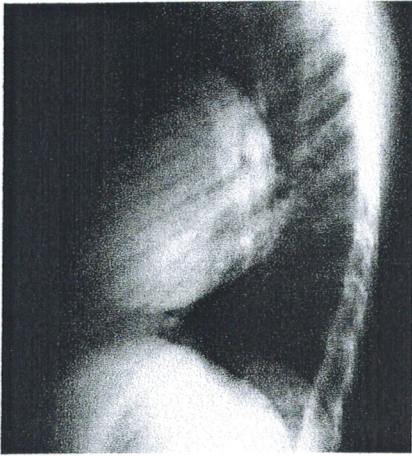
## FORMES ANATOMOCLINIQUES

### A.KYSTES HIDATIQUES MULTIPLES :

Dans l' hydatidose primitive multiple, 2 ,3 ou 4 kystes se développent simultanément. Chaque kyste évolue pour son propre compte dans un seul poumon ou dans les deus .Ils différent seulement par leurs tailles leurs stades évolutifs et leurs complications éventuelles.

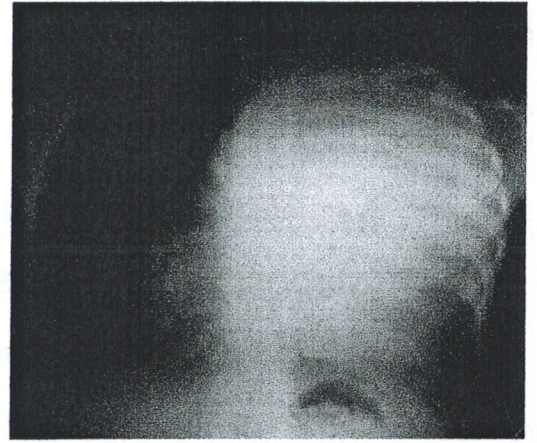
-L' hydatidose secondaire à l'ouverture d'un kyste viscéral dans la circulation de retour est exceptionnelle la rupture intra vasculaire étant





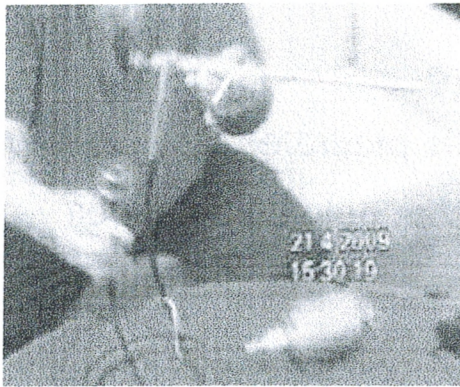
RADIOGRAPHIE  
FACE ET PROFIL :

une observation d'un  
kyste hydatique du  
poumon chez  
l'enfant.

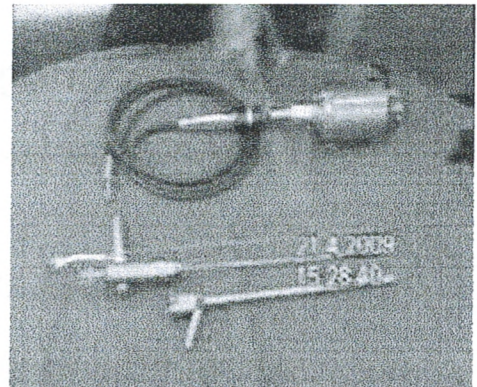


**C.FORMES ASSOCIEES :**

L'association d'un kyste hydatique du poumon et d'une autre localisation est très fréquente et doit être recherché dans un but thérapeutique surtout celle du foie. L'association kyste hydatique et tuberculose pulmonaire est souvent trompeuse.



Le matériel  
De ponction-  
Évacuation



## **(2) traitement de la poche résiduelle.**

Que l'intervention réalisée soit une énucléation ou une périkysectomie, il est impérative de suturer les brèches vasculaires et toutes les ouvertures bronchiques. Vis à vis de la poche elle-même, certains l'abandonnent, d'autres proposent plusieurs solutions de capitonnages. Ces capitonnages peuvent ficeler le lobe pulmonaire et entraver sa fonction. Ces cavités résiduelles, lorsque les fuites bronchiques sont aveuglées, les complications suppuratives sont rares.

## **(3) exérèse parenchymateuse réglées.**

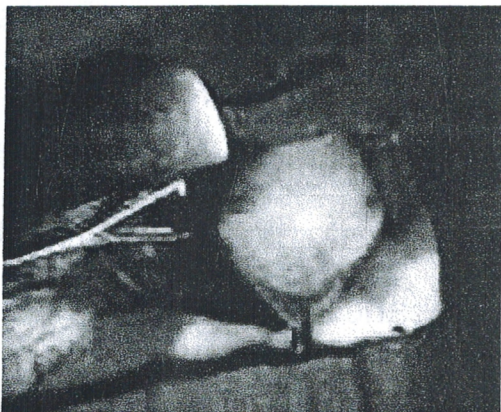
Les segmentectomies et les lobectomies sont rarement nécessaires et presque exceptionnellement sont les pneumonectomies. Elles traitent à la fois le kyste et la poche résiduelle formée de tissu broncho pulmonaire irrécupérable.



\*kyste sain centrale : il est traité par énucléation après abord tans pulmonaire le plus direct possible .L'espace résiduelle ne doit pas entre systématiquement capitonnée pour éviter de couder les vaisseaux et les bronches, les fistules bronchiques doivent être suturées avec minuties. La poche peut être débridée afin d'éviter la formation de toutes espace clos .Quand le kyste centrale est volumineux, il est préférable de faire précéder l'énucléation par la ponction-évacuation du kyste afin de minimiser tout risque de rupture.

\*kyste de grosse taille : l'énucléation est remplacée par Périskystectomie selon les difficultés rencontrées au fur et à Mesure de l'intervention.

### ABLATION D'UN KYSTE HYDATIQUE DU POUMON



Les kystes bilatéraux sont traités en 2 temps, l'attitude est d'opérer d'abord le poumon qui contient le plus de kystes intacts, si tous les kystes sont intacts, il faut opérer le coté du plus gros kyste, s'il existe un coté avec un kyste rompu, on opère le kyste intact d'abord.

D-atteinte pleurale :

Kyste avec atteinte pleurale :

Les kystes pulmonaires rompus dans la cavité pleurale opérée peuvent bénéficier d'une décortication avec exérèse limitée, mais les pyothorax hydatiques chroniques peuvent détruire complètement le poumon est obliger à pleuro-pneumonéctomiser. Les greffes sous pleurales secondaires sont par contre, elle est du domaine des pleuréctomies les plus complètes et minutieuses possible.

Rupture d'un kyste du foie :

\_Quand l'hydatidose pleurale provient de la rupture d'un kyste hydatique du foie, il faut traiter le kyste du foie, la plaie du diaphragme ; l'atteinte pleurale et la maladie pulmonaire.



### La prévention :

C'est le seul moyen efficace pour briser la chaîne de  
Pérennisation du parasite et en prévenir le retentissement  
Médical et les coûteuses répercussions socio-économiques.

Plusieurs niveaux d'action sont possibles :

-action au niveau des sources de contamination par l'abattage  
Des chiens errants et leur stérilisation par taenicides.

-prévention de l'infection du chien par l'interdiction et la  
surveillance des abattages clandestins et artisanaux, le contrôle  
des abattoirs, l'incinération des abats parasités et l'enterrement  
des carcasses d'animaux morts ou tués.

-éducation sanitaire chez l'homme par le lavage des crudités, la  
propreté des mains, les précautions lors du contact avec les  
chiens.

Cette prévention doit être continue, régulièrement évaluée et  
intégrée dans un programme national.

❖ Introduction :

L'hydatidose est une affection parasitaire accidentelle de l'homme par E.G.

❖ Matériels et méthodes :

Etude rétrospective sur 25 cas sur une période de 3 ans au niveau de CHU de TLEMCEM (service de pneumo-chirurgie)

- données épidémiologiques.
- données cliniques.
- données paracliniques avec l'apport de la TDM.

❖ Résultats :

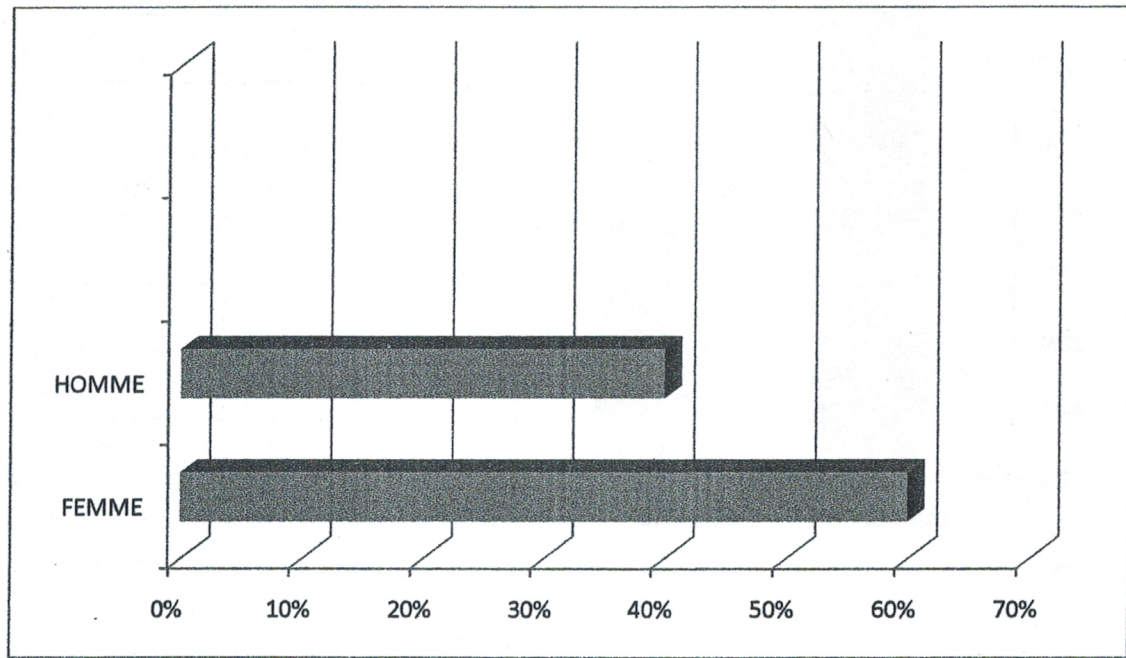
- caractéristiques générales des patients.
- caractéristiques cliniques.
- aspects radiologiques.
- la sérologie hydatique.
- autres localisations.
- prise en charge thérapeutique.



**\*répartition selon le sexe :**

<b><u>sexe</u></b>	<b><u>Nombre de cas</u></b>	<b><u>Fréquence</u></b>
<b>FEMININ</b>	<b>15</b>	<b>60%</b>
<b>MASCULIN</b>	<b>10</b>	<b>40%</b>

**HISTOGRAMMEN : 02**

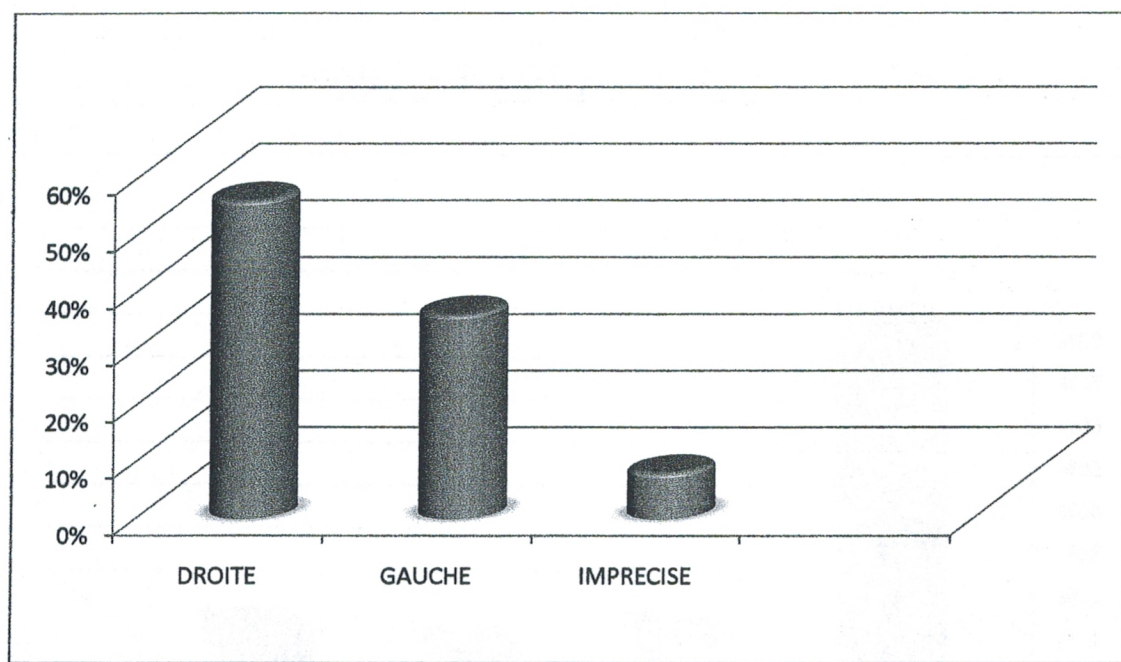


***Le kyste hydatique se voit chez les deux sexes avec une prédominance de 60% chez les femmes.***

**\*répartition selon la localisation :**

<b><u>La localisation</u></b>	<b><u>droite</u></b>	<b><u>gauche</u></b>	<b><u>Imprécise</u></b>
<b><u>Nombre de cas</u></b>	<b>14</b>	<b>09</b>	<b>02</b>
<b><u>fréquence</u></b>	<b>56%</b>	<b>36%</b>	<b>08%</b>

**HISTOGRAMMEN : 04**



***On rencontre une prédominance des localisations du kyste à droite estimée à 56%.***

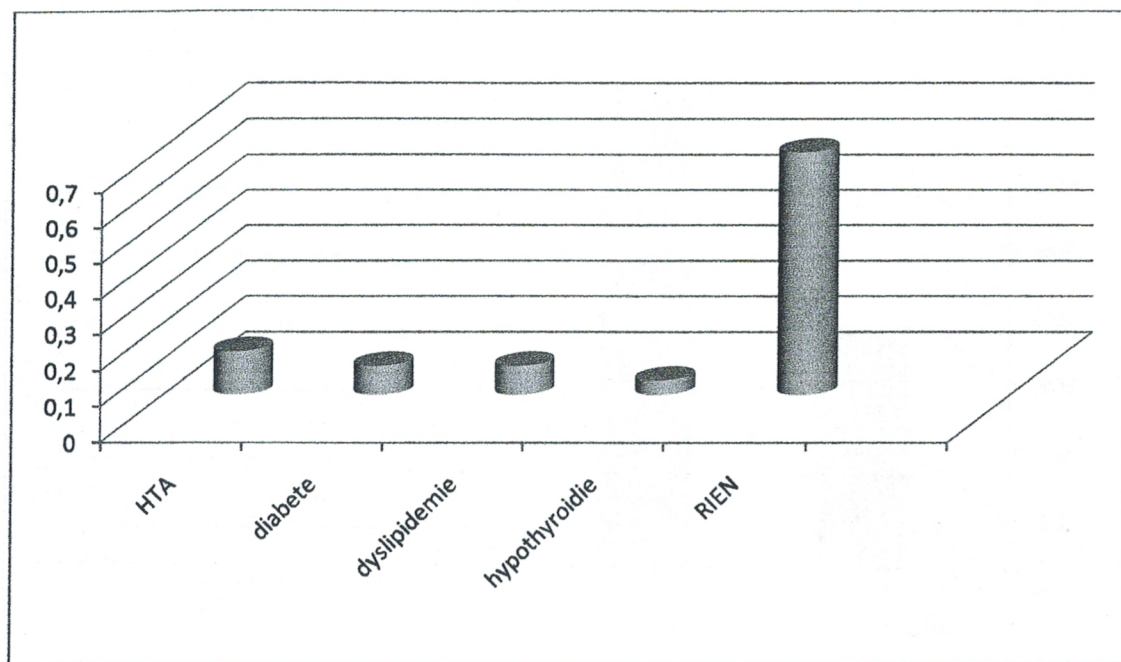


**La durée d'hospitalisation d'une semaine et plus attire l'attention sur le cout de la prise en charge kystes hydatique pulmonaire.**

**\*répartition selon le motif de consultation :**

<b>Le motif de consultation</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Dyspnée+douleur thoracique</b>	<b>09</b>	<b>36%</b>
<b>Toux+dyspnée</b>	<b>02</b>	<b>08%</b>
<b>Toux+douleur thoracique</b>	<b>04</b>	<b>16%</b>
<b>Toux+hémoptysie</b>	<b>02</b>	<b>08%</b>
<b>Syndrome infectieux</b>	<b>03</b>	<b>12%</b>
<b>toux</b>	<b>05</b>	<b>20%</b>

### HISTOGRAMME N : 07



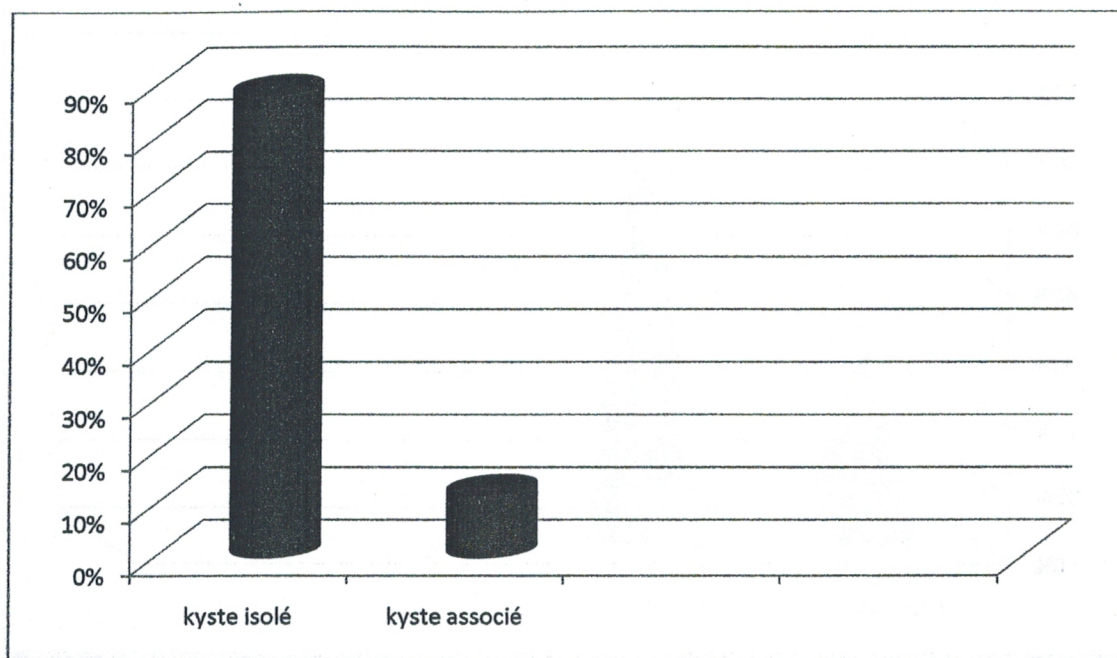
**Dans 68%des cas ; les patients ne présentent aucune pathologie notable vu l'âge et la prédominance des sujets dont la tranche d'âge comprise entre 21-26 ans.**

#### \*répartition selon l'aspect radiologique:

<b>La nature du kyste</b>	<b>Kyste hydatique rompu</b>		<b>Kyste hydatique sain</b>
	<b>suppuré</b>	<b>Non suppuré</b>	
<b>Nombre de cas</b>	<b>03</b>	<b>05</b>	<b>17</b>
<b>fréquence</b>	<b>12%</b>	<b>20%</b>	<b>68%</b>



### HISTOGRAMME N : 09



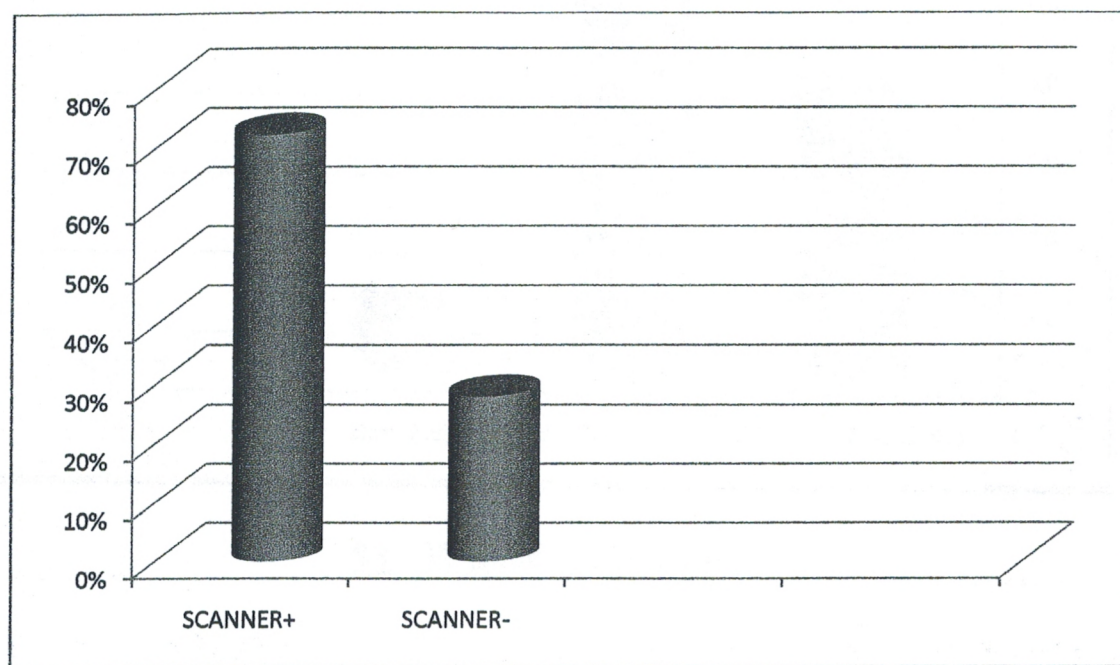
**Dans notre série (25 cas) ; 22 se présente avec un kyste pulmonaire isolé ce qui vaut à 88% et dans 12% des cas seulement on retrouve une association avec une autre localisation hépatique.**

**\*répartition selon les testes diagnostiques :**

**\*sérologie :**

	<b>Sérologie de l'hydatidose</b>	
	<b>positive</b>	<b>négative</b>
<b>Nombre de cas</b>	<b>17</b>	<b>07</b>
<b>fréquence</b>	<b>68%</b>	<b>32%</b>

## HISTOGRAMME N : 11



***Le scanner à confirmé le diagnostic dans 72% des cas, toute en affirmant la localisation et en contribuant au traitement lorsqu'une ponction est proposée.les images obtenues sont fortement suggestibles.***

### **\*répartition selon le geste chirurgical pratiqué :**

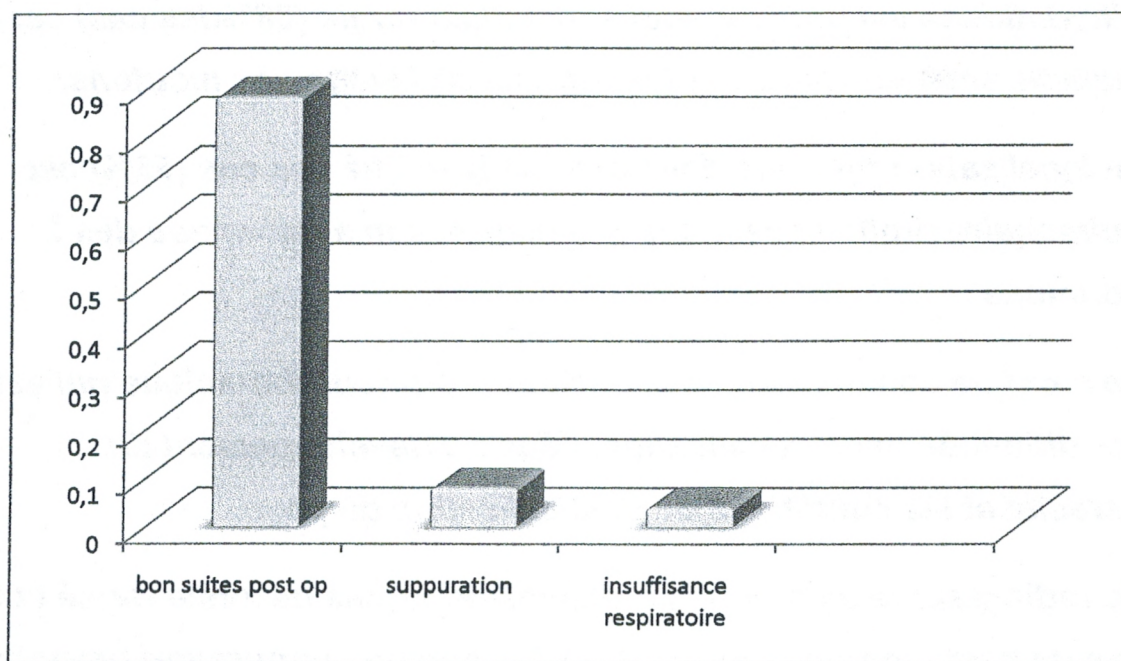
<b><i>Le geste pratiqué</i></b>	<b><i>énucléation</i></b>	<b><i>perikystectomie</i></b>	<b><i>segmentectomie</i></b>
<b><i>Nombre de cas</i></b>	<b><u>09</u></b>	<b><u>14</u></b>	<b><u>02</u></b>
<b><i>fréquence</i></b>	<b><u>36%</u></b>	<b><u>56%</u></b>	<b><u>08%</u></b>



**\*répartition selon les suites opératoires**

	<b><u>Suites opératoires non compliquées</u></b>	<b><u>Suites opératoires compliquées</u></b>	
<b><u>Nombre de cas</u></b>	<b><u>22</u></b>	<b><u>suppuration</u></b>	<b><u>Insuffisance respiratoire</u></b>
		<b><u>02</u></b>	<b><u>01</u></b>
<b><u>fréquence</u></b>	<b><u>88%</u></b>	<b><u>08%</u></b>	<b><u>04%</u></b>

**HISTOGRAMME N : 13**



***Les suites opératoires étaient dans l'ensemble satisfaisantes représentées par une fréquence de 88% dont 3 patients seulement développent des suites opératoires compliquées faites de suppuration broncho pulmonaires et l'insuffisance respiratoire.***

***Le scanner à gardé une place inévitable ; il est devenu de plus en plus disponible dans les pays endémique ; mais vu son cout il n'a pas été pratiqué chez tous les patients de la série .il à permet de visualiser le kyste, sa paroi, la membrane, les vésicules filles, lister les éventuelles complications et surtout affirmer la localisation.***

***Le geste chirurgical fait est basé sur une périkystectomie surtout, les patients n'ont pas bénéficiés d'un traitement médical, il s'agit d'un traitement couteux et le taux de récidence suite à ce traitement médical est élevé.***

***La PAIR, la nouvelle technique n'a pas encore trouvée sa place chez nous.***

***Concernant les suites opératoires 12% souffrent d'une morbidité considérable alors que la mortalité reste basse voir absente.***



## **BIBLIOGRAPHIE**

- EMC pneumologie.
- Les grands syndromes : Pr D.anthone (CHU de Nancy).
- Internet.
- Maladies respiratoires.