

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

République Algérienne Démocratique et populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B. BENZERDJEB - TLEMCEN



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

د. ب. بن زرجب - تلمسان

Rapport de stage pour l'obtention du doctorat en médecine



* *Chef de service : Pr. M. BENKALFAT.*

* *Encadreur : Pr. BOUALLOU . F.*

Presenté par : Dr : Abou raida chadi.

Dr : Benya'akoub Mohammed.

Dr : Maamar Fatima-Zohra.

Période de stage : Aout.2009 au Oct.2009.

SOMMAIRE :

Remerciements

Plan :

A. LA PARTIE THEORIQUE :

- I. Historique.....
- II. Définition et généralités.....
- III. Intérêt de la question.....
- IV. Rappel anatomique.....
- V. Parasitologie.
- VI. Anatomie pathologique.....
- VII. Epidémiologie.....
- VIII. Clinique.....
- IX. Complications.....
- X. Formes cliniques.....
- XI. Diagnostic différentiel.....
- XII. Traitement.....
- XIII. Prophylaxie.....
- XIV. Conclusion.....
- XV. Les références.....

B. LA PARTIE PRATIQUE :

1. LES OBSERVATIONS CLINIQUE :

- Les observations cliniques 2006.....
- Les observations cliniques 2007.....
- Les observations cliniques 2008.....
- Les observations cliniques 2009.....

2. STATISTIQUE.

INTRODUCTION :

- Le kyste hydatique du foie est une formation liquidienne due au développement dans le foie de la larve d'un cestode (Tænia du chien).
- En ALGERIE, l'hydatidose constitue un véritable problème de santé publique, et un fléau socio-économique.
- Le problème thérapeutique tient une grande place dans cette maladie.

METHODES :

- Notre travail est une étude rétrospective d'une série de 66 cas de kystes hydatiques du foie, opérés à niveau de CHU TLEMEN, Service de chirurgie générale A (Pr : M. BENKALFAT.) durant la période allant de 2006 à 2009.
- L'analyse et comparaison des données avec celles de la littérature pour montrer que la chirurgie représente le traitement de choix en ALGERIE.

CONCLUSION :

- Le kyste hydatique du foie est une formation liquidienne due au développement dans le foie de la larve d'un cestode (Tænia du chien).
- En ALGERIE, l'hydatidose constitue un véritable problème de santé publique, et un fléau socio-économique.
- Le problème thérapeutique tient une grande place dans cette maladie.

METHODES :

- Notre travail est une étude rétrospective d'une série de 66 cas de kystes hydatiques du foie, opérés à niveau de CHU TLEMEN, Service de chirurgie générale A (Pr : M. BENKALFAT.) durant la période allant de 2006 à 2009.
- L'analyse et comparaison des données avec celles de la littérature pour montrer que la chirurgie représente le traitement de choix en ALGERIE.

RESULTATS :

- Sur le plan épidémiologique, nous retenons :
 - Une prédomine féminine (59%).
 - L'atteinte prédomine chez le sujet jeune (21-45 ans).

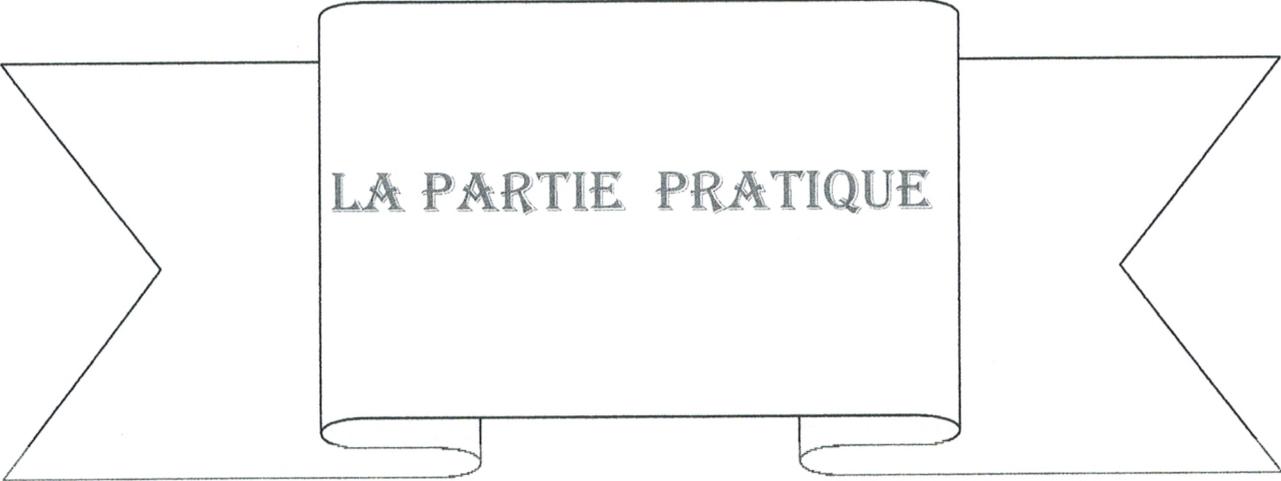
- Sur le plan clinique, le signe d'appel le plus fréquent est la douleur de l'hypochondre droit (77%).
- L'examen clé pour la confirmation du diagnostic est l'échographie.
- Le traitement est exclusivement chirurgical chez 66 cas :
La voie d'abord sous costale droite est la plus utilisée (59%).
La localisation au lobe droit est prédominante (37.8%).
La méthode chirurgicale la plus utilisée est la résection du dôme saillant (42.42%).
- On n'a pas noté de mortalité tandis que le taux de morbidité est de (6)%.
- *La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série : 15 jours.*

DISCUSSION :

- Notre étude démontre que le résultat du traitement chirurgical, de nos 66 patients, était satisfaisant et la chirurgie reste encore le moyen thérapeutique de référence du kyste hydatique du foie, devant les limites et les résultats des autres méthodes disponibles.

SYNTHESE :

- En matière de traitement la chirurgie représente le traitement de choix.
- La résection du dôme saillant reste une méthode acceptable dans un pays endémique comme l'Algérie.
- Pour le drainage percutané et le traitement médical des études cliniques randomisées évaluant les différentes méthodes thérapeutiques sont encore nécessaires pour standardiser l'attitude thérapeutique.
- Enfin, le véritable traitement reste en fait la prophylaxie.

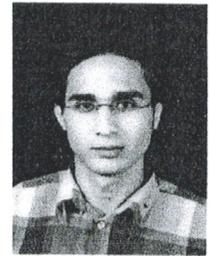


LA PARTIE PRATIQUE

Rapport de stage pour l'obtention du doctorat en médecine.

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

Présenté par : Dr : Abou raida chadi.



Dr : Benya'akoub Mohammed.



Dr : Maamar Fatima-Zohra.



Période de stage : Aout.2009 _ Oct.2009.

I. Historique:

- ❖ La maladie, connue depuis l'antiquité, a été évoquée par Hippocrate.
- ❖ En 1852, le tænia échinocoque adulte a été découvert dans l'intestin du chien par Von Siebold.
- ❖ En 1925, le cycle fût élucidé définitivement par Dew.

II. DEFINITION GENERALITES :

- ❖ Le kyste hydatique du foie est une Tumeur kystique liée au développement dans le parenchyme hépatique du tænia échinococcus granulosus sous sa forme larvaire : embryon hexacanthé.
- ❖ C'est un problème de santé publique dans les zones d'élevage des PED. Son pronostic a été modifié par les possibilités thérapeutiques nouvelles et par les mesures prophylactiques.
- ❖ Le diagnostic est basé sur l'imagerie médicale et les examens sérologiques.

III. Intérêt de la question :

- Véritable problème de santé publique (endémicité).
- L'apport de l'échographie, du scanner et de la biologie au diagnostic.
- Traitement médical d'avenir : Fluoro- mébendazole.
- Son traitement chirurgical avec problème de la cavité résiduelle et des fistules kysto –biliaires.
- Pronostic : fonction du siège du kyste.
- Prévention ; par prophylaxie.

IV. Rappel anatomique :

1. Définition :

C'est un Organe glandulaire impair, le foie sécrète la bile qui s'écoule des voies biliaires intra-hépatiques jusqu'au duodénum.

2. Embryologie :

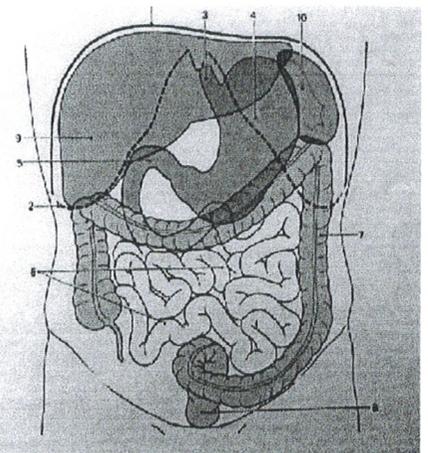
Embryologiquement, le foie apparaît très tôt sous forme d'une ébauche médiane développée dans le mésentère ventral.

3. Situation générale :

*Il est dans la loge sous phrénique droite, qu'il occupe en totalité, SANS dépasser le rebord chondro costal.

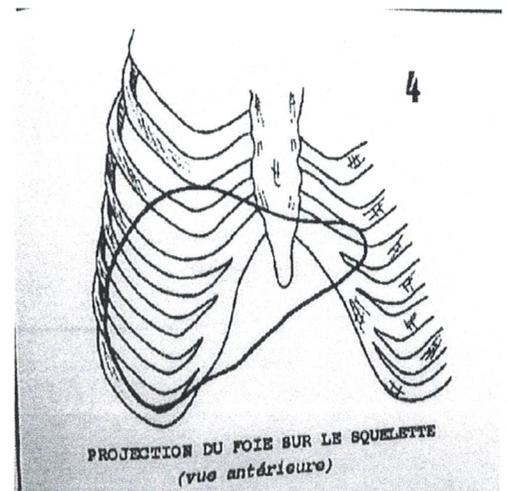
* Il déborde la ligne médiane vers la gauche.

* Il est SUS MESOCOLIQUE.



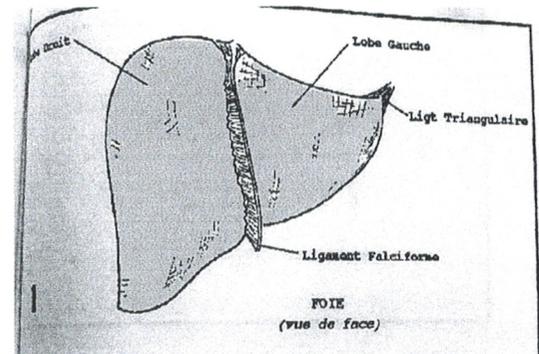
*Ses repères pour l'examen clinique:

- Limite SUP: 5 EICD.
- Limite INF: Rebord chondro-costal droit.

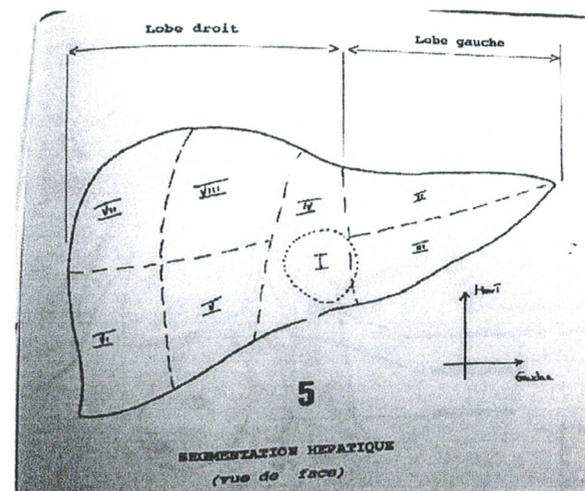


4. Configuration interne et segmentation :

- Ne ressemble à aucune forme géométrique (triangle).
- Formé de 2 lobes: le droit est très volumineux, le gauche plus petit, séparés par le ligament falciforme.
- Avec 3 faces (SUP moulée sous le diaphragme, INF à peu près plane, et POST presque verticale).



- Extérieurement, on ne voit pas la segmentation en 8 segments, Ces 8 segments sont fondamentaux (chirurgie hépatique).



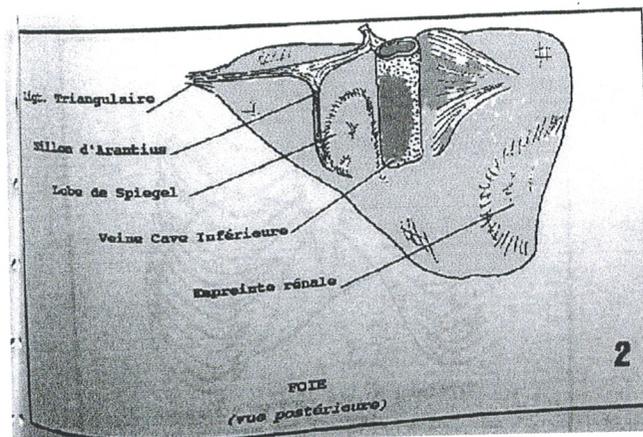
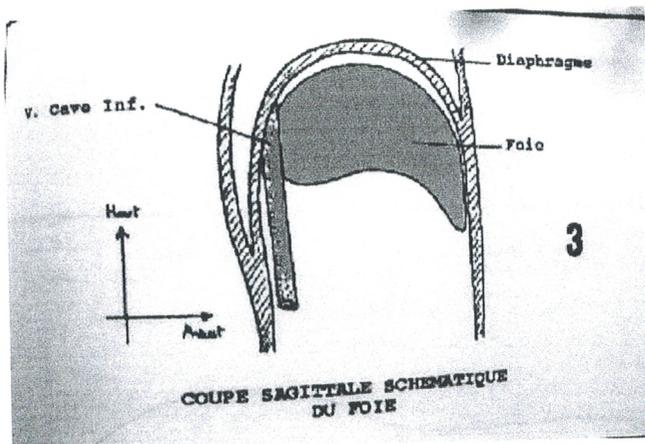
5. Dimensions :

- Chez le vivant, il est gorgé de sang et pèse 2,4 Kg. (autopsie 1,5Kg).
- Largeur 28 cm.
- Profondeur: 16 cm.
- Hauteur: 8 cm.



6. Moyens de fixité :

- Les moyens de fixité sont très importants (dans les traumatismes, ce ne sont pas ses ligaments qui s'arrachent, mais le foie qui se déchire).
- Fixé par la veine cave inférieure et les sus hépatiques en arrière.
- Fixé par le ligament phrénohépatique, le ligament coronaire et les ligaments triangulaires droit et gauche.
- Fixé par le pédicule hépatique en bas.

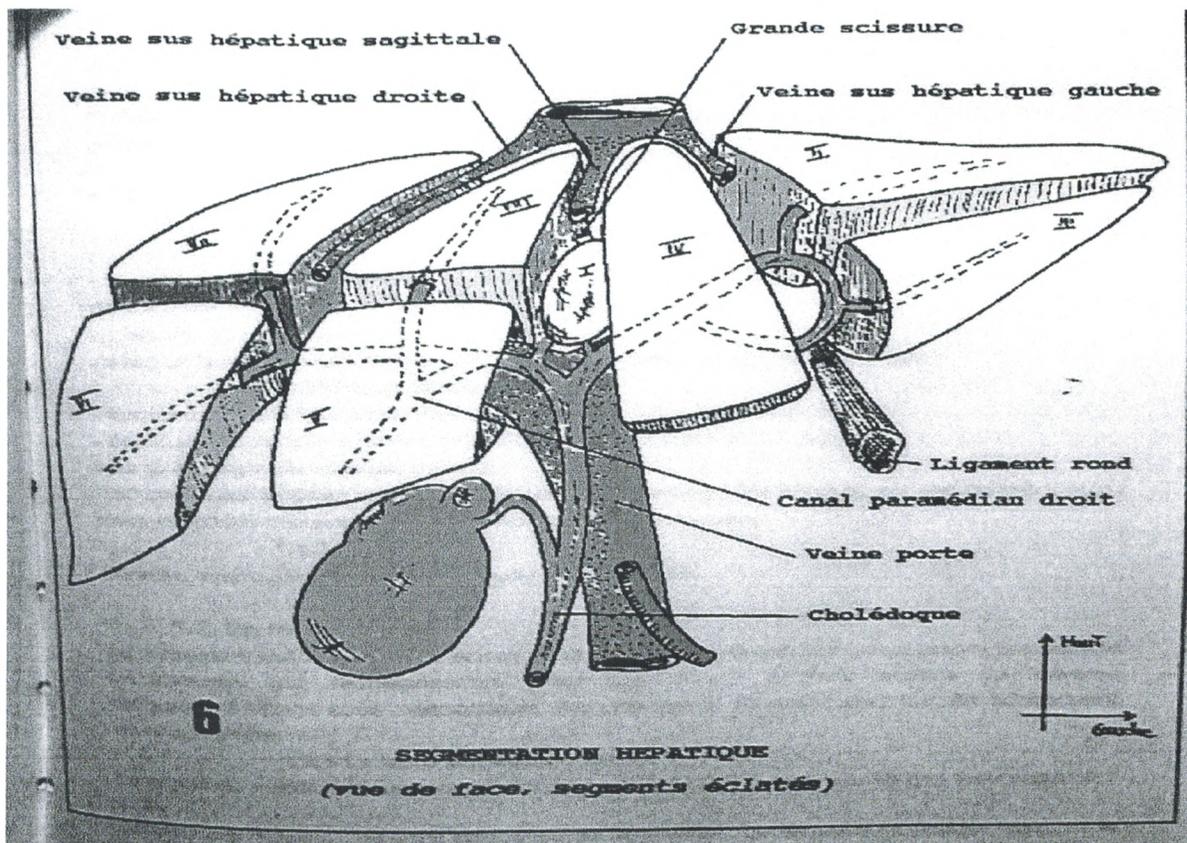


7. Vascularisation :

- Sur le plan vasculaire, le foie est irrigué par deux vaisseaux:
 - une veine fonctionnelle et nutritive, la veine porte.

- une artère nourricière, l'artère hépatique.

- Le sang quitte le foie par les veines sus hépatiques (droite, sagittale et gauche) qui se jettent immédiatement dans la veine cave inférieure.
- La vascularisation interne se fait selon les 8 segments.



8. Innervation :

- Les nerfs:
Ils sont issus du X gauche (plexus de Burge) et du plexus solaire.

V. PARASITOLOGIE :

A. Tænia échinococcus granulosis :

Responsable de la forme vésiculaire de l' Hydatidose hépatique, c'est un ver de 4-6 mm de long qui comprend :

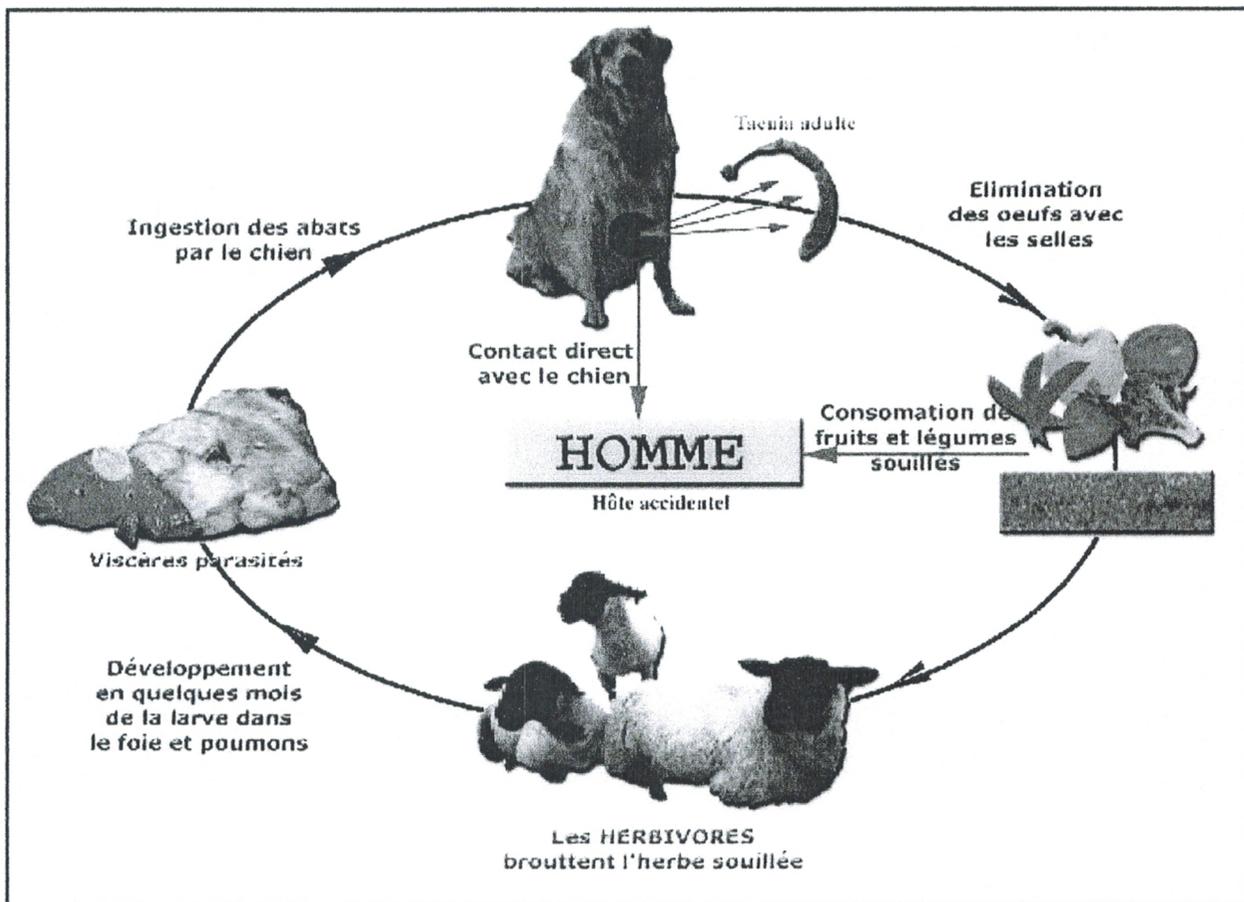
- 1) Une tête ou scolex muni de 4 ventouses armés de 36-42 crochets répartis en deux rangées.
- 2) Un cou.
- 3) Un corps formé de 3-4 anneaux dont seul le dernier est ovigéré.



B. Le cycle :

- Le cycle parasitaire comprend deux hôtes : un hôte définitif (HD) et un hôte intermédiaire (HI).
- Le cycle classique est le cycle domestique : chien (HD)-mouton (HI).
- L'homme s'insère accidentellement dans le cycle du parasite : c'est une impasse parasitaire. Les œufs embryonnés, éliminés dans le milieu extérieur avec les matières fécales du chien, sont ingérés, pénètrent la paroi digestive, gagnent par le système porte le foie, parfois dépassent le foie par les veines sus-hépatiques et parviennent aux poumons.
- Plus rarement, la localisation peut se faire en n'importe quel point de l'organisme par la circulation générale. Une fois dans le viscère,

- l'embryon se transforme en larve hydatide. Le cycle est fermé lorsque le chien dévore les viscères (foie, poumons) des moutons parasités.
- L'homme se contamine en ingérant les œufs par voie directe (chien : léchage, caresses), plus rarement par voie indirecte (eau, fruits, légumes souillés par les œufs).
- L'hydatidose est une maladie rurale.



VI. ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

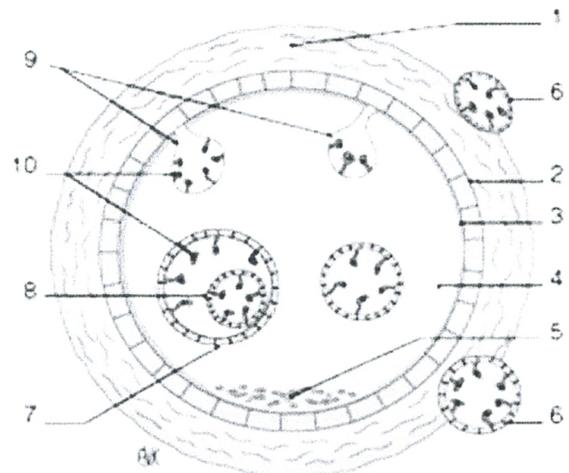
A. Le kyste ; est entouré de trois membranes :

1) Interne : Proligère ; Elle est fertile donnant des vésicules filles, il est impératif de l'enlever en totalité lors de la cure chirurgicale.

2) Moyenne : Cuticule ; Stratifiée anhiste (sans cellules) sécrétée par le proligère.

3) Externe : Adventice ou périkyste ; fait de parenchyme hépatique condensé s'épaissit lors du vieillissement du kyste ; forme le périkyste, dont l'ablation oblige à passer dans le parenchyme sain car il n'y a pas de plan de clivage.

- 1- Adventice
- 2- Cuticule
- 3- Membrane proligère
- 4- Liquide hydatique
- 5- Sable hydatique
- 6- Vésicule fille exogène
- 7- Vésicule proligère
- 8- Protoscolex
- 9- Vésicule fille endogène
- 10- Vésicule petite fille.



C- Histoire naturelle du kyste hydatique du foie :

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

■ **Kyste jeune ou sain :**

Il est univésiculaire à contenu clair, « eau de roche », et a un périkyste souple et mince.

Après évacuation du parasite, il y a une ré-expansion du foie au bout de quelques semaines et la cavité résiduelle disparaît.

■ **Kyste vieilli ou malade :**

Il est multivésiculaire ou contient des membranes flétries baignant dans un liquide clair, ou bilieux, ou biliopuriforme.

Après ablation du parasite, il reste une cavité anfractueuse dont la paroi est épaisse, multi-stratifiée à paroi plus ou moins calcifiée, comportant une ou plusieurs fistules kystobiliaires.

Cette cavité n'a pas tendance à s'effacer et elle expose à des suppurations et des fistules biliaires postopératoires.

■ **Kyste involué ou calcifié.**

Nombreuses vésicules filles de taille variable définissant le kyste hydatique multivésiculaire.



Kystes enlevés chirurgicalement (coques, membranes prolifères, vésicules filles).



VII. Epidémiologie :

A. Fréquence :

- 1) Pays d'endémie ; Grèce, bassin méditerranéen, Amérique latine (Chili, Argentine et Brésil).
- 2) En Algérie : Le taux d'occupation de lit pour maladie hydatique est de 8-10%.
- 3) Localisation hépatique : 60-70%.
- 4) Le développement du kyste est lent.
- 5) Le diagnostic se fait après 15 ans d'évolution dans 50% des cas.

B. Sexe : Variable :

- 1) En Algérie : Femme : 70% et homme 30% des cas.
- 2) En France : homme 61% et femme 35% des cas.

C. Age : tout âge.

D. Contage : Contact avec les chiens domestiques.

E. Contamination :

- Zones d'élevage de moutons.
- Professions exposées : boucher ou berger.
- Malades opérés pour autres localisations hydatiques.

VIII. CLINIQUE :

Le KHF reste longtemps latent et se révèle soit par :

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

A. TDD : KHF non compliqué à développement antérieur :

1) Circonstances de découverte :

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

- a) Une masse fortuitement découverte par le malade ou son médecin.
- b) Douleurs de l'hypochondre droit ou épigastrique.
- c) Hépatomégalie avec ou sans douleurs ou lors d'un examen complet.
- d) AEG plus ou moins importante.

- e) Survenue d'une complication ;
 - ❖ Mécanique.
 - ❖ Infectieuse.
 - ❖ Ouverture.

- f) Alors l'ASP ou le Télé thorax ;
 - ❖ Des calcifications plus ou moins arrondies de l'aire hépatique.
 - ❖ Surélévation de l'hémi coupole diaphragmatique droite.

- g) Lors du bilan hépatique.

- h) Lors des séquelles d'intervention pour hydatidose viscérale.

- i) Après laparoscopie qui montre un affleurement du kyste sur la surface hépatique.

2) EXAMEN CLINIQUE :

Interrogatoire : rechercher :

- Une profession exposante :
 - “ Un contact avec les chiens.
 - “ Séjour dans un pays d'endémie.

- Signes évocateurs : Poussées d'urticaires récidivantes.
 Poussées de fièvre récidivante
 (fissuration).
 Douleurs irradiant à l'épaule
 Prurit généralisé.
 Accès de fièvre isolée.

INSPECTION :

- La tumeur est parfois visibles dès l'inspection, si elle réalise une voussure rejetant les dernières côtes qui tendent à s'horizontaliser.
- Subictère.
- Circulation veineuse collatérale.

La palpation :

- précise ses caractères ; arrondie, bien limitée, lisse, indolore, rénitente et soit volumineuse, mobile avec le foie lors des mouvements respiratoires.

La percussion : matité qui est celle du foie.

❖ Caractéristiques inconstantes :

- Frémissement hydatique
- Son hydatique.

Touchers pelviens : Normaux.

Au terme de cet examen on se trouve devant une tuméfaction isolée de l'hypochondre droit ; c'est là qu'il faut évoquer la possibilité d'un KHF et entamer un triple enquête ; épidémiologique, biologique et radiologique.

Enquête biologique :

- FNS
Hyperoésinophilie ; si elle est élevée ; il faut rechercher une complication ou une parasitose associée.
VS normale.
- Tests hépatiques normaux.
- Réaction avec antigènes solubles.
- Réaction de fixation du complément ou réaction de Weinberg.
- Hémagglutination par immunoélectrophorèse et immunofluorescence.

- Réaction de précipitation ; ELISA : qui est très spécifique surtout en utilisant la fraction 5 spécifique du KH.
- Actuellement ; immunoélectrophorèse par Hémagglutination (spécifique).
- Réaction avec antigènes figurés ; utilise le scolex ; c'est l'immunofluorescence indirecte ; positive à 1/50.
- Sérologie hydatique ; réaction immunoenzymatique ; 98 % des cas positifs.

3) Examens morphologiques :

L'imagerie permet :

- de visualiser le kyste hydatique et ses éléments constitutifs,
- d'établir un diagnostic,
- de juger des complications,
- de réaliser des dépistages de masse,
- d'effectuer des traitements instrumentaux.

ASP :

- Déformation variable de la coupole diaphragmatique droite.
- Déformation en brioche sur le profil.
- Calcification arrondie, irrégulière d'un kyste ancien.
- Kyste isolé ou plus rarement opacité homogène d'un kyste unique.

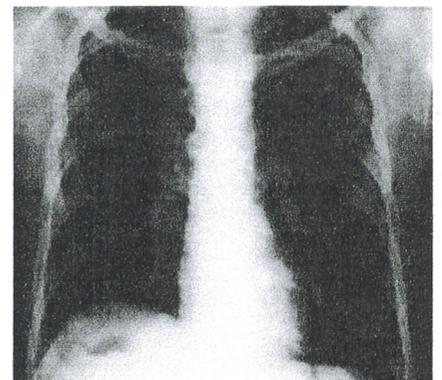
Abdomen sans préparation : kyste hydatique à paroi finement calcifiée.



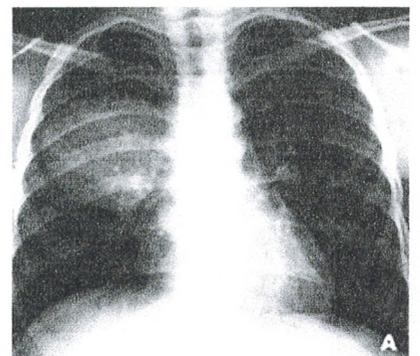
Télé thorax :

- Recherche un KHP.
- Recherche une surélévation de la coupole diaphragmatique.

Surélévation de la coupole diaphragmatique droite et niveau liquide hydro gazeux.



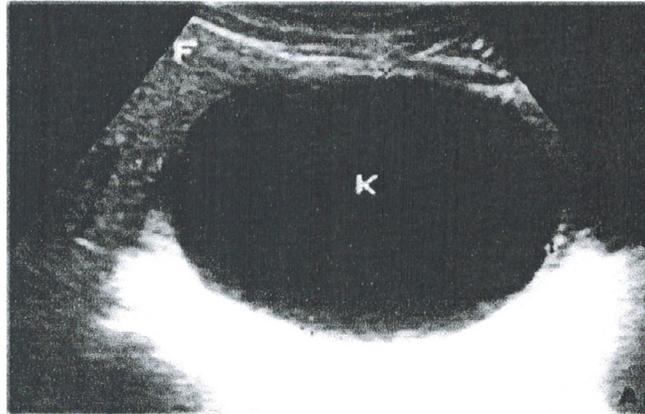
Kyste hydatique du poumon



Echographie :

- C'est l'examen de première intention.
- Elle permet le Dg dans 9 cas/ 10 en précisant le siège, le nombre, le contenu et les rapports vasculaires et biliaires intra hépatiques.
- Classification de échographique de GHARBI:
 - type 1 : kyste anéchogène contenant parfois un discret sédiment, de paroi presque toujours plus épaisse qu'un kyste simple ;
 - type 2 : kyste contenant une membrane flottante qui correspond au décollement de l'endokyste ;
 - type 3 : kyste avec multiples vésicules-filles ;
 - type 4 : masse hétérogène avec une large matrice centrale, pseudo-tumorale ;
 - type 5 : forme totalement calcifiée.

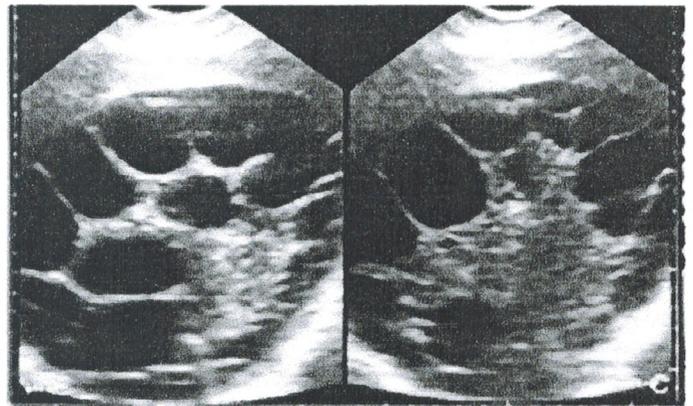
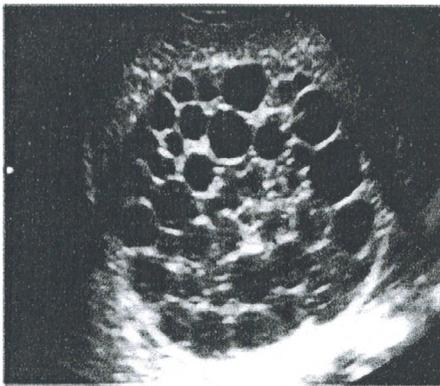
A. Type 1: kyste univésiculaire hypo-échogène, à paroi propre, à contenu liquide.



B. Type 2: kyste avec décollement de membrane.



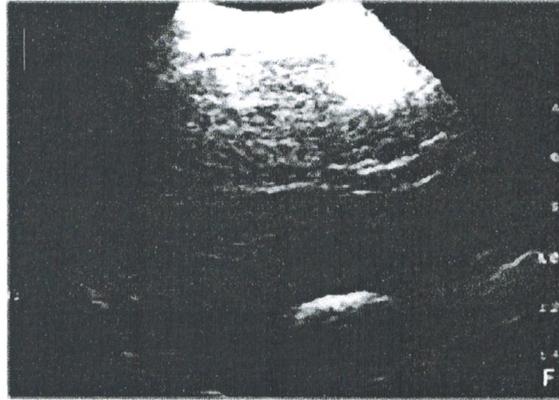
C. Type 3: Accolement des parois des vésicules filles dans un kyste hydatique multivésiculaire => image en « nid d'abeilles ».



D. Type 4: kyste d'échostructure hétérogène (il est quelquefois difficile à distinguer des tumeurs solides et des abcès).

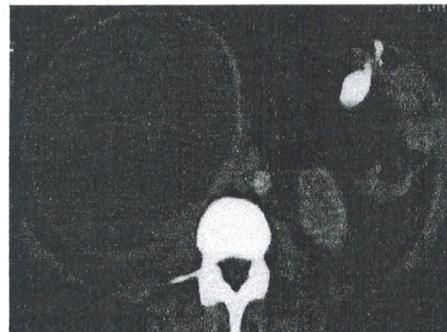
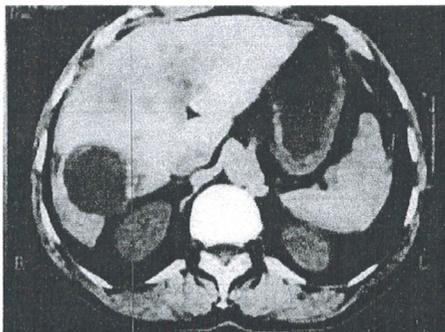


E. Type 5: kyste calcifié => visible sur le cliché d'ASP. (ne pose pas de problème dc).



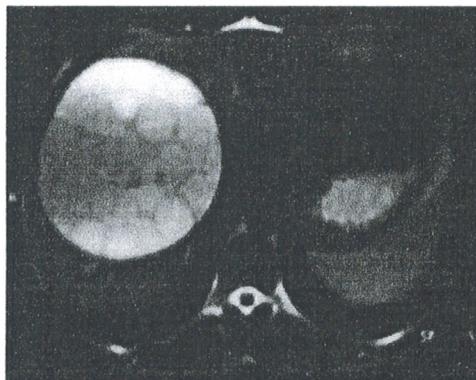
Tomodensitométrie :

- C'est l'examen fondamental dès qu'une décision chirurgicale est proposée.
- Les précédents signes notés en échographie sont retrouvés grâce au scanner.



Imagerie par résonance magnétique :

- Ses indications sont peu nombreuses. Il s'agit essentiellement des complications biliaires et du bilan étiologique d'un kyste n'ayant pas fait sa preuve.
- Elle montre des signes correspondant aux différentes formes anatomopathologiques déjà décrites.
- Elle est très rarement employée dans une telle pathologie et nous n'insisterons que sur deux aspects particuliers :
 - le type 4 : on peut observer une coque en hypo signal sur toutes les séquences, orientant vers cette pseudo capsule déjà décrite, sans rehaussement de signal après injection de gadolinium ;
 - le type 5 : les petites calcifications passent inaperçues ; les calcifications en masse se manifestent par un hypo signal global homogène.



**LE KYSTE HYDATIQUE DU
FOIE (HYDATIDOSE)
STATISTIQUE :**

INTRODUCTION :

Notre étude rétrospective intéresse 66 patients opérés au niveau de service de chirurgie générale A (Pr: M.BENKALFATE) CHU TLEMEN; pour kyste hydatique du foie dans la période 2006_2009.

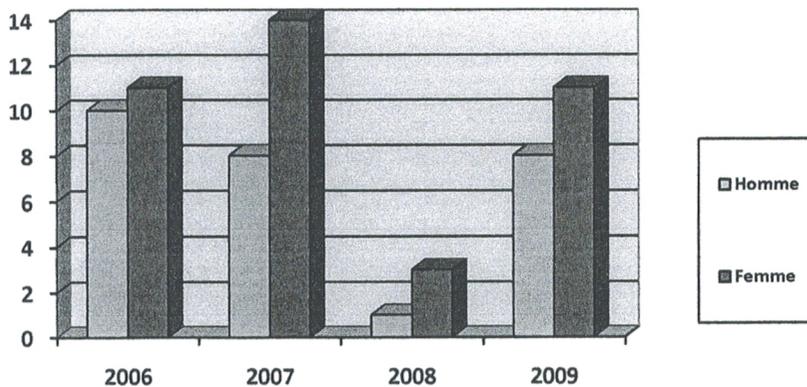
IV/ REPARTITION SELON L'ANNEE :

* 2006 :21 cas.

*2007 :22 cas.

* 2008 :04 cas.

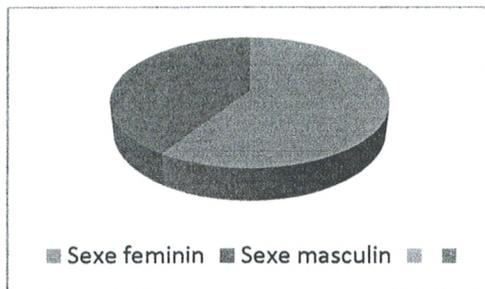
*2009 :19 cas.



II/ REPARTITION SELON LE SEXE :

➤ 39 cas : de sexe féminin.

➤ 27 cas : de sexe masculin.

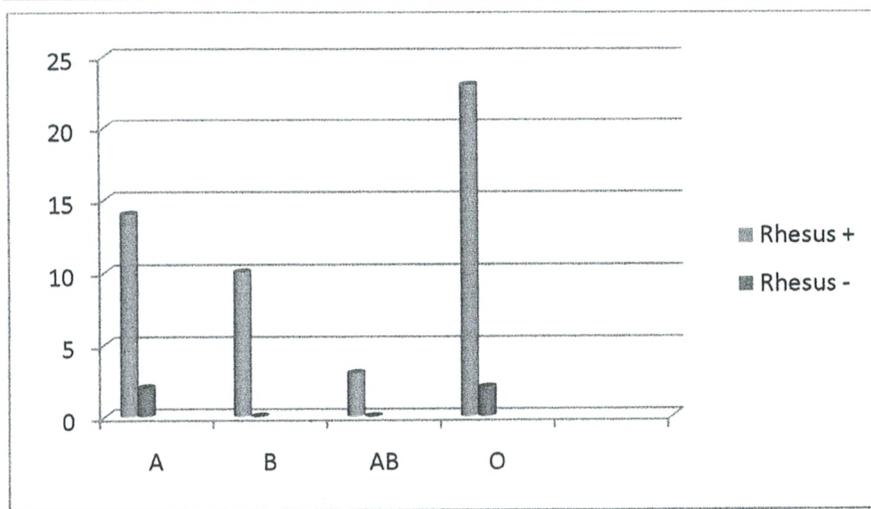


*Dans notre série d'étude on note une prédominance féminine.(59%).

III/ REPARTITION SELON LA RESIDENCE :

- 25 Cas d'origine urbaine.
- 41 Cas des régions avoisinantes : réparties comme suit :
 - Sebdu : 04 cas
 - Sebra : 04 cas.
 - Ouled mimoum : 06 cas.
 - Ain-Fezza : 02 cas.
 - Chetouane : 08 cas.
 - Ouzidane : 04 cas.
 - Boudghane : 03 cas.
 - Autres : 10 cas.

IV/ SELON LE GROUPE SANGUIN :



*Groupage non précisé : 12 cas.

V/ SELON L'ÂGE DE SURVENU :

- De 15 -25 ans : 28 patients.
- De 26-35 ans : 25 patients.
- De 36-45 ans : 11 patients.
- Supérieur à 76 : 02 patients.



*L'âge moyenne de survenu est 46 ans.

VI/ SELON LA RECIDIVE :

- ❖ Dans notre série d'étude on a 06 cas de récidive. (09%)

VII SELON LA CLINIQUE :

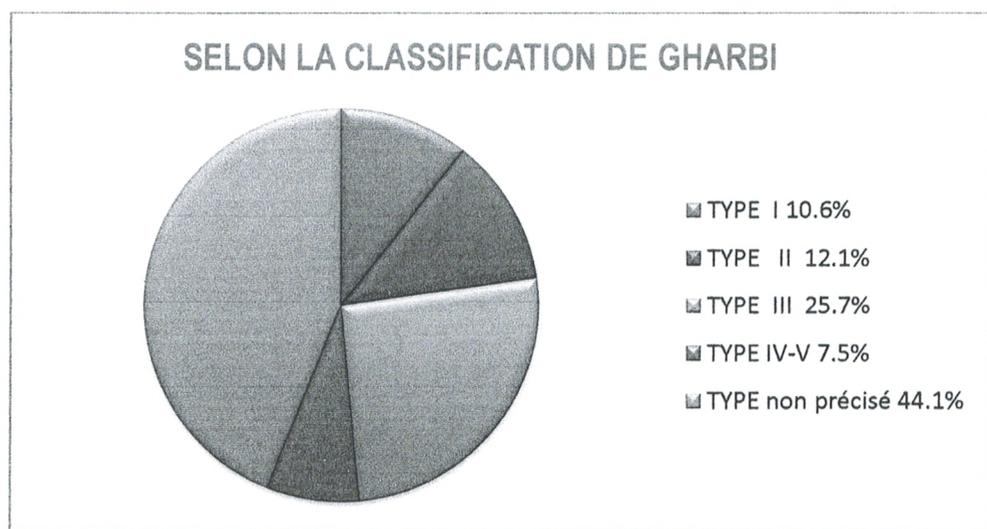
Signes cliniques	Nombre de cas	Pourcentage
Douleur	51	77%
Hépatomégalie	06	09%
Vomissements	06	09%
Tumeur hépatique	00	00%
Cholécystite	00	00%
Ictère	08	12%
Fièvre	02	03%
Choc septique	00	00%
Signes thoracique	05	7.5%
Signes d'HTP	00	00%
Troubles du transit	00	00%
Asymptomatique découverte fortuite	08	12%
Altération de l'état général	03	4.5%
Nombre de malades	2006+2007+2008 +2009 =66 cas	

VIII/ DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE :

VIII/1.ECHOGRAPHIE :

Selon la classification de Gharbi.

<i>TYPE : I</i>	10.6%
<i>TYPE : II</i>	12.1%
<i>TYPE : III</i>	25.7%
<i>TYPE : IV-V</i>	7.5 %
<i>NON PRECISE</i>	44.1 %



VIII / 2 .TELETHORX :

09 cas surélévations de la coupole.

00 cas Localisations thoracique.

VIII / 3 .ASP :

Calcification : 02 cas.

Pneumo kyste : 00 cas.

XI / ASPECT ANATOMOTOPOGRAPHIQUE DES KHF OPERES :1) Siège :

	Nombre de cas	Pourcentage
Foie droit	25 Cas	37.8 %
Foie gauche	15 Cas	22.7 %
Foie droit + Foie gauche	04 Cas	6.06 %
Non précisé	22 Cas	33.44%



2) Topographie :

-segment antérieur du secteur latéral droit : 03 Cas (4.5%).

-segment postérieur du secteur latéral droit : 07 Cas (10.6%).

-toto lobaire droit : 13 Cas (19.6%).

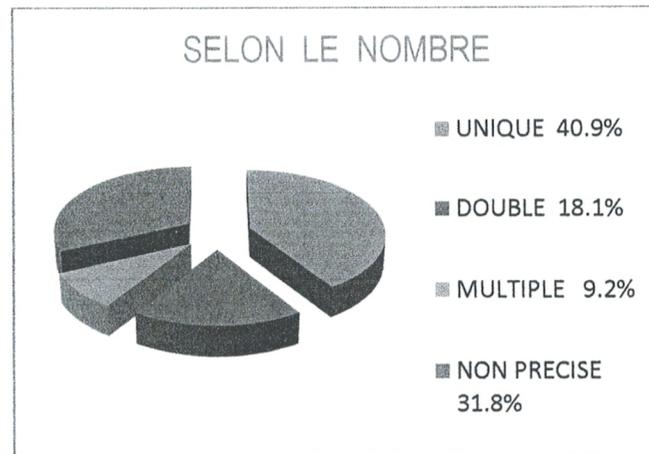
-toto lobaire gauche : 08 Cas (12.1%).

-segment antérieur du secteur paramédian droit : 04 Cas (06%).

- segment postérieur du secteur paramédian droit : 01 Cas (1.5%).
- segment antérieure du secteur latéral gauche : 01 Cas (1.5%).
- segment postérieure du secteur latéral gauche : 03 Cas (4.4%).
- secteur paramédiane gauche : 01 Cas (1.5%).
- secteur latéral gauche : 04 Cas (06%).
- non précisé : 19 Cas (28.7%).

3) Le nombre :

Nombre du kyste	Nombre de cas	Pourcentage
Unique	27 Cas	40.9%
Double	12 Cas	18.1%
Multiple	06 Cas	9.2%
Non précisé	21 Cas	31.8%



*Dans notre série : on note une prédominance du kyste unique.

3/1. Répartition selon le siège en cas de KHF UNIQUE :

<i>Siège</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
Segment I	01 Cas	3.7%
Segment II	02 Cas	7.4%
Segment III	05 Cas	18.5%
Segment IV	01 Cas	3.7%
Segment V	03 Cas	11.1%

Segment VI	04 Cas	14.8%
Segment VII	09 Cas	33.3%
Segment VIII	02 Cas	7.4%

3/2 .Répartition selon le siège en cas de KHF double :

Siège	Nombre de cas	Pourcentage
Segment I	00 Cas	00%
Segment II	01Cas	4.16%
Segment III	06 Cas	25%
Segment IV	05 Cas	20.8%

Segment V	04 Cas	16.66%
Segment VI	01 Cas	4.16%
Segment VII	05 Cas	20.8%
Segment VIII	02 Cas	8.33%

3/3.Répartition selon le siège en cas de KHF multiple :

Siège au niveau du segment V, VI, VII.

4) Volume :

- ❖ Inférieur à 1L : 58%
- ❖ Entre 1 et 2L : 33%
- ❖ Supérieur à 2l : 09%

5) Aspect du liquide :

- ❖ Clair : 20 Cas.
- ❖ Bilieux : 09 Cas.
- ❖ Infecté : 05 Cas.

- ❖ Involué : 03 Cas.
- ❖ Blanc clair : 02 Cas.
- ❖ Non précisé : 27 Cas.

6) Contenue du liquide :

- ❖ Uni vésiculaire : 03 Cas.
- ❖ Multivésiculaire : 11 Cas.
- ❖ Non précisé : 52 Cas.

7) Périkyste :

- ❖ Souple : 20 Cas.
- ❖ Calcifié : 12 Cas.
- ❖ Epais : 05 Cas.
- ❖ Non précisé : 29 Cas.

8) Fistule kystobiliaire :

*Dans notre série de 66 cas; on a recensé 07 cas de fistule kystobiliaire soit 10.6%.

9) Répercussions mécaniques et infectieuses du KHF :

9/1. adhérence :

- Au diaphragme : 02 Cas (3.03%).
- A la rate : 01 Cas (1.51%).
- A la vésicule biliaire : 02 Cas (3.03%).

- Loge rénal : 01 Cas (1.51%).
- Epiplo péritonéal : 03 Cas (4.54%).
- Colo péritonéal : 01 Cas (1.51%).
- Multiples : 02 Cas (3.03%).

9/2 .compression :

- ❖ Vasculaire :
 - Veine sus-hépatique : 0 Cas.
 - VCI : 0 Cas.
- ❖ Cardiaque : 0 Cas.

10) Association avec d'autres pathologie-chirurgicales :

- 1) Hernie inguinale gauche : 1 cas (traitée en même temps que le KHF).
- 2) *Epanchement de la cavité péritonéale : 1cas (toilette péritonéal).*

XII / TRAITEMENT CHIRURGICAL DU KYSTE :

1) Voie d'abord :

Sous costale droite	39 Cas	59%
Médiane	21 Cas	32%
Thoracotomie	01 Cas	1.5%
Non précisé	05 Cas	7.5%

2) Traitement du péricyste :

	Nombre de cas	Pourcentage
Péricystectomie partielle	05 Cas	7.5%
RDS	28 Cas	42.42%
Péricystectomie totale	15 Cas	22.08%
Hépatectomie	00 Cas	00%
Non précisé	18 Cas	27.1%

3) La cavité résiduelle :

- ❖ Fermeture : 14 Cas.
- ❖ Absence de fermeture : 06 Cas.
- ❖ Non précisé : 46 Cas.

XIII/ MORTALITE ET MORBIDITE :*a. Mortalité :*

Aucun cas de mortalité n'a été signalé concernant les malades opérés pour kyste hydatique du foie dans notre service durant la période 2006 ,2007 ,2008 et 2009.

b. Morbidité :

Complications postopératoires	Reprise chirurgicale	Nombre de cas	pourcentage
Infection pariétale	/	03 cas	4.5%
Suppuration de la cavité résiduelle	/	00 cas	00%
Epanchement pleural	/	00 cas	00%
Fistule biliaire persiste	01	01 cas	1.5%
Total		04 cas	06%

XIV / LA DURÉE MOYENNE D'HOSPITALISATION :

**La durée moyenne d'hospitalisation dans notre série : 15 jours.*

IX/ BIOLOGIE :

IX/1. 2006 :

	Urée	Créatinine	Glycémie	GB	Hte %	TP %	TGO	TGP	Bilirubine			PA	Sérologie
									D	T	I		
Cas 1	0.28	7.6	0.69	4800	37.7	90	/	/	0.86	0.08	0.78	/	négative
Cas 2	0.31	/	1.28	14400	24	82.7	/	/	/	/	/	/	positive
Cas 3	0.22	/	0.66	6600	/	100	22	30	/	/	/	/	positive
Cas 4	0.19	6.8	/	/	38	65	/	/	/	/	/	/	positive
Cas 5	0.23	8	0.87	/	35.9	92	15	/	10	/	/	123	positive
Cas 6	0.35	12.9	0.96	10300	42	89.2	27	16	9.9	4.7	5.2	191.9	Non faite
Cas 7	0.27	9.3	1.02	8900	46	90	19	16	11.3	3.8	7.5	/	positive
Cas 8	0.25	10.42	0.92	/	/	100	11.3	9.6	0.88	/	/	152.4	Non faite
Cas 9	0.18	7.9	/	5500	33	89	/	/	/	/	/	/	positive
Cas 10	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non faite
Cas 11	0.44	10.74	0.92	/	/	85	/	/	7	/	/	220	négative
Cas 12	0.20	8.75	0.84	9500	46	100	68.8	107.8	0.89	0.08	0.81	557	positive
Cas 13	/	9.6	/	6800	41	100	8	10	/	/	/	/	négative
Cas 14	/	10	1.26	19000	41.8	73	25	77.1	11.28	6.17	5.11	277	positive
Cas 15	0.33	/	0.71	7700	47.8	68	21	17	27	/	/	116	négative
Cas 16	0.31	7.5	1.41	6600	42.8	100	13	05	/	/	/	69.9	Non faite
Cas 17	0.37	13.5	1.30	8200	40	100	141	119	11.1	2.5	8.6	85.9	Non faite
Cas 18	0.22	13.3	0.62	10500	36.8	87	68	39	0.89	0.81	0.08	271	Non faite
Cas 19	0.22	9.2	1.07	4900	36	100	29	/	/	/	/	112	négative
Cas 20	0.18	7.8	0.70	10800	37.8	93	32	105	/	/	/	346	positive
Cas 21	0.23	7.5	1.18	12600	33.9	98	27	23	/	/	/	197	Non faite

IX/ 2. 2007:

	Urée	Créatinine	Glycémie	GB	Hte %	TP %	TGO	TGP	Bilirubine			PA	Sérologie
									D	T	I		
Cas 1	0.29	9	2.14	5200	36.8	88	14	13	5.10	1.38	3.72	/	positive
Cas 2	0.19	8	0.81	8200	35.9	82.7	18	15	/	/	/	/	Non faite
Cas 3	0.24	8.4	0.98	8700	36.5	100	11.7	8.4	4.2	/	/	167.3	positive
Cas 4	0.32	25	0.91	10300	48.2	98.3	22	24	/	/	/	/	positive
Cas 5	0.41	9	0.79	8700	39.5	100	31	37	/	/	/	/	négative
Cas 6	0.47	10	1.71	7000	/	100	13	16	/	/	/	/	positive
Cas 7	0.31	10.7	0.72	3800	44	88	24.5	16.6	1.48	0.57	0.91	228.3	positive
Cas 8	0.26	7.8	0.75	6300	36	100	/	/	/	/	/	/	positive
Cas 9	0.25	9.2	0.74	6900	33.4	89	/	/	/	/	/	/	positive
Cas 10	0.23	7	0.70	10400	/	100	16	19	/	/	/	/	positive
Cas 11	0.74	13.5	0.80	10700	49.6	/	14.8	8.7	0.46	0.04	0.42	134.5	Non faite
Cas 12	0.25	7.2	0.95	8400	45.8	88	/	/	/	/	/	/	positive
Cas 13	0.23	7.4	0.99	5900	44.1	98	13	9	7.9	/	/	/	négative
Cas 14	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non faite
Cas 15	0.22	7.7	0.94	6400	/	93	19.38	11.92	/	/	/	/	Non faite
Cas 16	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non faite
Cas 17	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non faite
Cas 18	0.32	17.3	0.71	5000	48	80	40	19	9	2	7	131	négative
Cas 19	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non faite
Cas 20	0.29	10.5	0.59	/	41.2	/	18	24	4	0	4	63	négative
Cas 21	0.25	9.5	/	6900	38.2	84	16	10	/	/	/	/	positive
Cas 22	0.22	8	1.04	4300	44.6	81	/	/	/	/	/	/	positive

IX/3. 2008:

	Urée	Créatinine	Glycémie	GB	Hte %	TP %	TGO	TGP	Bilirubine		PA	Sérologie	
									D	T			
Cas 1	0.21	6.81	0.80	4600	/	/	43	30	0.95	0.72	0.23	/	négative
Cas 2	0.28	12	1.10	21000	45.7	99	19	23	12	/	/	207	positive
Cas 3	0.27	0.85	/	3800	39.9	100	12.5	23.15	6.4	1.22	5.81	/	négative
Cas 4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non faite

IX/ 4. 2009:

	Urée	Créatinine	Glycémie	GB	Hte %	TP %	TGO	TGP	Bilirubine T D I	PA	Sérologie
Cas 1	0.17	8	0.7	9000		70	24	35	7.9 / /	232	positive
Cas 2	/	/	/	/	/	/	/	/	/ / /	/	Non faite
Cas 3	0.51	9.8	/	6700	47	85	33	53	1.5 0.5 1	239	négative
Cas 4	0.14	/	0.96	7150	/	82	188	363	/ / /	/	Non faite
Cas 5	/	/	/	/	/	/	/	/	/ / /	/	Non faite
Cas 6	0.26	/	/	/	/	100	18	14	4.6 / /	108	Non faite
Cas 7	0.20	9.32	0.84	5590	/	100	24.04	30.32	/ / /	/	Non faite
Cas 8	0.32	/	0.8	7900	/	100	/	/	/ / /	/	positive
Cas 9	0.45	/	/	/	/	100	/	/	1.55 0.56 0.99	/	positive
Cas 10	/	/	7.88	4170	/	/	/	/	/ / /	/	Non faite
Cas 11	0.47	9.1	2.01	5600	/	/	8	26	/ / /	/	Non faite
Cas 12	0.62	11	0.89	4890	/	100	24	5	3 0 3	140	positive
Cas 13	0.36	7.2	0.89	6200	/	100	29.16	12.25	/ / /	/	positive
Cas 14	0.20	/	0.92	/	/	100	/	/	/ / /	/	Non faite
Cas 15	0.14	11	1.12	9000	44	80	24	35	7.9 / /	/	positive
Cas 16	/	/	/	/	/	/	/	/	/ / /	/	Non faite
Cas 17	0.19	11	1.13	5640	52.2	100	/	/	/ / /	/	Non faite
Cas 18	/	/	/	/	/	/	/	/	/ / /	/	Non faite
Cas 19	/	/	/	/	/	/	/	/	/ / /	/	négative

X / SELON LA SEROLOGIE HYDATIQUE :

Sérologie	Non faite	26 Cas	39.6%
sérologie	faite	40 Cas	60.4%
			Positive : 27 cas (67.5%)
			Négative : 13 as (32.5%)

XI/ ASPECT ANATOMOPATHOLOGIQUE DU KHF OPERES :

XI/1. ANNEE 2006 :

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périlyste	Fistule				Répercutions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen	
Cas 1	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	/	claire	Uni vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 2	FD	/	Toto lobaire droit	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 3	FD	/	Toto lobaire droit	unique	/	louche	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 4	VI VII	/	Toto lobaire droit	double	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 5	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	double	04 cm	infecté	Multi vésiculaire	Calcifié	/	/	/	/	/	/	
Cas 6	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	/	/	Uni vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	

XII/ TRAITEMENT CHIRURGICAL DU KYSTE :

XII/1. 2006 :

	Voies d'abord	Traitement du Pérkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 1	Sous costale droite	RDS	Non précisé	Intra hépatique Drain trans kystique	Extra hépatique /	Drainage sous hépatique	/	/
Cas 2	Sous costale droite	RDS	Non précisé	Drain trans kystique /	cholécystectomie	Lame sous hépatique	/	/
Cas 3	Sous costale droite élargie	Pérkystectomie partielle	Epiploplastie+ fermeture	/	cholécystectomie	Lame de delbet sous hépatique	/	/
Cas 4	Sous costale droite	Non précisé	Epiploplastie	Drain trans kystique	cholécystectomie	Drainage sous hépatique	/	/
Cas 5	Sous costale droite	RDS	absence de fermeture	Deux drains inter hépato diaphragmatique	/	/	/	/
Cas 6	Sous costale droite	Pérkystectomie totale	Epiploplastie	Drain aspiratif intra kystique	cholécystectomie	Drainage interhépatodiaphragmatique	/	/
Cas 7	Sous costale droite	Pérkystectomie totale	/	/	/	Drainage interhépatodiaphragmatique	/	/
Cas 8	LMSO	RDS	Non précisé	/	cholécystectomie	/	/	/

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

	Voies d'abord	Traitement du Périkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 9	Sous costale droite élargie	RDS	Non précisé	/	Extra hépatique cholécystectomie	Lame sous hépatique	suture	/
Cas 10	Sous costale droite	RDS	/	Drain trans cystique	/	Lame sous hépatique+drain sous diaphragmatique	/	/
Cas 11	Sous costale droite	Pérkystectomie totale	/	/	/	/	/	/
Cas 12	LMSO	Pérkystectomie totale	Non précisé	/	cholécystectomie	Drainage aspiratif sous hépatique	/	/
Cas 13	Sous costale droite	RDS	Non précisé	Drain trans cystique	cholécystectomie	Lame sous hépatique+drain sous diaphragmatique	/	/
Cas 14	LMSO	Non précisé	Non précisé	2 drains de kehr	/	Lame de delbet	Cholécotomie+ lavage VBP	/
Cas 15	LMSO	RDS	Non précisé	Drain inter hépato diaphragmatique	cholécystectomie	Lame de delbet	/	/
Cas 16	LMSO	Pérkystectomie partielle	Non précisé	/	/	Lame de delbet	/	Traitement d'une hernie inguinale

	Voies d'abord	Traitement du Périkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 17								
PROTOCOL OPERATOIRE NON MENTIONNE								
Cas 18	LMSO	Périkystectomie totale	/	/	cholécystectomie	/	/	/
Cas 19	Sous costale droite	Non précisé	Non précisé	/	/	Drain+ lame de delbet	/	/
Cas 20	Sous costale droite	Non précisé	Non précisé	/	cholécystectomie	Lame sous hépatique	/	/
Cas 21	LMSO	Périkystectomie totale	/	/	cholécystectomie	Lame sous hépatique	Aspiration de la fistule	/

XII/2. 2007 :

	Voies d'abord	Traitement du Périkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 1	Sous costale droite	RDS	Non précisé	Lame sous hépatique	cholécystectomie	Drain inter hépato diaphragmatique	/	/
Cas 2	Sous costale droite	RDS	Non précisé	Drain aspiratif intra kystique	cholécystectomie	Drainage inter hépato diaphragmatique+lame sous hépatique	/	/
Cas 3	Sous costale droite	Non précisé	Non précisé	Drain trans kystique	cholécystectomie	Drainage inter hépato diaphragmatique+lame sous hépatique	/	/
Cas 4	LMSO	Périkysectomie partielle	Non précisé	/	/	Drainage inter hépato diaphragmatique	/	/
Cas 5	LMSO	RDS	Epioplastie	Drain trans kystique	cholécystectomie	Drainage inter hépato Diaphragmatique+lame sous hépatique	/	/
Cas 6	Sous costale droite	RDS	Non précisé	Drain trans kystique	/	Drainage inter hépato diaphragmatique	/	/
Cas 7	LMSO	Non précisé	Non précisé	/	cholécystectomie	Lame de delbet	/	/
Cas 8	LMSO	Périkysectomie partielle	fermeture	/	cholécystectomie	Lame de delbet	/	/

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

	Voies d'abord	Traitement du Pérıkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 9	Sous costale droite	RDS	Non précisé	/	Extra hépatique	2 drains aspiratifs	/	/
Cas 10	LM péri ombilicale	Péri kystectomie totale	Epioplastie+ fermeture	/	cholécystectomie	Lame de delbet	/	/
Cas 11	Sous costale droite	Pérıkystectomie totale	Non précisé	Drain trans kystique	cholécystectomie	Drain sous hépatique+ Drainage inter hépato diaphragmatique	/	/
Cas 12	Sous costale droite	RDS	Non précisé	/	cholécystectomie	Drain sous hépatique+ Drainage inter hépato diaphragmatique	/	/
Cas 13	LMSO	RDS	Non précisé	/	cholécystectomie	Drain aspiratif sous phrénique+lame de delbet+lame sous hépatique	/	/
Cas 14	LMSO	RDS	Non précisé	/	/	lame sous hépatique	/	/
Cas 15	Sous costale droite	Non précisé	Non précisé	Drain trans kystique	cholécystectomie	Drain sous hépatique	/	/
Cas 16	Sous costale droite	RDS	Non précisé	Drain trans kystique	cholécystectomie	lame sous hépatique	/	/

	Voies d'abord	Traitement du Pérıkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			

Cas 17	Sous costale droite	Périkystectomie partielle	Non précisé	/	cholécystectomie	Drain sous hépatique	/	/
Cas 18	Sous costale droite	Périkystectomie totale	Non précisé	Drain trans kystique	cholécystectomie	Drain sous hépatique	/	/
Cas 19	Sous costale droite	non précisé	Epiploplastie+ fermeture	/	cholécystectomie	Lame sous hépatique	/	/
Cas 20	Sous costale droite	RDS	Epiploplastie	Drain trans kystique	/	Lame sous hépatique	/	/
Cas 21	Sous costale droite	RDS	/	Drain trans kystique	/	Lame sous hépatique	/	/
Cas 22	PROTOCOL OPERATOIRE NON MENTIONNE							

XII/3.2008 :

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

	Voies d'abord	Traitement du Périkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 1	LMSO	Périkysectomie totale	Fermeture de la cavité résiduelle	Drain de la cavité résiduelle	/	Lame de delbet	/	/
Cas 2	LMSO	RDS	Non précisé	/	cholécystectomie	Drainage aspiratif sous hépatique	/	/
Cas 3	LMSO	RDS	Non précisé	/	/	Drainage sous phrénique et sous hépatique	/	/
Cas 4	Sous costale droite	Périkysectomie partielle	Non précisé	/	cholécystectomie	Lame de delbet	/	/

	Voies d'abord	Traitement du Périkyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 1	LMSO	Non précisé	Non précisé	/	Extra hépatique /	Double drainage bipolaire	Choledocotomie	/
Cas 2	Sous costale droite	Périkysectomie partielle	Non précisé	Drain trans kystique	cholécystectomie	Lame sous hépatique+drain de kehr	/	/
Cas 3	Abstention thérapeutique							
Cas 4	Non précisé	/	/	/	cholécystectomie	/	Choledocotomie+ Enlever le canal hépatique gauche	/
Cas 5	Thoracotomie gauche	RDS	fermeture	/	/	drainage intra thoracique	Suture des 2 fistules	/
Cas 6	Sous costale droite	/	/	/	cholécystectomie	/	/	/
Cas 7	Sous costale droite	Périkysectomie totale	/	Drain trans kystique	/	Deux drains aspiratifs	/	/
Cas 8	Sous costale droite	Périkysectomie totale	/	/	cholécystectomie	/	/	/
	Voies d'abord	Traitement du Périkyste	Traitement de la cavité	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			

Cas 9	Sous costale droite	Périkystectomie totale	résiduelle /	Drain trans cystique	cholécystectomie	Lame de delbet	/
Cas 10	Sous costale droite	RDS	/	Drain trans cystique	/	Lame de delbet	/
Cas 11	Sous costale droite	RDS	/	Drain trans cystique	/	Drain aspiratif	/
Cas 12	Sous costale droite	RDS	/	/	/	Drain aspiratif	/
Cas 13	/	RDS	/	Drain trans cystique	/	/	/
Cas 14	Sous costale droite	Périkystectomie totale	Fermeture	/	/	Drain aspiratif	/
Cas 15	LMSO	Périkystectomie totale	fermeture	/	/	/	/
Cas 16	LMSO	RDS	Non précisé	Drain trans cystique	cholécystectomie	Lame de delbet	/

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

	Voies d'abord	Traitement du Périlyste	Traitement de la cavité résiduelle	Gestes effectués sur les voies biliaires		Drainage	Traitement de la fistule	Observations
				Intra hépatique	Extra hépatique			
Cas 17								
PROTOCOL NON MENTIONNE								
Cas 18	LMSO	RDS	fermeture	/		cholécysectomie	Lame de delbet	/
Cas 19	Sous costale droite	RDS	fermeture	/		cholécysectomie	Lame sous hépatique	/

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périlyste	Fistule				Répercutions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen
Cas 7	FD	/	Toto lobaire droit	unique	03cm	/	/	souple	/	/	/	/	/	/	/
Cas 8	/	FG	Toto lobaire gauche	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 9	VI VII VIII	/	Toto lobaire droit	multiple	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 10	VIII	/	Segment postérieur du secteur paramédian droit	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Adhérence au diaphragme.
Cas 11	VI VII	/	Toto lobaire droit	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Adhérence au diaphragme.
Cas 12	/	III IV	Secteur latéral gauche	double	/	/	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	/

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périkyste	Fistule				Répercutions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen
Cas 13	VII VIII	/	Toto lobaire droit	double	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 14	/	II	Segment postérieur du secteur latéral gauche	unique	/	/	Multi vésiculaire	/	/	Fistule kysto biliaire				/	
Cas 15	/	FG	Toto lobaire gauche	unique	/	/	/	/	/	Fistule kysto biliaire				/	multiples adhérences
Cas 16	V VII	/	Toto lobaire droit	double	/	Claire séreux	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 17	PROTOCOL NON MENTIONNE														
Cas 18	VI	/	Segment antérieur du secteur latéral droit	unique	03cm	clair	uni vésiculaire	épais	/	/	/	/	/	/	/

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périkyste	Fistule				Répercussions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen
Cas 19	/	IV	Secteur paramédian gauche	unique	3cm	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 20	VII VIII	II	Toto lobaire droit +segment post du secteur latéral gauche	multiple	/	/	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 21	VII	/	Segment antérieur du secteur latéral droit	Unique	100cc	Infecté	Multi vésiculaire	Calcifié	Fine	Fond du kyste	/	/	/	/	Adhérence au diaphragme

XI/2. ANNEE 2007:

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périté	Fistule				Répercutions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Reten-tissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen
Cas 1	VI	/	Segment antérieur du secteur latéral droit	unique	7cm	infecté	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	Adhérence avec loge rénale	
Cas 2	V VII	/	Toto lobaire droit	double	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Adhérence diaphragmatique	
Cas 3	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	/	/	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	Adhérence diaphragmatique	
Cas 4	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 5	/	II III	Secteur latéral gauche	double	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 6	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	6cm	/	/	épaisse	/	/	/	/	/	Epipto péritonéale	

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périlyste	Fistule				Répercussions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retenissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen
Cas 7	/	/	/	unique	6-7cm	/	/	/	/	/	/	Voies biliaires distendues	/	Adhérence hépato gastro colique	
Cas 8	V	/	Segment antérieur du secteur paramédian droit	unique	5cm	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 9	FD	/	Toto lobaire droit	unique	12cm	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 10	VI VII VIII	/	Toto lobaire droit	multiple	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 11	VI	/	Segment antérieur du secteur latéral droit	unique	/	/	/	/	Fistule kysto biliaire				/	Adhérence coloépiplique	
Cas 12	VI	/	Segment antérieur du secteur latéral droit	unique	/	/	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périlyste	Fistule				Répercussions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen
Cas 13	/	III IV	Toto lobaire gauche	double	10cm	/	/	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/
Cas 14	/	III	Segment antérieur du secteur latéral gauche	unique	4cm	/	/	Uni vésiculaire	/	/	/	/	/	/	Adhérence épiploïque
Cas 15	/	III IV	Toto lobaire gauche	double	2cm	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 16	V	/	Segment antérieur du secteur médian droit	unique	/	calcifié	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 17	VIII	II III	Segment postérieur du secteur paramédian droit+secteur latéral gauche	multiple	/	calcifié	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 18	VI VII VIII	/	Toto lobaire droit	multiple	/	/	/	/	Fistule kysto biliaire				/	/	/

Cas	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périkyste	Fistule				Répercussions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retenissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen
Cas 19	VII VIII	I II	Secteur latéral gauche	multiple	12cm	gélatin eux	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 20	/	II III	Secteur latéral gauche	unique	08cm	clair	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 21	VI VII	/	Toto lobaire droit	unique	/	clair	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 22	PROTOCOL NON MENTIONNE														

XI/3. ANNEE 2008:

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périkyste	Fistule				Répercutions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen	
Cas 1	/	II	Segment postérieur du secteur latéral gauche	unique	33 mm	clair	Uni vésiculaire	souple	/	/	/	/	/	/	
Cas 2	/	FG	Toto lobaire gauche	double	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Adhérence avec l'estomac	
Cas 3	/	FG	Toto lobaire gauche	unique	4L	infecté	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	
Cas 4	V	IV	Segment antérieur du secteur médian droit+secteur	double	/	calcifié	/	/	/	/	/	/	VBP dilatée	/	

Cas 6	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
-------	-----	---	----------------------------------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périlyste	Fistule				Répercussions mécaniques et infectieuses de KHF.						
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thorax	Abdomen				
Cas 7	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 8	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 9	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	/	clair	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 10	FD	/	Toto lobaire droit	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 11	/	FG	Toto lobaire gauche	unique	07 cm	clair	Multi vésiculaire	souple	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 12	FD	/	Toto lobaire droit	double	/	clair	Multi vésiculaire	souple	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

	Siège		Topographie	Nombre	Volume	Aspect du liquide	Contenu du liquide	Périlyste	Fistule				Répercutions mécaniques et infectieuses de KHF.		
	Foie droit	Foie gauche							Dimension	Siège	Aspect du liquide	Retentissement	Axes et Vx	Thora x	Abdomen
Cas 13	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique	07cm	clair	Multi vésiculaire	souple	/	/	/	/	/	/	/
Cas 14	VI	/	/	unique	/	Infecté	Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 15	/	II	Segment postérieur du secteur latéral gauche	unique	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Adhérence hépatique
Cas 16	VII	/	Segment postérieur du lobe droit	unique		calcifié	/	calcifié	/	/	/	/	/	/	/

PROTOCOL OPERATOIRE NON MENTIONNE

Cas 17

Cas 18	/	III IV	Toto lobaire gauche	double	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Cas 19	/	FG	Toto lobaire gauche	unique	500 cc			Multi vésiculaire	/	/	/	/	/	Adhérence épiploïque