

UNIVERSITE ABOU-BAKR BELKAIDE
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
TLEMCEN



SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE B

CHEF DE SERVICE : PROFESSEUR *kherbouch*

Kyste hydatique du foie

2005_2009

PREPARE PAR :

DR. TOBSI.N
DR.HAMIDI.N
DR.HADJ AKD.N
DR.CHAIB DRAA.S
DR .ALLAL SALIM MED

ENCADRE PAR :

DR.BENDIMERED CHIRURGIEN

C.H.U TLEMCEN

ANNEE UNIVERSITAIRE

2009/2010

Plan :

-Introduction

-La partie théorique : I-Introduction-Généralités.

II-Epidémiologie :

A-parasitologie.

B-mode de contamination :

*voie directe.

*voie indirecte.

C-Aspect épidémiologique.

III-Anatomopathologie.

IV-Etude clinique.

V-Examen paraclinique :

*examen radiologiques.

*examen biologiques.

VI-Les formes cliniques.

VII-les complications.

VIII-Traitement: 1*médical.

2*PAIR.

3*chirurgical.

4*Laparoscopie.

IX-Les indications.

X-Résultat.

-Etude statistique :

*Matériels et méthodes.

*Résultats.

*Discussion.

-Remerciement.

I-INTRODUCTION :

L'hydatidose est une maladie endémique en Algérie, la localisation hépatique est la plus fréquente.

Son traitement est chirurgical, et reste émaillé de plusieurs complications à l'origine d'une morbidité, surtout de type suppuration et de fistule.

Le but de notre travail est d'identifier les facteurs prédictifs de ces complications postopératoires et de choisir le meilleur traitement chirurgical du KHF.

Notre étude est basée sur l'analyse rétrospective de 61 cas opérés au service de chirurgie générale B du CHU de Tlemcen pendant 05 ans : **2005-2009**.

Pour chaque patient nous avons relevé et soumis à une analyse statistique les paramètres suivant :

- l'âge, le sexe et l'habitat du patient.
- les circonstances de découverte.
- les données biologiques : sérologie hydatique, bilan hépatique
- le type du kyste selon la classification du Gharbi, son siège, sa topographie, l'aspect du liquide.
- le périkyte et les fistules bilio-kystiques éventuelles.
- la technique chirurgicale employée pour le traitement de la cavité résiduelle, du périkyte, des fistules biliaires, et l'éventuelle réalisation d'un drainage biliaire.
- et en fin les résultats post-opératoires : Mortalité, morbidité, et durée d'hospitalisation.

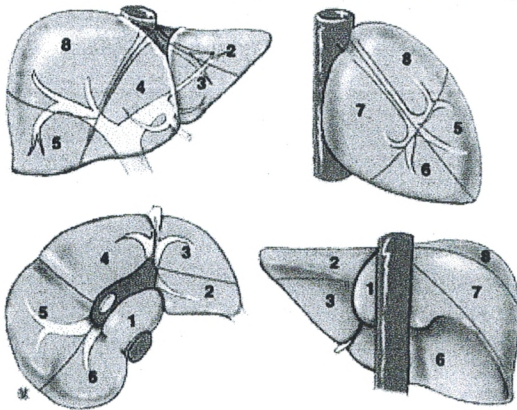
On termine ce travail par une comparaison avec les autres travaux fait sur le KHF dans le service, et dans les autres pays, ce qui nous permettre de tirer les conclusions.

Partie théorique :

Le kyste hydatique du foie

Rappel anatomique: foie.

- Le foie est constitué de deux lobes principaux



- 2 lobes accessoires (carré et caudé).
- *La limite entre le lobe droit et le lobe gauche correspond au plan du ligament rond et du ligament falciforme.*
- *Le foie droit contient les segments V, VI, VII, VIII.*
- *Le foie gauche contient les segments II, III, IV.*
- *Le lobe carré correspond à la partie inférieure (et antérieure) du segment IV.*
- *Le lobe caudé correspond à la partie latérale gauche du segment I.*

I-DEFINITION GENERALITES :

*Tumeur bénigne liée au développement dans le parenchyme hépatique du tœnia échinococcus granulosis sous sa forme larvaire : **embryon hexacanthe.***

INTERET :

- 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.

II- Epidémiologie :

A) PARASITOLOGIE :

Le parasite:

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

*Une tête ou scolex muni de 4 ventouses armés de 36-42 crochets répartis en deux rangées.

*Un cou.

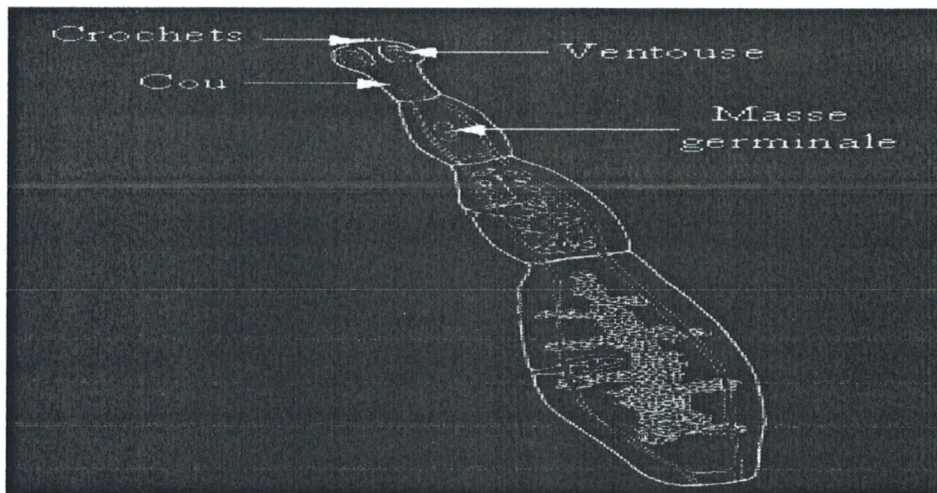
*Un corps formé de 3-4 anneaux (constituant une chaîne appelée STROBILE) dont seul le dernier est ovigéré (proglotide : est un utérus gravide contenant jusqu'à 1500 œufs murs. Il se détache de teania et s'élimine avec les selles du chien.

- l'œuf : ou embryophore ou oncosphère de forme ovoïde (35mm) contient un embryon hexacanthé à six crochets très résistant. Sa survie à la surface du sol dépend des conditions d'humidité et de température.
- Il résiste mal à la dessiccation et a une température de 60°C. Ces embryophore éliminés vont être ingérés par les moutons qui seront l'hôte intermédiaire et donneront la larve.

Larve ou hydatide :

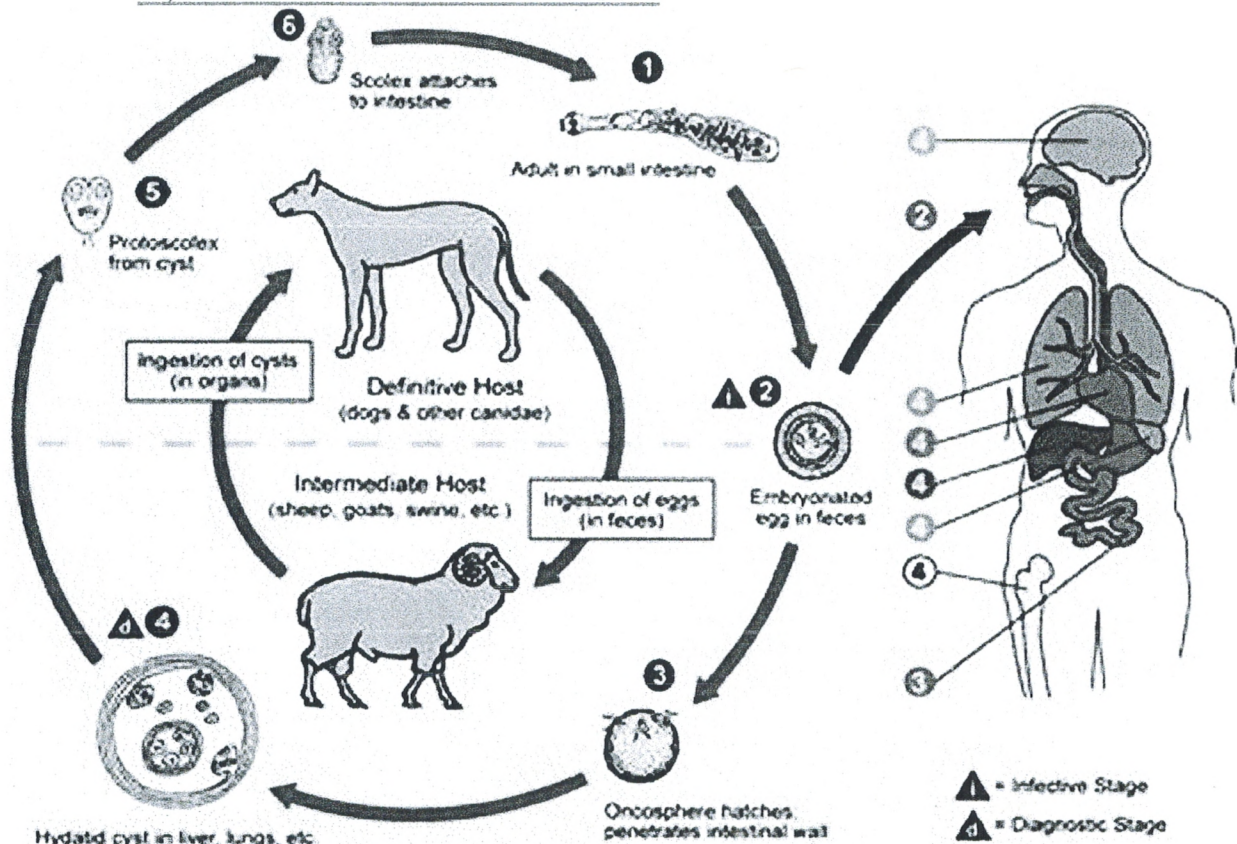
- C'est le méta cestode d'échinococcus granulosus ou forme larvaire ou kyste hydatique.
- C'est une vésicule de dimension variable avec une vitesse de maturation lente.
- Un même organe peut en contenir plusieurs par suite d'une forte infestation ou par bourgeonnement exogène à l'origine de l'hydatidose multi vésiculaire ou pluriloculaire.

Teania échonococcus granulosis



- L'homme s'infeste accidentellement en ingérant des aliments ou de l'eau souillée par des défécations de chien :
 - Sous l'action des sucs digestifs ; la cuticule (membrane hexacanthé) s'ouvre et le scolex est libéré.
 - L'embryon hexacanthé porteur de six crochets grâce auxquels il perfore la paroi intestinale, chemine dans le système porte ; il se heurte au premier barrage.
 - L'embryon de 20-30 microns de diamètre va se bloquer à cause des capillaires les plus intimes, la fixation hépatique se faisant dans 60% des cas ; il peut franchir la barrière hépatique et se fixer au poumon, la rate, rein, cerveau et os, c'est une localisation ubiquitaire.
 - Dans le foie l'embryon qui a perdu ses crochets se transforme en une vésicule remplie de liquide ; c'est l'hydatide ; celle-ci se développe lentement pour atteindre en six mois la taille d'une cerise et en plusieurs années celle d'une orange.
 - Un passage lymphatique doit exister et expliquerait la localisation pulmonaire ou inhabituelle de certains kystes sans lésions hépatique concomitantes.

B) MODE DE CONTAMINATION :



L'homme s'insère accidentellement dans ce cycle en prenant la place de l'herbivore (mouton-bœufs).

- Il contracte la maladie par ingestion des œufs selon deux modalités :

***Par voie direct** : le chien en se léchant l'anus, suit d'œufs sa langue et son pelage en faisant sa toilette et contamine l'homme en lui léchant le visage ou en se faisant caresser.

***Par voie indirect** : par l'eau de boisson, de fruits ramassés à terre et les légumes crus souillés par les œufs, la viande crue.

c) Aspects-épidémiologique :

*L'hydatidose touche surtout les bergers, les gens de meute, mais aussi les enfants qui jouent avec les chiens errants ou de compagnie.

*La prévalence humaine est d'autant + élevée que les chiens ont accès ou sont délibérément nourris par les viscères d'animaux abattus, d'où l'intérêt de les enterrer profondément avec de la chaux ou mieux de les incinérer.

*L'hydatidose touche tous âges, mais surtout l'adulte jeune (âge de découvert est de 40 ans).

*Il existe une prédominance féminine, car les femmes s'occupent + que les hommes du chapelet et de chiens.

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

D) Fréquence :

- Pays d'endémie ; Grèce, bassin méditerranéen, Amérique latine.
- (En Algérie : 8-10%)

Sexe : Variable :

En Algérie : Femme : 70% et homme 30%

Age : tout âge.

Contage : Contact avec les chiens domestiques.

Contamination :

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

III- ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Le kyste;

est entouré de trois membranes :

1-Interne : **Proligère.**

2-Moyenne : **Cuticule.**

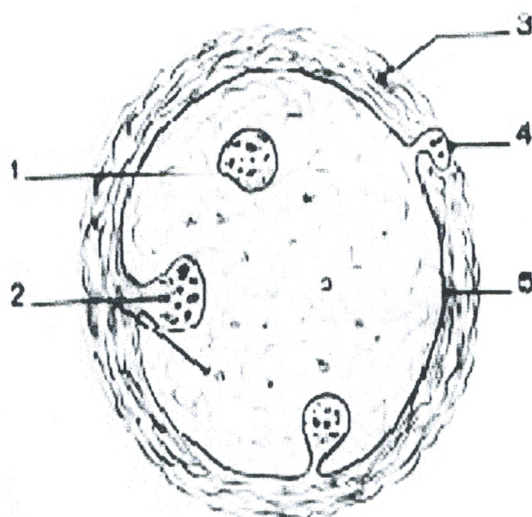
3-Externe : **Adventice ou péri kyste.**

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

*Kyste jeune ou sain.

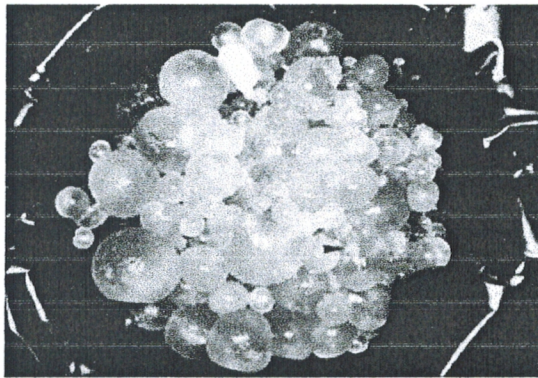
*Kyste vieilli ou malade

*Kyste involué ou calcifié.



Aspect de kyste :

- 1-Vésicule fille.
- 2- scolex.
- 3- Péri kyste.
- 4-Vésicule F exogène.
- 5-mb proligère.



Des nombreuses vésicules filles
(kyste hydatidique multi vésiculaire)

IV-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.
- Épisodes fébriles isolés.
- Poussées subictériques fugaces.
- Accidents rarissimes type urticaire (rupture dans le péritoine).

TDD : KHF non compliqué à développement antérieur ;

– **Circonstances de découverte** : le KHF est longtemps latent, le diagnostic se pose lorsqu'il existe :

- 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

- AEG plus ou moins importante
- Survenue d'une complication ;
 - Mécanique.
 - Infectieuse.
 - Ouverture.
- Alors l'ASP ou le Téléthorax ;
 - Des calcifications plus ou moins arrondies de l'aire hépatique.
 - Surélévation de l'hémi coupole diaphragmatique droite.
- Lors du bilan hépatique.
- Lors des séquelles d'intervention pour hydatidose viscérale.
- Après laparoscopie qui montre un affleurement du kyste sur la surface hépatique.

– **EXAMEN CLINIQUE :**

- La tumeur est parfois visible dès l'inspection, si elle réalise une voussure rejetant les dernières côtes qui tendent à s'horizontaliser.
- 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.
- Interrogatoire repris à la recherche de :
 - 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.
- Subictère.
- Prurit généralisé.
- Accès de fièvre isolée.

V- PARACLINIQUE :

A- Radiologie :

1-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.

2-Échographie : +++ permet de visualiser :

- Une image plus ou moins arrondie de un ou plusieurs cm.
- Le nombre et le diamètre des kystes (risque d'erreur à partir de cinq kystes).
- Le siège par rapport aux voies biliaires, VSH et VCI.
- La coque calcifiée.
- la classification de **GHARBI** (1985) :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">---- type I : image liquidien pure.---- type II : décollement total ou parcellaire des membranes.---- type III : présence de vésicules endo-cavitaires (aspect en « nid d'abeille »).---- type IV : lésion focale solide.---- type V : lésion calcifiée. |
|--|

- L'échographie est l'examen de première intention, le scanner est l'examen fondamental en cas de décision chirurgicale.

3-TDM : très performant ; il donne la nature, la topographie du kyste.

4-Scintigraphie : Montre :

- Une image lacunaire arrondie au sein de la masse hépatique.

5-Artériographie caeliomésentérique :

- Lacune régulière arrondie à contours circulaires, nets au temps parenchymateux.

B-Examen biologique :

* Arguments spécifiques :

-Méthode qualitative : immunoélectrophorèse (la + est défini par la présence d'arcs de précipitation (1-15). La présence de l'arc 5 affirme le dg.

-Méthode quantitative :

- Hémagglutination passive par immuno-électrophorèse, et immuno-fluorescence indirect
- Réaction de précipitation ; ELISA : qui est très spécifique surtout en utilisant la fraction 5 spécifique du KH.
- Actuellement ; immuno-électrophorèse 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.

* Arguments non spécifique:

- NFS: hyper éosinophilie.
- Test de Casoni positive.

DIAGNOSTIC POSITIF :

- Contexte épidémiologique.
- Examen clinique.
- Examen radiologique : ASP, échographie, TDM et artériographie.
- Examen d'immunoélectrophorèse et réaction d'immunoprécipitation.

VI- FORMES CLINIQUES :

1-Formes compliquées : déjà citées.

2-Formes topographiques :

a- Kyste à développement supérieur : symptomatologie entièrement thoracique révélé par :

- Une douleur de la base droite irradiant vers l'épaule.
- Syndrome pleural de la base droite avec matité franche, abolition des MV et frottement pleural.

- Parfois épanchement particulier par la limite de la matité qui est convexe.

La complication qui peut survenir est la rupture dans la plèvre et dans les branches.

b- Kyste à développement inférieur et postérieur: Se traduit par une tumeur abdominale ou lombaire donnant le contact lombaire.

UIV : rein normal.

Ce sont les investigations hépatiques qui donnent le diagnostic positif.

L'extension de ces kystes entraîne de compressions de la VP, de la VBP ou de la VCI.

Importance de la phlébographie cavo-sus-hépatique.

c- Kyste centrohépatique : Pose le problème diagnostique d'un gros foie isolé, l'échographie, l'artériographie et la TDM permettent de faire le diagnostic positif. La situation proche de ces kystes expose à la compression des pédicules importants, source d'atrophie segmentaire ou lobaire.

d- Kystes multiples : Loin d'être, tantôt groupés peuvent détruire un lobe ou un hémi-foie, tantôt disséminés dans les deux lobes hépatiques, le traitement doit porter sur tous ces kystes et ne pas les méconnaître d'où l'intérêt de l'échographie préopératoire.

3-Formes associées :

- A un autre kyste ; KHP le plus souvent, parfois rate, rein.
- A une lithiase vésiculaire ; sans aucun lien pathogénique avec le KHF.
- Lithiase vésiculaire para hydatique ; le kyste ayant des rapports évidents avec les voies biliaires.
- Lithiase vésiculaire hydatique : Caractérisée par la présence au centre du calcul d'un noyau parasitaire, avec deux formes :
 - LV découverte lors d'un examen radiologique.
 - LVBP avec syndrome rétentionnelle d'où chirurgie.

VII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : Trois ordres de problème :

1- Affirmer l'origine hépatique d'une tumeur, c'est-à-dire éliminer selon la localisation ; grosse vésicule, gros rein, une tumeur colique, une tumeur gastrique ou une grosse rate.

2- Éliminer les autres tumeurs du foie ; grâce aux données des examens complémentaires :
 -Tumeurs malignes ; hyper vascularisée à l'artériographie, il est plus difficile d'éliminer un cancer hépatique dans sa forme kystique pure d'où rechercher les images d'anarchie vasculaire et un retour veineux précoce.

-Les abcès qui montrent une image de vide non cerné aux contours diffus avec aspect d'amputation artériolaire.

-Rectoscopie avec recherche d'amibes dans les selles, sinon traitement d'épreuve pour abcès amibien.

- Kyste non parasitaire et hématomes non enkystés ; ne s'accompagnent jamais de bandes de calcifications péri kystiques.
- Cirrhose hypertrophique.

3-*Problème de la lithiase biliaire auxquels elle s'associe et n'élimine en rien le diagnostic de KHF.*

VIII-COMPLICATIONS : Rares ; souvent révélatrice d'un KHF jusqu'à là latent.

A-RUPTURE :

-Dans les voies biliaires ; Fréquente dans **12-30%** des cas.

-RUPTURE INTRAPERITONEALE : C'est la complication la plus fréquente du KHF siégeant à la face inférieure du foie.

-RUPTURE INTRA-VISCERALES :

-RUPTURE INTRA-VASCULAIRE :

-RUPTURE PHRENO-THORACIQUE :

-RUPTURE PERICARDIQUE : Exceptionnelle, rapidement mortelle.

B-COMPRESSIONS :

Développement du kyste comprime progressivement :

- les voies biliaires.
- vaisseaux sanguins (VP, VCI et VSH) au niveau du parenchyme ou du
- pédicule hépatique.

1-Compression des voies biliaires :

- Ictère rétionnelle plus ou moins fébrile.
- Masse de l'hypochondre droit douloureuse.

Il se pose le problème avec les autres rétentions biliaires d'où l'intérêt de l'A S P, TOGD, endoscopie ou CPRE.

L'ictère se complique d'angiocholite.

***Compression de la VP :**

°Hépatomégalie avec ascite.

°Diagnostic différentiel : *Cirrhose.

*Néoplasie du foie Pyléphlébite.

***Compression de l'artère hépatique** : Classiquement il y a une nécrose du territoire hépatique

***Compression des VSH** : avec syndrome de **Budd Chiari**.

- Cirrhose hypertrophique – Œdème et HTP.

2-Compression des canaux biliaires et des gros vaisseaux intra-hépatiques : Beaucoup plus fréquente, entraînant l'atrophie d'un territoire hépatique plus ou moins étendu voire un bloc entier du foie n'entraînant que peu de modifications fonctionnelles du foie.

- Exploration : Radiographie et scintigraphie.

3-Compression de l'estomac : intérêt du TOGD.

4-Compression du diaphragme : avec des signes pulmonaires de la base droite.

5-Compression de la surrénale : avec HTA.

C-SUPPURATION : Succèdent toujours à une fissuration biliaire ; compliquant 80% des kystes dépassant 500 cc avec des aspects cliniques variés :

1-Suppuration torpide :

- Etat subfébrile.
- Sensibilité douloureuse de la tumeur hépatique.

2- Pyopneumopéritoine:

- Accentuation de la douleur.
- Apparition d'une zone de sonorité interhépatico-diaphragmatique.
- RX : Image hydroaérique sous-diaphragmatique parfois image ondulée par l'ombre d'une membrane hydatique.

3- Suppuration subaiguë : Douleur, accès fébriles et gros foie douloureux.

4- Suppuration suraiguë : abcès du foie.

IX- TRAITEMENT:

A- Médical :

Parmi tout les dérivés benzimidazoles : Fluorobendazole, Mébendazole, albendazol ; réservé aux hydatidoses péritonéale et aux formes disséminées.

Actuellement seul l'albendazol donne un taux de repense de 75 .Ce médicament pris à la dose de 10-12 mg/Kg en 2 prises La durées optimale de traitement doit être de 3-4 cures de 28j séparé par des intervalles libres de 14 j.

Contre indication :

au cour de premier trimestre d'une grossesse (R tératogène) et au cours des affection chronique du foie.

Les effets secondaires : SONT :

- Hépatite toxique 15/100 : arrêt de traitement.
- neutropenie 1, 2/100 : l'hémogramme.
- Alopécie 3/100.

B- Traitement percutané : (PAIR) :

La méthode de ponction, aspiration, injection, réaspiration (PAIR) permet :

- *D'inactiver le parasite
- *L'évacuer le contenu de kyste
- *De détruire la membrane prolifère
- *D'obtenir l'oblitération de la cavité résiduelle

1- La ponction : est réalisé sous contrôle échographique elle décomprime le kyste et permet la mise en place d'un cathéter pour l'aspiration.

2- L'aspiration : immédiate de 15-20 ml de liquide hydatique clair contenant un sédiment crayeux confirme le diagnostic.

L'aspiration d'un liquide teinté de bile confirme la présence de fistule kysto-biliaire qui contre indique la poursuite de la procédure. En l'absence de bile l'aspiration complète du kyste est effectuée.

3- L'injection : de scolocide (SSH à 20- alcool à 95) pendant 10-20 minutes permet de détruire la membrane prolifère et les vésicules filles.

4- La réaspiration de toute la solution scolocidique s'effectuée sous échographique et un drain est laissé en place si le kyste est + de 6 cm.

- Le malade reçoit de l'albendazol 4heures avant la ponction et poursuivi pendant 2-4 semaines ensuite.

*Risque :

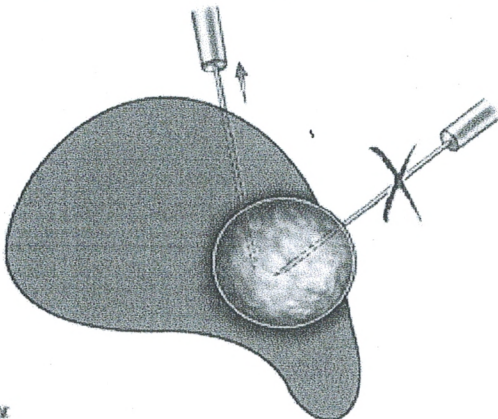
- *Choc anaphylactique.
- *Hémorragie.
- *Fistule biliaire.
- *Cholangite sclérosantes.
- *Dissémination extra hépatique.
- *Infection.

*Efficacité : 73-87 /100.

*Indication : les kystes accessibles non compliqués présentant une composante liquidienne prédominante.

- PAIR doit se faire à travers une épaisseur de parenchyme hépatique sain le plus grande.

Pour éviter la fuite de protoscolex (prévention des récives) &^{zz}&&&



C- Chirurgical : L'indication opératoire est formelle ;

- Respecter les petits kystes calcifiés à sérologie négative.
- L'intervention est toujours précédée d'une préparation soigneuse.
- Réanimation hydro électrolytique, sanguine, protidique et calorique.
- Médication hépato- protectrice : Vitamine K.

- Buts :

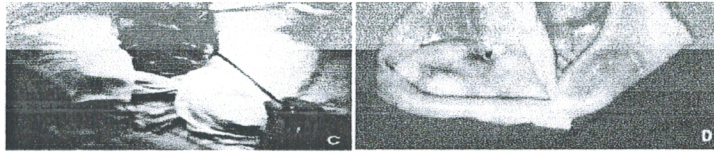
- *Évacuation totale du parasite.*
- *Traitement de la cavité résiduelle ainsi créée.*
- *Vérification de l'intégrité, perméabilité et vacuité des voies biliaires.*
- *Traitement des lésions associées et des complications.*

- Voie d'abord :

- **LMSO** : peut être complétée par une section du ligament rond et du ligament suspenseur du foie. (expose parfaitement les kystes hydatiques du foie gauche).
- **La thoraco- Phréno-laparotomie droite** : elle est mutilante et d'indication exceptionnelle. (gros khf à développement postérieur).
 - Pour les kystes du dôme
 - Inconvénients : délabrant, lente à l'ouverture et la fermeture.
- **Sous-costale droite** : de + en+utilisé, elle offre une excellente exposition de foie.

- Technique :

- Stérilisation.
- Protection des champs opératoires par un produit parasiticide (eau oxygénée, SSH ou Formol à 2%).
- Ponction du kyste au point d'affleurement cortical avec un trocart de LEUGEU puis aspiration.
- Noter l'état du liquide ; eau de roche, bilieux ou purulent.
- Injection de produit scolicide en évitant le formol vue le risque de Cholangite sclérosante.



-Traitement de la cavité résiduelle : (péri kyste)

– **A- Méthodes conservatrices :**

- **1-Marsipualisation** : Mise en contact de la cavité traitée avec l'extérieur, Simple et rapide elle est abandonnée.

*Indication: sujet âgé, état général précaire inconvénients :

- ❖ *Cholérragie.*
- ❖ *Infection de la cavité.*
- ❖ *Séjour postopératoire long.*
- ❖ *Néglige les fistules kysto-biliaires.*

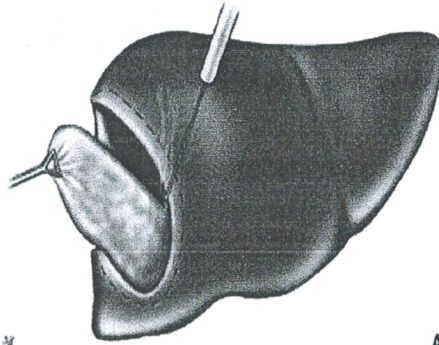
- **2-Réduction simple DU DOME SAILLANT ou fermeture sans drainage ; méthode de Posada :**

- ❖ On suture les bords encore souples de la brèche aussi hermétiquement que possible.
- ❖ Avantages : facile, rapide, réduisant, s'applique aux kystes uni vésiculaires.
- ❖ Inconvénients : poche rétentionnelle avec risque d'infection qui nécessitera un drainage secondaire.

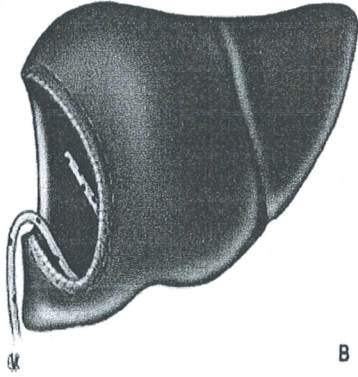
*Indication : petit kyste jeune, uni vésiculaire, et sans fistule biliaire surtout chez l'enfant.

3-Résection du dôme saillant : intervention de LAGROT :

- ❖ Consiste à réséquer la portion extériorisée du kyste à la limite du parenchyme sain.
- ❖ la berge est ourlée soit à points séparés soit par un surjet pour assurer l'hémostase, associée à un drainage de la cavité.
- ❖ Certaines manœuvres complémentaires sont nécessaires :
- ❖ Suture des fistules par voie endokystique réservée aux fistules de types terminales
- ❖ Epiploplastie comblant la cavité en épongeant les suffusions hémorragiques : comblement de la cavité à la GOINARD.
- ❖ Tunnelisation à la GUEDJ : La résection du dôme saillant est l'équivalent d'une périkystectomie partielle ; véritable mise à plat de la cavité résiduelle nécessitant une hémostase soigneuse des bords de la tranche de section et vérification précise des fistules biliaires.
- ❖ Avantages : facile, rapide, bénigne si bonne hémostase
- ❖ Inconvénients : Ne peut être appliqué à tous les kystes.



– La résection de dôme saillant ^M



^B Drainage par un drain de REDON

– 4- Péricysto- jéjunostomie : Indiquée :

- ❖ Quand il existe un doute de la septicité du contenu et en particulier sur la fistulisation biliaire.
- ❖ Elle consiste en une résection de la calotte avec anastomose d'un kyste avec le tube digestif par une anse montée en Y.
- ❖ Éviter les déperditions biliaires.
- ❖ Réalisable à chaque fois que la suture est possible mais la calcification ne le permet pas toujours.

– 5-Péricysto duodénostomie : Réservée aux kystes de la face inférieure droite ; les anastomoses kysto-digestives exposent aux accès fébriles et parfois aux chocs anaphylactiques.

– B-Méthodes radicales :

- Elles permettent à la fois de traiter la totalité de la cavité résiduelle et d'assurer une biliostase parfaite.

– Péricystectomie :

- ❖ *A kyste fermé* ; kyste appendu à la face inférieure du foie qu'on coupe à son point d'attache.

- ❖ *A kyste ouvert* ; Grâce à certaines délaminations adventitielle, à condition de rester au contact des lamelles infiltrées, en cheminant au contact du péri kyste et en faisant progressivement la section sur double ligature des vaisseaux et canalicules biliaires et en assurant l'hémostase : Péríkystectomie totale. Cependant devant certains risques à proximité des vaisseaux hépatiques (VSH et hile hépatique) on est amené à laisser un fond de coquetier : Péríkystectomie subtotale. Cette technique n'exempte pas de la CPO.
- ❖ Avantages : Cure totale de la cavité résiduelle, qui favorise la cicatrisation rapide.

Inconvénients : Hémorragie.

- La Péríkystectomie PARTIELLE : elle laisse un fond de coque en place au contact des gros pédicules vasculaires pour éviter une hémorragie cataclysmique
 - Péríkysto-résection : Consiste en l'ablation d'un fragment du parenchyme hépatique sain avoisinant le kyste et dont la conservation paraît illusoire
 - Hépatectomie : peuvent aller de la résection atypique segmentaire jusqu'à l'hépatectomie exceptionnelle. Intervention satisfaisante mais avec de rares indications qui ne doivent pas être élargies.

- Le traitement selon la localisation:

A- péríkystectomie simple (pk);KH de la face inférieure de foie.

B- KH de dôme : la résection de dôme laisse une cavité résiduelle difficile à drainer donc la pk est préférable.

C- kyste latéral du foie droit: pk à kyste fermé.

D- K de bord antérieure de s IV ou périphérique de lobe G: pk simple.

E- K Centro hépatique de foie D: hépatectomie D.

F- K de la partie sup de F débordant sur le s IV : Hépatectomie après affaissement de parasite.

G-K de lobe G: lobectomie gauche.

H- Volumineux kyste central du segment IV écartelant la bifurcation portale et le confluent biliaire supérieur. Ce type de kyste peut être ouvert à la fois dans les canaux droits et gauche. Une hépatectomie gauche laissant une pastille de péri kyste sur le pédicule portal droit peut être choisie.

C- Traitement par laparoscopie :

Principe :

La laparoscopie a été récemment proposée pour réaliser l'évacuation du parasite et la résection du dôme saillant sans incision abdominale.

Avantages et inconvénients :

- Ces techniques sont récentes et ont été utilisées chez peu de patients.
- Le but est d'offrir une guérison de la maladie parasitaire avec une qualité identique à la laparotomie, en diminuant la durée d'hospitalisation, la pénibilité des suites opératoires et la durée de l'incapacité socioprofessionnelle. L'expérience de ce traitement est encore trop précoce pour en apprécier les avantages et inconvénients potentiels et particulièrement le risque de dissémination péritonéale. Cependant, une place importante sera vraisemblablement accordée à cette technique
- Relativement simple. Elle devrait être réservée aux kystes jeunes, uniloculaires, non calcifiés, dont la cavité peut s'affaisser facilement et qui ne communiquent pas avec une large voie biliaire. La découverte pendant l'exploration endokystique d'une large communication biliaire indique une conversion et le choix d'un autre procédé thérapeutique.

X- RESULTATS :

- Mortalité opératoire : 5-13%.

- Complications :

*Hémorragiques ; rares sauf en cas de périkystectomie.

*Biliaires : Surtout troubles hydro- électrolytiques, infection, ictère, angiocholite ou oddite.

*Ictère postopératoire : obstruction par migration de débris parasitaires qui donnent des poussées d'angiocholite et d'oddite.

*Suppuration des cavités résiduelles.

- Récidives : Dues le plus souvent à des kystes passés inaperçus lors de la première intervention. Le diagnostic est biologique ; permet de préciser s'il s'agit d'un kyste passé inaperçu ou d'une évacuation incomplète d'un kyste opéré après 6-12 mois.
 - La sérologie se négative après 2-3 mois elle va se prépositive.

XI- PROPHYLAXIE :

- Surveillance des moutons infectés et leurs abats.
- Abattage des chiens errants.
- Vermifuges domestiques des chiens tous les 6 mois Seule la prophylaxie est le moyen de lutte contre le KHF.
- Le traitement médical garde certaines indications dans les zones d'endémie massive et rupture intra péritonéale.

Etude statistique :

III.Materiel et méthode :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective effectuée sur 61 patients hospitalisés dans le service de chirurgie général B du centre hospitalier universitaire Tlemcen du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009. Les dossiers médicaux avec une observation médicale comportant ;

les antécédents du patient, les examens paracliniques ont été analysés

Nous avons étudié dans ce travail les paramètres suivants: l'âge, le sexe, les manifestations cliniques et même la répartition de kyste hydatique du foie en fonction du temps et de lieu d'habitation....

IV.RESULTAT :

Au cours de ce travail, nous avons dénombré 61 cas de kyste hydatique du foie.

L'âge de nos patients varie de 15 à 85 ans avec une moyenne de 50 ans

Le sexe féminin représente 73% de notre recrutement (Tableau II).

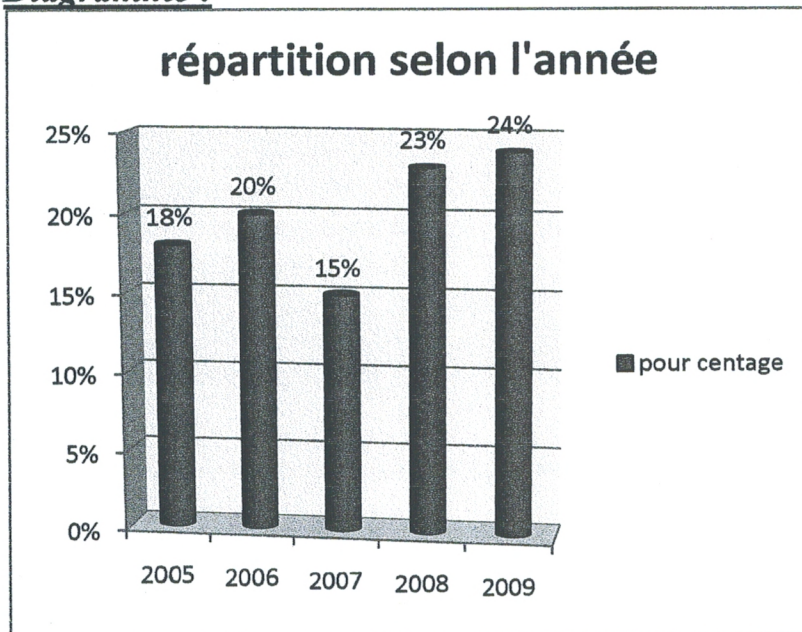
A propos d'une série de 61 cas allant de 2005 au 2009.

I-Répartition selon l'année :

Tableau représentatif:

Année	2005	2006	2007	2008	2009
nombre de cas	11	12	9	14	15
%	18	20	15	23	24

Diagramme :



II-Répartition selon le sexe :

Tableau représentatif :

saxe	féminin	Masculin
nombre de cas	41	20
%	67	33

Diagramme :



il ya une nette prédominance féminine de la fréquence de kyste hydatique du foie.

Conclusion :

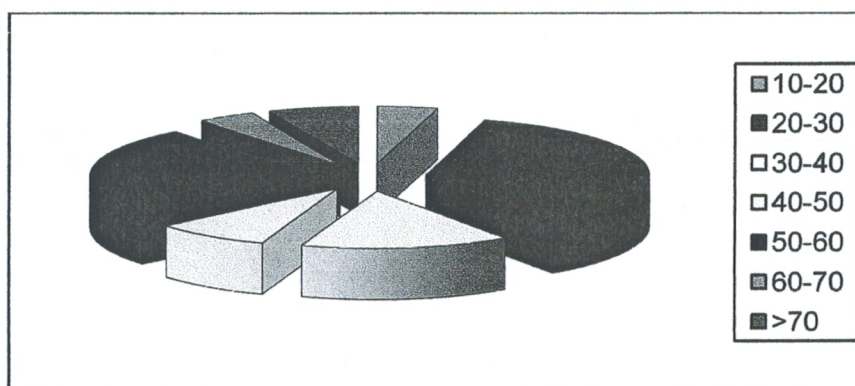
Plus de 50% des malades sont des femmes.

III. REPARTITION SELON L'ÂGE :

Tableau représentatif :

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
10-20	2	4%
20-30	21	34%
30-40	12	34%
40-50	5	10%
50-60	16	26%
60-70	2	4%
>70	3	6%
Total	61	100%

Secteurs :



L'âge
moyen est
de **39ans.**

Conclusion :

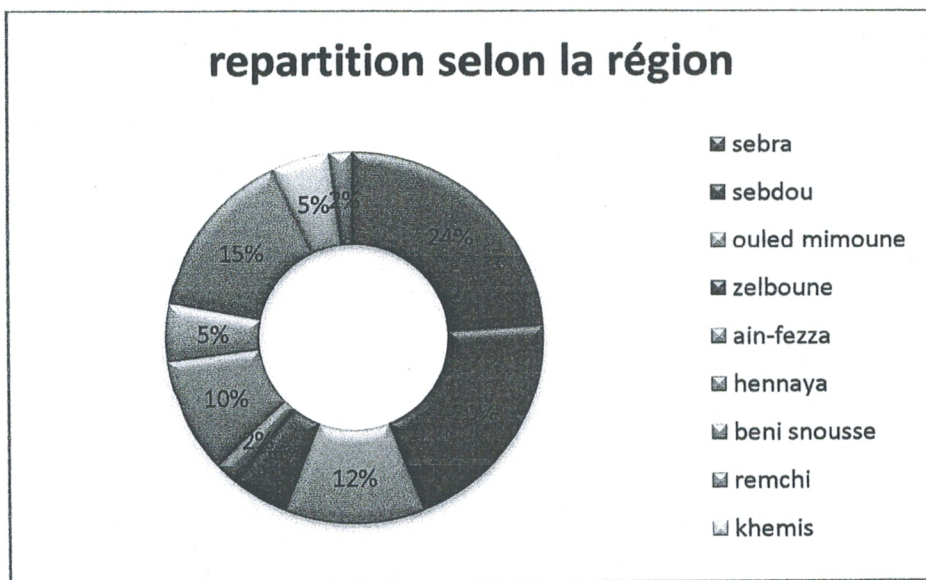
On constate que la tranche d'âge de 20-30 ans est la plus touchée avec un pourcentage de 34%, puis vient la tranche d'âge de 50-60 ans avec un pourcentage de 24%.

IV-Répartition selon la région :

Tableau représentatif :

Région	nombre de cas	%
sebra	10	24
sebdou	8	20
ouled mimoune	5	12
zelboune	2	5
ain-fezza	1	2
hennaya	4	10
beni snousse	2	5
remchi	6	15
Khemis	2	5
Terni	1	2

Diagramme :



Conclusion :

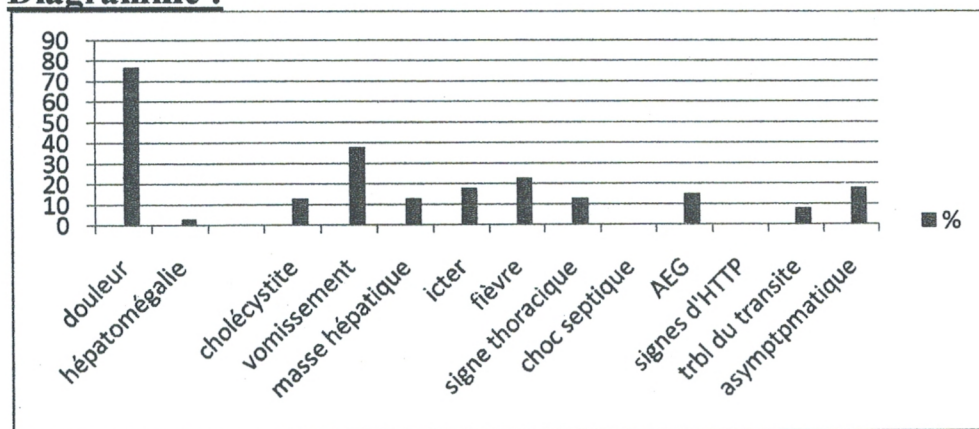
Il n'y a pas une localisation géographique bien précise de kyste hydatique du foie.

V-Répartition selon la clinique :

Tableau représentatif :

signe clinique	nombre de cas	%
douleur	47	77
Hépatomégalie	2	3
cholécystite	8	13
Vomissement	23	38
masse hépatique	8	13
ictère	11	18
fièvre	14	23
signe thoracique	8	13
choc septique	0	0
AEG	9	15
signes d'http	0	0
trouble du transit	5	8
Asymptomatique	11	18
nombre de malades	61cas	

Diagramme :



Conclusion :

Les symptômes sont les douleurs hépatobiliaires avec hépatomégalie tumorale, un subictère, un état subfébrile et des signes d'accompagnements : Nausées, vomissement et troubles de transit.

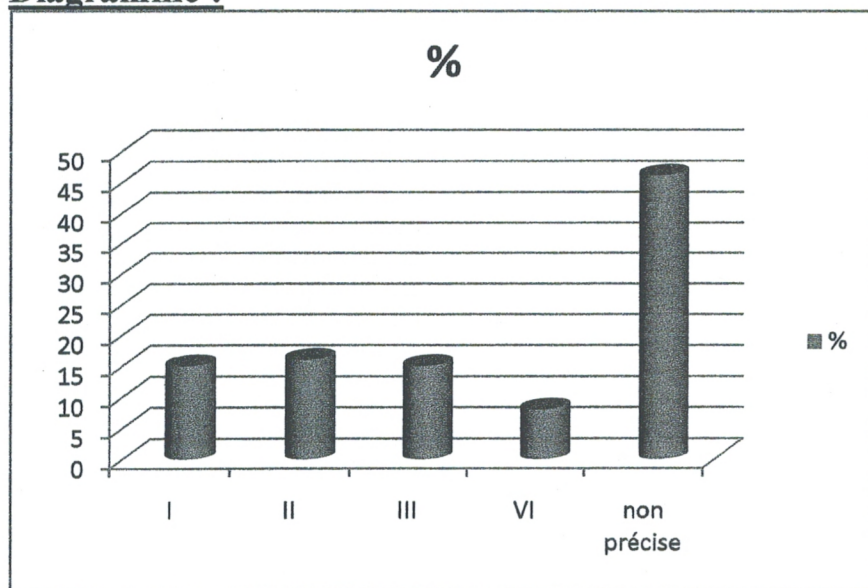
VI-Diagnostic radiologique :

Echographie : classification de GHERBI :

Tableau représentatif :

type	nombre de cas	%
I	9	15
II	10	16
III	9	15
VI	5	8
non précise	28	46
totale	61	

Diagramme :



VI-SEROLOGIE :

<i>Sérologie non faite</i>	37cas	61%
<i>Sérologie faite</i>	24cas	39%
		Positive : 16cas 67%
		Négative : 8cas 33%

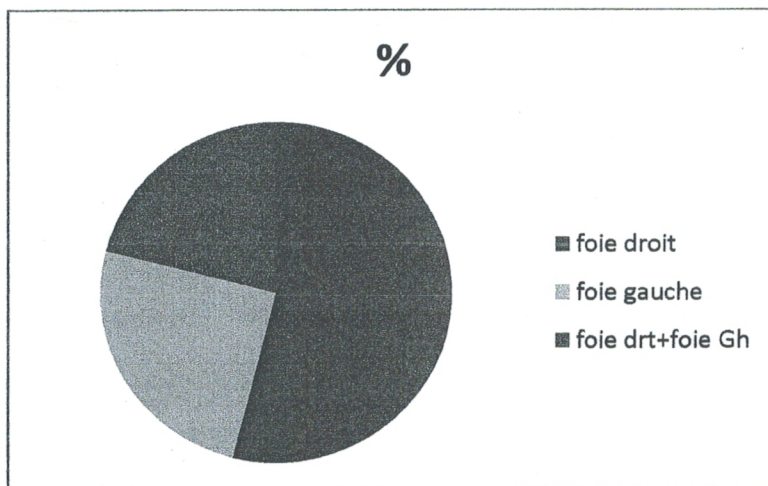
Contradiction :

La sérologie faite dans 39% est négative dans 33%.

VII-aspect anatomopathologie :

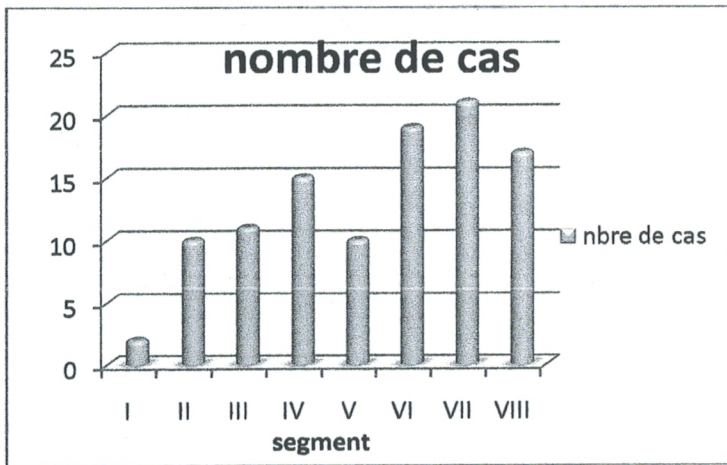
1) le siège :

siège	nombre de cas	%
foie droit	33	54
foie gauche	15	25
foie drt+foie Gh	13	21
nombre des malades	61	



2-topographie :

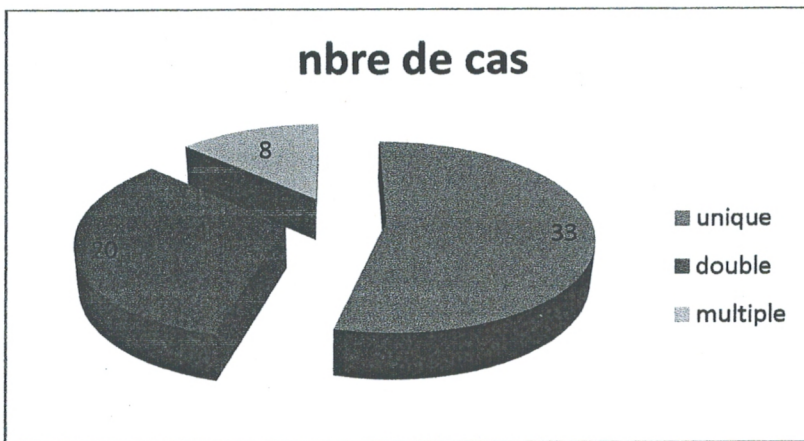
segment	nombre de cas	%
I	2	3
II	10	16,4
III	11	18
IV	15	24,6
V	10	16,4
VI	19	31
VII	21	34
VIII	17	28



3-nombre :

Tableau représentatif :

nombre de kyste	nombre de cas	%
unique	33	54
double	20	33
multiple	8	13

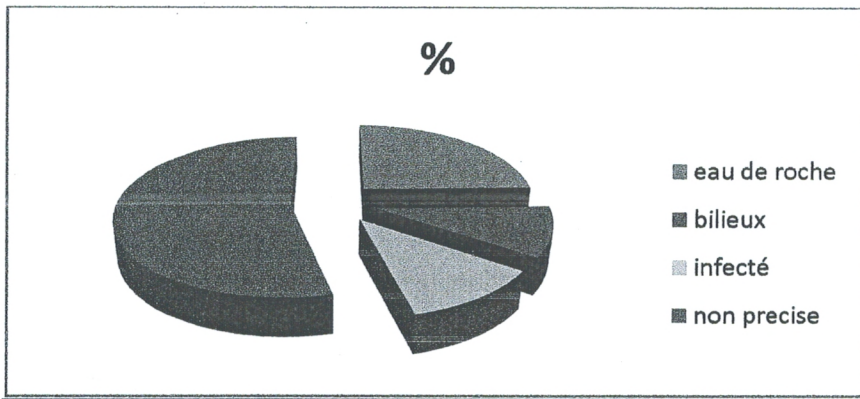


4-aspect du liquide :

Tableau représentatif :

liquide	nombre de cas	%
eau de roche	15	24,6
bilieux	6	10
infecté	7	11,5
non précise	33	54

Diagramme :

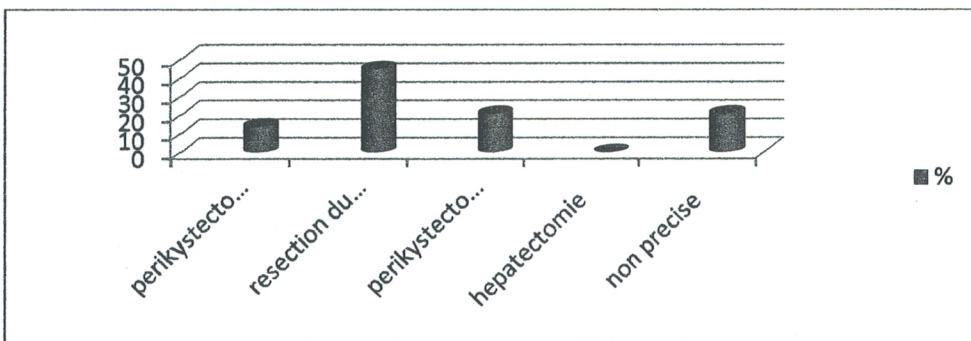


VIII) Traitement chirurgical du kyste :

1) traitement du péri kyste :

Tableau représentatif :

trt de perikyste	nombre de cas	%
perikystectomie partielle	8	13,8
résection du dôme saillant	26	44,82
perikystectomie total	12	20,69
Hépatectomie	0	0
non précise	12	20,69

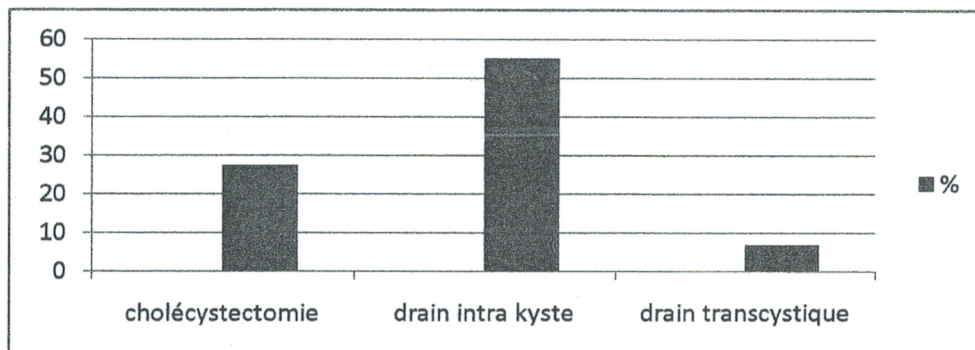


2) gestes effectués sur les voies biliaires :

Tableau représentatif :

Les gestes	nombre de cas	%
Cholécystectomie	16	27,6
drain intra kystique	32	55,17
drain transcystique	4	7

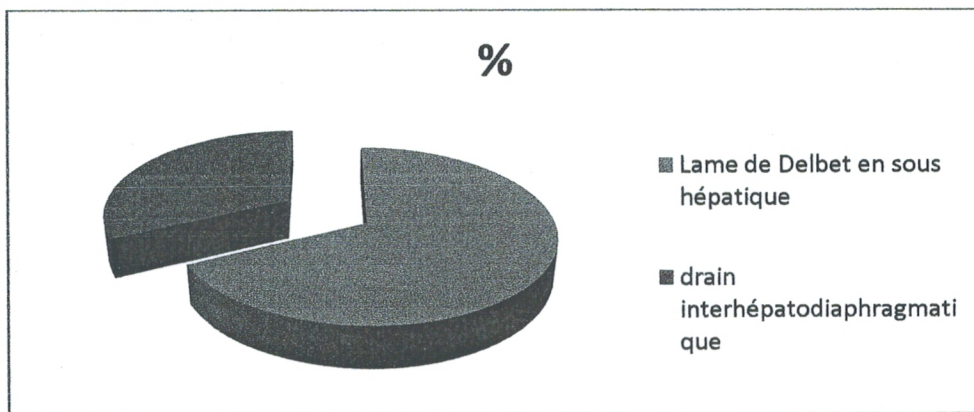
Diagramme :



3) drainage :

	nombre de cas	%
Lame de Delbet en sous hépatique	23	40
drain inter-hépatodiaphragmatique	11	19

Diagramme



IX) mortalité et morbidité :

1) mortalité :

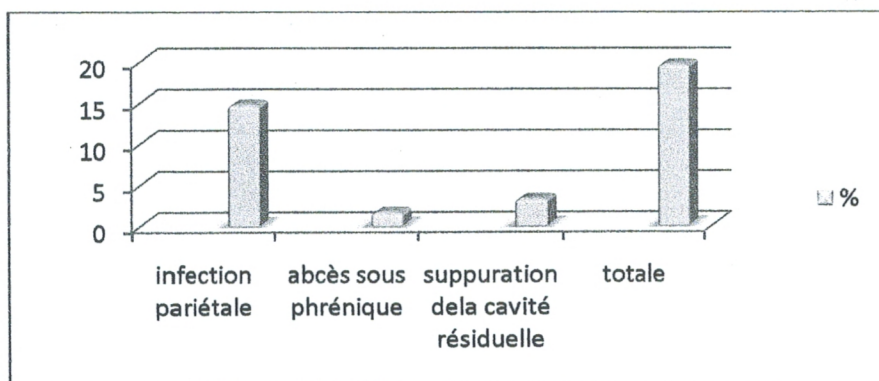
Aucun cas de mortalité n'a été signalé concernant les malades opérés pour kyste hydatique du foie durant la période allant de 2005 au 2009.

2) morbidité :

Tableau représentatif :

complication postopératoire	reprise chirurgicale	nombre de cas	%
infection pariétale	/	9	14,75
abcès sous phrénique	1	1	1,64
suppuration de la cavité résiduelle	/	2	3,28
Totale	/	12	19,67

Diagramme :



DISCUSSION-COMMENTAIRES :

- 1.** la majorité des malades sont des femmes.
- 2.** l'âge moyen est de 40 ans.
- 3.** il découle de ces études que les KHF sont admis dans grande majorité des cas au stade de complications, qui sont dominées par les fistules biliaires et l'infection.
- 4.** Et que ce sont les KHF déjà compliqués qui posent le plus souvent de problèmes postopératoires.
- 5.** il faut diagnostiquer la lésion à un stade précoce ou le simple traitement conservateur peut être instauré avec succès.
- 6.** le traitement de la cavité résiduelle était conservateur dans la majorité des cas : résection du dôme saillant (56% à 88%).
- 7.** la morbidité est acceptable dans notre service 19%.
- 8.** les complications postopératoires sont dominées par : la suppuration de cavité résiduelle, abcès sous phrénique, et les fistules biliaires externes.
- 9.** l'analyse multivariée n'a permis de retenir comme facteurs prédictifs de la survenue de complications que le sexe masculin, les kystes des segments VII et VIII, mais surtout la présence des fistules bilio-kystiques.
- 10.** la durée moyenne d'hospitalisation est acceptable dans notre service : 20J pour 19 J.
- 11.** la taux de mortalité par KHF est minime dans notre service 2%.

CONCLUSION :

Le kyste hydatique est une parasitose qui sévit à l'état endémique dans plusieurs pays d'Amérique Latine, d'Europe de l'Est, du Moyen-Orient et du Bassin méditerranéen, d'Asie de l'Est et en Australie.

Il peut toucher tous les viscères mais la localisation hépatique est la plus fréquente.

Le traitement du kyste hydatique du foie (KHF) faisait appel essentiellement à la chirurgie. Actuellement et avec le développement de l'imagerie médicale, le traitement percutané est de plus en plus réalisé.

L'objectif de cette mise au point est de préciser les indications, les techniques et les résultats du traitement percutané du KHF.

La ponction des KHF était longtemps considérée comme une contre-indication, vu le risque de choc anaphylactique et de dissémination intrapéritonéale.

Cependant, dès le début des années 1980, plusieurs auteurs ont ponctionné des KHF d'abord accidentellement puis délibérément. C'est en 1983 que **Fornage** a rapporté une observation de ponction accidentelle d'un KHF. **Mueller et al.**, en 1985, ont décrit pour la première fois le traitement avec succès d'un KHF par drainage percutané.

L'apport de l'imagerie est considérable dans le diagnostic du KHF et surtout dans la prise en charge thérapeutique. L'échographie reste le moyen d'imagerie le plus utilisé aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement. La tomodensitométrie peut être demandée si l'aspect n'est pas typique et dans les formes compliquées. Plusieurs classifications sont décrites, celle de **Gharbi** reste la plus utilisée.

remerciements

Ce travail aussi modeste soit-il et pour aussi incomplet qu'il peut paraître, Ne nous a été rendu possible que grâce aux orientations éclairées du chef de service le professeur *kherbough* et doctor *bendimered*.

Nous lui exprimons notre profonde gratitude pour son encadrement de qualité et pour ses conseils judicieux et avisés.

Pour cela, nous le remercions vivement et l'assurons de notre parfaite considération.

Nous tenons à remercier, enfin, les maîtres assistants, et les résidents pour leur aide et la mise à notre disposition de la documentation.

Enfin, nous n'oublions pas d'adresser un remerciement bien amical à tous nos confrères, ainsi qu'à tout le personnel paramédical.

dedicaces

A nos *parents*,

A nos frères et sœurs,

A nos amis,

A tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin,

Nous dédions cet ouvrage en guise de remerciements.