

Le kyste hydatique du foie (KHF)

I- INTRODUCTION :

C'est une maladie parasitaire très fréquente en Algérie liée au développement dans le foie de la larve du ténia échinocoque. Son diagnostic repose surtout sur l'échographie.

L'infection du kyste et son ouverture dans les voies biliaires sont les complications les plus fréquentes et potentiellement mortelles.

Le traitement est chirurgical et le pronostic habituellement favorable.

II- EPIDEMIOLOGIE :

A) Descriptive :

1/ âge et sexe : le KHF se voit à tout âge et dans les deux sexes, en Algérie l'âge moyen de survenue est de 40 ans avec une légère prédominance masculine.

2/ sujets exposés : ce sont les personnes vivant en milieu rural au contact avec les chiens et les moutons : agriculteurs, bergers, vétérinaires, bouchers.

3/ le KHF sévit à l'état endémique au Maghreb dans le bassin méditerranéen, en Arabie saoudite en Amérique du sud et en Australie.

B) Analytique

Le ténia échinocoque ou *ecchinococcus granulosus* est un parasite de la famille des helminthes ou « vers » de 3 mm de long qui vit dans l'intestin du chien accroché à la muqueuse intestinale par ses ventouses et ses crochets.

Le chien est l'hôte définitif du parasite, régulièrement le parasite pond des œufs qui sortent avec les selles du chien pour souiller l'eau et les herbes.

Le mouton hôte intermédiaire se contamine en ingérant les œufs qui souillent l'eau et les pâturages, l'œuf libère dans l'intestin du mouton un embryon qui traverse la paroi de l'intestin pour rejoindre la veine porte jusqu'au foie où il se fixe et se transforme en larve appelée kyste hydatique.

Si le parasite dépasse le filtre hépatique il peut aller se fixer dans le poumon donnant un kyste hydatique du poumon voire dans n'importe quel tissu de l'organisme.

La larve ou kyste bourgeonne des vésicules filles contenant des scolex, chaque scolex peut donner un ténia s'il est ingéré par un chien.

Le chien se contamine en mangeant les abats et les restes de moutons infestés de kystes et jetés dans la nature, c'est ainsi que le cycle est bouclé.

L'homme est un hôte accidentel qui se contamine comme le mouton au contact du chien soit en ingérant de l'eau sale ou des légumes souillés par les déjections du chien soit même en caressant les chiens dont les poils et la bouche peuvent contenir des œufs.

(L'homme ne peut être contaminé en ingérant le foie malade du mouton).

Les œufs ingérés par l'homme vont également libérer l'embryon qui va donner un kyste du foie.

L'homme est une impasse parasitaire.

III- ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

A) Le kyste :

Unique ou multiple, de taille variable

Il est formé de trois couches, les deux plus internes appartiennent au parasite et la couche externe appartient à l'hôte.

On distingue de l'intérieur vers l'extérieur :

a) La membrane prolifère : c'est une membrane blanc jaunâtre qui bourgeonne des vésicules filles de taille variable à l'intérieur desquelles il existe du liquide hydatique et des scolex.

b) La cuticule : c'est une membrane feuilletée, anhiste qui sert à la nutrition du kyste.

c) L'adventice ou péri kyste : elle appartient au foie : c'est du tissu hépatique refoulé par l'augmentation de volume du kyste ce tissu est écrasé, laminé, fibrosé et calcifié

d) Le contenu du kyste.

- Lorsqu'il est jeune il contient un liquide transparent comme de l'eau
- Lorsqu'il est fissuré dans les voies biliaires son contenu est verdâtre ou brunâtre.
- Lorsqu'il est infecté son contenu est purulent.
- Lorsqu'il est en involution ou mort son contenu est blanc mastic

e) évolution :

Le kyste initialement de quelques dixièmes de millimètres va augmenter de taille pouvant atteindre 30 cm et détruire le foie. Au cours de son développement il crée des lésions associées.

B) les lésions associées

1/ Foie :

- Le kyste va éroder des canaux biliaires entraînant d'abord une fissuration qui permet le passage de bile dans le kyste et de liquide hydatique dans les voies biliaires, le kyste devient biliopurulent.
- Le kyste peut s'ouvrir dans les voies biliaires à travers une large fistule bilio-kystique > 5mm, Il y a passage de débris de membranes et de vésicules filles qui vont obstruer le cholédoque et dilater les voies biliaires. - Il peut écraser les veines portales ou les veines sus hépatiques voire la veine cave.

2/ Autres

- Ouverture dans les bronches pulmonaires : c'est l'apanage des kystes hydatiques du dôme du foie qui sont au contact avec le diaphragme. Le kyste infecté va éroder le diaphragme puis la plèvre pour s'ouvrir dans une bronche. Il en résulte une fistule kysto-bronchique.
- Ouverture dans la plèvre : plus rare.
- Rupture dans le péritoine :
- Hypertension portale en rapport avec une compression de la veine porte.
- Syndrome de BUDD-CHIARI par compression des veines sus hépatiques.

IV PHYSIOPATHOLOGIE :

A) L'ouverture dans les voies biliaires :

L'obstruction du cholédoque (obstacle incomplet) par des débris hydatiques entraîne une angiocholite aiguë hydatique qui se traduit par la triade classique : douleur, fièvre et ictère.

Les conséquences septiques sont identiques à celles d'un obstacle lithiasique (voir physiopathologie de la LVBP).

B) L'ouverture dans le thorax :

L'ouverture dans le thorax résulte de deux phénomènes :

- Un facteur inflammatoire par infection du kyste (fissure ou ouverture dans les VB).
- Un facteur mécanique lié à la pression négative intra thoracique, le jeu de pompe du diaphragme et la pression élevée intra kystique.

V- ETUDE CLINIQUE

A) Circonstances de découverte :

- 1/ La douleur : c'est une douleur peu intense siégeant au niveau de l'hypochondre droit, à type de pesanteur.
- 2/ Une hépatomégalie. Lorsque le kyste est antérieur il réalise une masse arrondie en verre de montre, lisse, rénitente, indolore, se prolongeant sous le rebord costal et mobile avec la respiration.
- 3/ Complication : infection, ictère, angiocholite, ouverture dans le thorax ou le péritoine...
- 4/ Fortuite : par hasard le kyste est découvert lors d'une échographie réalisée pour une autre cause.

B) Examen physique :

Il est souvent normal. Dans 10 à 20 % des cas le kyste réalise une masse palpable, arrondie en verre de montre, de consistance élastique, ferme, mobile avec la respiration et se continuant sous le rebord costal.

C) Examens complémentaires :

1/ Echographie :

C'est l'examen de première intention, elle montre le nombre de kystes, leur siège, leur aspect et les rapports du kyste. Les images échographiques varient selon l'âge du kyste, la classification internationale de GHARBI décrit 5 types :

Type 1 : image hypoéchogène avec une paroi propre et un renforcement des échos postérieurs. Cette image correspond à un kyste jeune à contenu clair.

- Type 2 : image identique à la précédente avec décollement de la membrane proligère. Elle témoigne d'une fissuration du kyste dans les voies biliaires.

- Type 3 : image hypoéchogène avec à l'intérieur des images arrondies réalisant un aspect cloisonné en nid d'abeilles ; Cette image correspond à un kyste multi-vésiculaire.

- Type 4 : image d'échogénéité hétérogène avec des zones hypo et hyper échogènes et aux limites floues. C'est un aspect pseudo tumoral.

- Type 5 : kyste calcifié en boule de billard.

(Un simple liseré calcique ne correspond pas à un stade 5).

Seuls les types 2 et 3 sont caractéristiques du kyste hydatique, les autres types peuvent faire discuter d'autres diagnostics et nécessitent souvent le recours au scanner pour confirmer le diagnostic.

2/ Le scanner :

Ce n'est pas un examen systématique, il n'est demandé que pour :

- Le type 1 : pour éliminer un kyste biliaire.

- Le type 4 : pour éliminer une tumeur du foie ou une métastase.

- Les kystes compliqués d'une ouverture thoracique.

- Les kystes avec complication vasculaire.

- Les kystes multiples pour étudier le nombre et les rapports.

3/ Les radiographies standard : radio thorax et ASP, peuvent mettre en évidence des calcifications arciformes qui correspondent à l'adventice du kyste calcifié.

4/ La biologie :

a) Immunoélectrophorèse :

C'est une méthode qualitative basée sur la diffusion des anticorps du sujet malade en présence d'antigènes hydatiques, sous l'effet d'un champ électrique. Elle est positive si l'on met en évidence l'arc 5.

b) E.L.I.S.A. :

C'est une méthode qualitative qui est positive si le malade présente un kyste hydatique.

c) Hémagglutination passive :

C'est une méthode quantitative dont les résultats s'expriment en termes de dilution : 1/56 ou 1/64 ou 1/256. Plus la dilution est importante plus la réaction est positive.

VI- FORMES CLINIQUES :

A) Formes compliquées :

1/ Infection :

C'est la complication la plus fréquente, 13% des KHF s'infectent. C'est la conséquence d'une fissuration du kyste dans les voies biliaires. L'infection entraîne une fièvre élevée à 39°-40°C, des douleurs lancinantes de l'hypochondre droit, permanentes inhibant la respiration. La palpation de l'hypochondre droit trouve une sensibilité sans défense, le signe de Murphy peut être positif et le toucher rectal est indolore.

L'échographie et le scanner montrent une image arrondie hypoéchogène hétérogène au centre et entourée d'un halo hyper échogène. C'est une urgence chirurgicale.

2/ L'ouverture dans les voies biliaires 10% des KHF :

La large fistule biliokystique provoque une angiocholite aiguë hydatique associant douleur de l'hypochondre droit, fièvre et un ictère se succédant en moins de 48 h. L'échographie objective le kyste hydatique de type 2, 3 ou 4, la fistule biliokystique et un cholédoque dilaté contenant des débris échogènes. L'existence d'un choc septique associé peut faire indiquer une sphinctérotomie endoscopique en urgence.

3/ L'ouverture dans les bronches 2% des KHF :

Elle est l'apanage des KHF du dôme du foie qui sont directement en contact avec le diaphragme. L'ouverture dans les bronches est précédée d'une phase prodromique comportant des douleurs basithoraciques à type de point de côté, une toux sèche ou des crachats muqueux.

Après ouverture la douleur persiste avec une toux productive ramenant des crachats purulents ou verdâtres bilieux c'est la biliptysie (crachats bilieux) c'est le signe pathognomonique d'une fistule bilio-bronchique.

La fièvre et la dyspnée sont présentes.

L'échographie et le scanner montrent le kyste, la fistule bilio bronchique, la rupture diaphragmatique et la cavité parenchymateuse pulmonaire appelée caverne. C'est une urgence chirurgicale.

4/ L'ouverture pleurale :

5/ L'ouverture dans le péritoine :

Elle entraîne soit une ascite hydatique, soit une hydatidose péritonéale (multiples kystes de la cavité)

6/ L'hypertension portale :

La compression de la veine porte par un volumineux kyste entraîne une HTP avec une ascite, une hépatomégalie, une circulation veineuse collatérale et des varices œsophagiennes.

7/ Le syndrome de BUDD-CHIARI :

La compression d'une ou des trois veines sus hépatique provoque le syndrome de BUDD-CHIARI associant douleurs, hépatomégalie et insuffisance hépatique.

B) Kystes multiples :

Le foie peut être le siège de dizaines de kystes rendant difficile le traitement chirurgical

C) Association KHF et localisations hydatiques extrahépatiques :

Toutes les localisations viscérales extra-hépatiques peuvent se rencontrer et doivent être recherchées de principe. Les associations les plus fréquentes sont celles avec le kyste hydatique du poumon et le kyste hydatique de la rate.

D) Le KHF calcifié et involué :

C'est une situation rare. Habituellement, il s'agit de la découverte fortuite sur la radiographie du thorax ou de l'abdomen sans préparation et au niveau de l'aire hépatique, d'une calcification arrondie, pleine et très dense dite « en boule de billard ». En pays d'endémie, cette calcification est presque toujours le témoin d'un KHF. La sérologie hydatique est négative.

Pour retenir le diagnostic de KHF involué, « mort », il est nécessaire que ces deux signes soit présents : calcification « en boule de billard » et sérologie hydatique négative.

VII- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Le diagnostic de KHF est le plus souvent simple et repose sur l'échographie et à un degré moindre sur la sérologie hydatique. Lorsque la sérologie hydatique est négative (10 % des KHF), l'aspect échographique est déterminant

A) Le KHF de type I :

Peut prêter à confusion avec un kyste biliaire. Il s'agit d'un kyste à contenu séreux qui n'occasionne le plus souvent aucune gêne et ne nécessite aucun traitement sauf dans de rares cas où il devient douloureux en raison d'une augmentation de sa taille, de la survenue d'hémorragie ou d'infection. Le kyste biliaire non compliqué réalise le même aspect échographique que le KHF de type I mais n'a pas de paroi propre (++)

B) Le KHF de type IV :

Peut prêter à confusion avec les abcès du foie à pyogènes mais ceux ci n'ont pas de paroi propre et sont souvent de contours irréguliers.

Ce type de KHF peut également réaliser le même aspect que d'autres tumeurs pleines du foie : tumeurs bénignes (angiome, adénome) ou malignes (carcinome hépatocellulaire, métastases). En cas de doute un examen TDM voire une IRM permettent habituellement de trancher.

C) Le KHF de type V :

Peut amener à discuter d'autres causes de calcifications du foie notamment les cicatrices d'hématomes ou d'abcès. Dans ce cas également, si le doute persiste, un examen TDM s'impose.

VIII- TRAITEMENT :

A) Buts :

- Éradiquer le parasite
- Traiter la cavité résiduelle
- Déconnexion des fistules

B) Méthodes :

1/ La chirurgie :

a/ Voie d'abord :

La voie d'abord habituelle du KHF est la laparotomie sous costale droite.

En cas de KHF ouvert dans le thorax, le traitement des lésions intrathoraciques irréversibles (caverne intrathoracique, ouverture en plèvre libre) nécessite une thoracotomie qui est habituellement réalisée après la laparotomie

La voie coelioscopique a été décrite mais elle expose aux récurrences.

SURVEILLANCE APRES TRAITEMENT :

- La récurrence hydatique est très variable selon les séries.
- Elle est estimée entre 2 et 10 % après chirurgie à ciel ouvert.
- Elle peut survenir même après 10 ou 15 ans.

PROPHYLAXIE :

- La maladie hydatique ne disparaîtra que grâce à des mesures prophylactiques strictes qui ne peuvent se mettre en place sans l'amélioration du niveau de vie des populations.
- Ces mesures commencent par l'éducation sanitaire des populations des zones d'endémie.
- Les chiens errants doivent être abattus et les chiens domestiques recensés et vermifugés.
- L'abattage du bétail doit subir un contrôle vétérinaire et les abats porteurs d'hydatides doivent être incinérés.
- Les parasites expulsés par les animaux doivent être détruits.
- L'éradication pourra être aidée dans l'avenir par la vaccination des hôtes intermédiaires domestiques que sont les bovins, les ovins, les caprins, les équidés, les suidés, les camélidés.
- Ce vaccin obtenu par génie génétique à partir d'une protéine spécifique de l'oncosphère est en cours d'évaluation.
- Reste le problème de sa diffusion et de son coût.

IX- CONCLUSION :

Le kyste hydatique dans les pays maghrébins est un véritable fléau social chez les populations rurales, son meilleur traitement est préventif par une éducation sur l'hygiène des mains et de l'alimentation, le contrôle de l'abattage des moutons, la désinfestation régulière des chiens de compagnie et le traitement rapide des kystes avant le stade de complications.

RECEPTION
ADAMAHIBB LA
H LAJ... (ORUJHO)
94311410213 TI