

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 – 2018

SAMEDI 12 MAI 2018

Conférence destinée aux internes

Pr D. BENAIBOUCHE
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE CHU BEO

KHF → de la forme larvaire du tænia EG du chien .

Fqce → pbleme de sante publique

Plusieurs organes :

- foie +++ 50 – 70 % (unique dte 65%)

- Poumon 20 – 30 %

- autres localisations : Rate – Rein – cœur – os – SNC

Polymorphisme clinique : asymptomatique

Evolution naturelle → complications → Pc vital → Dc + trt rapide

Complications : biliaires - thoracique

Imagerie +++ (échographie +++ , TDM ,IRM)→ DC

Complications : biliaires - thoracique

Imagerie +++ (échographie +++ , TDM ,IRM) → DC

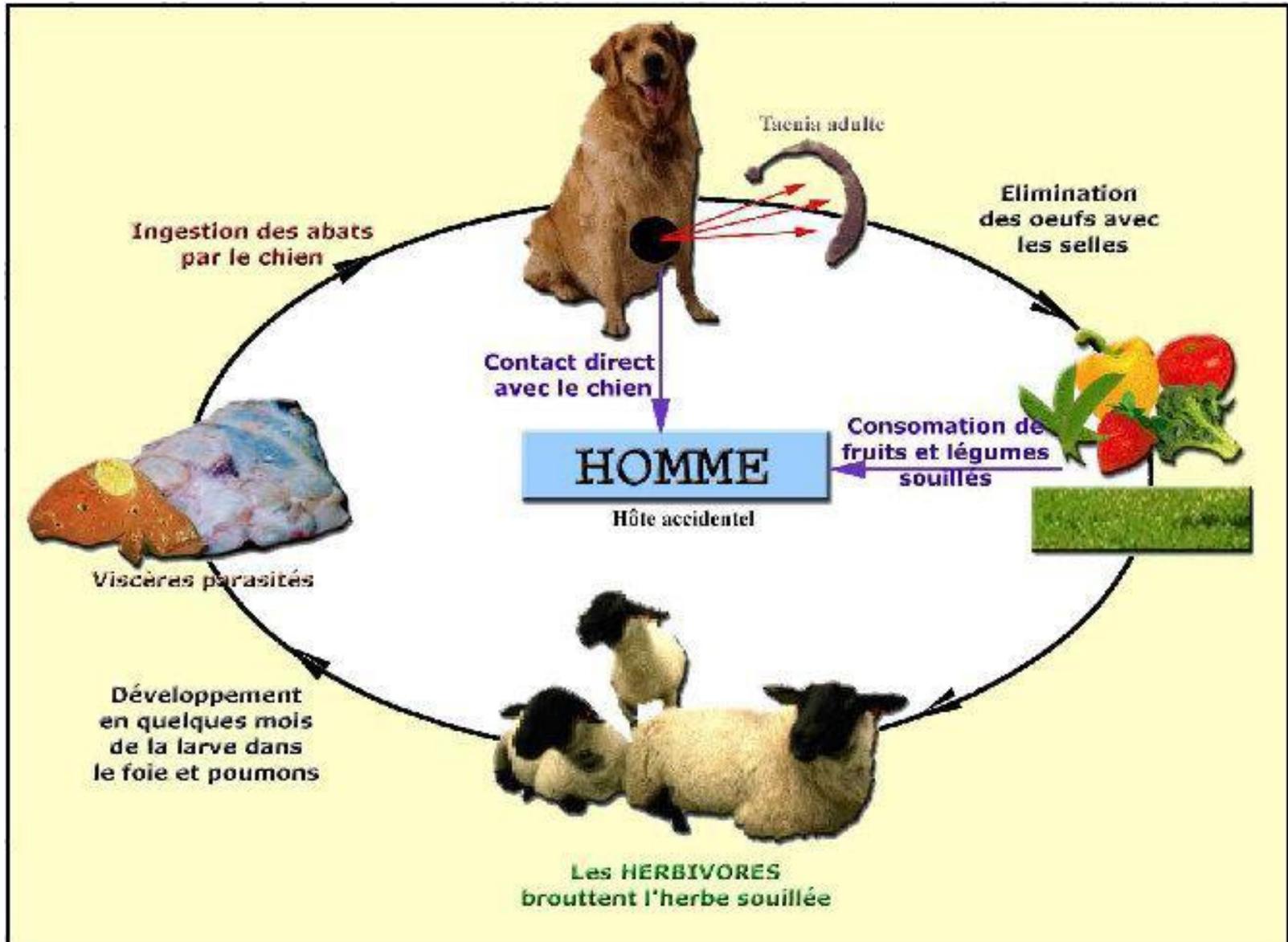
Chirurgie +++

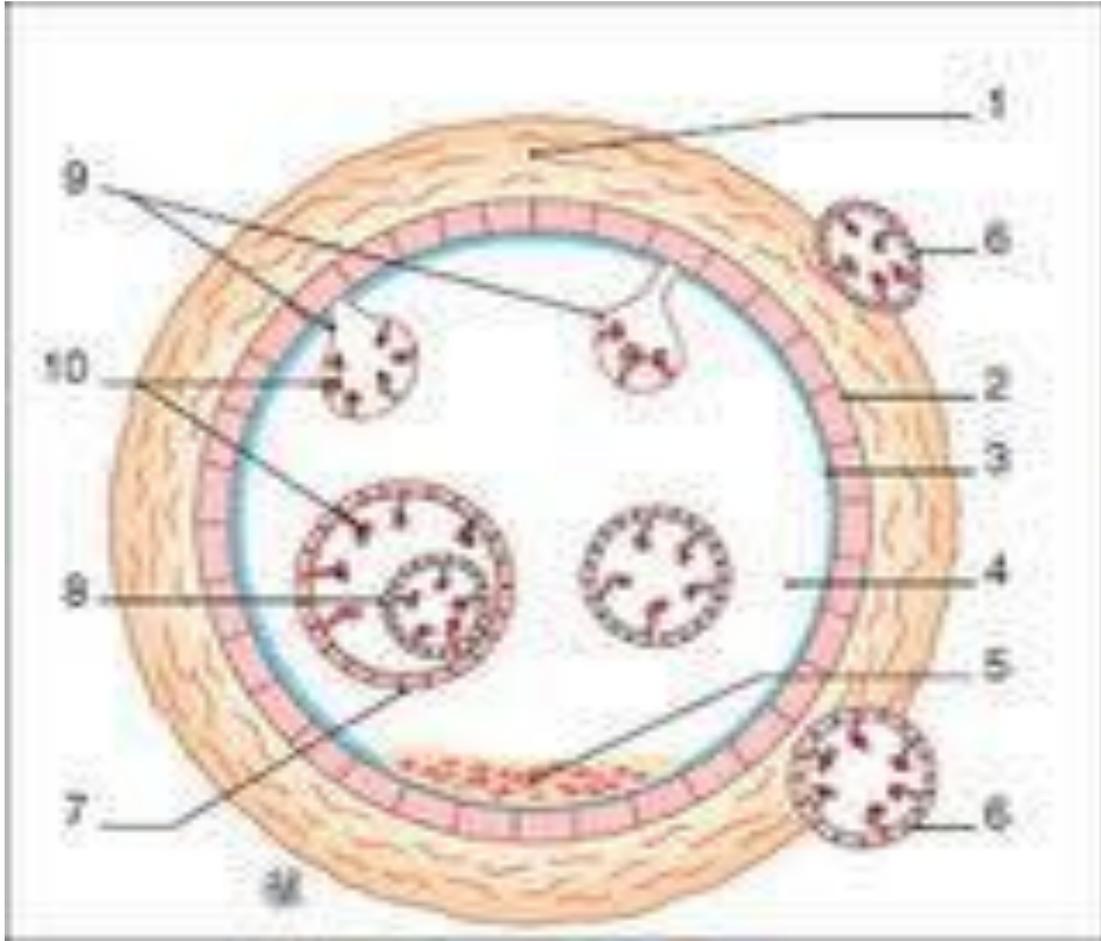
Trt médical albendazol

Prévention ++++



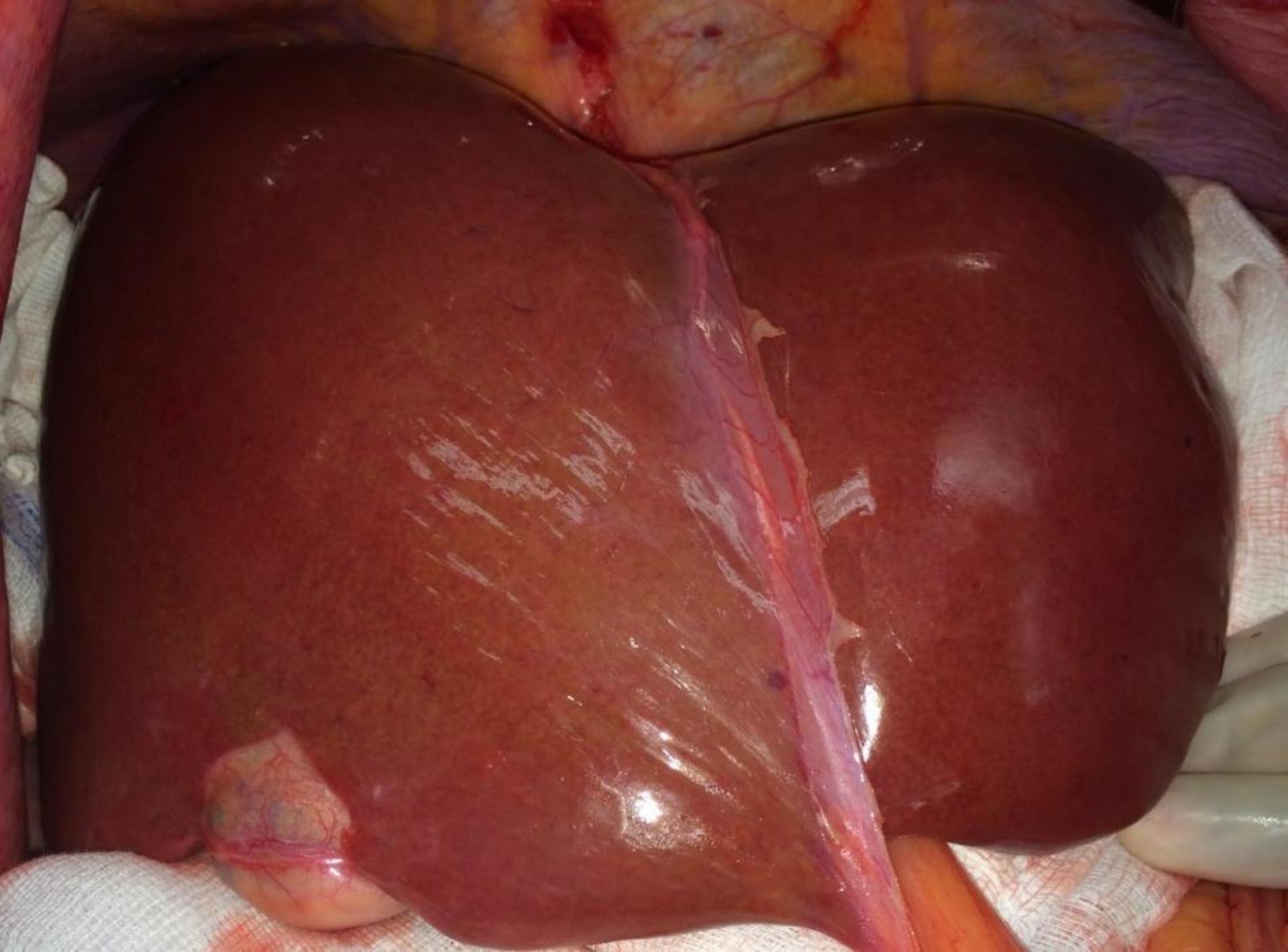
Dernier anneau → utérus gravide 1500 œufs → 2 – 5 semaines
Œuf → maturation milieu extérieure embryon hexacanthé
Survie 1 mois à + 20°, 15 mois a + 7°, 4 mois à – 10°

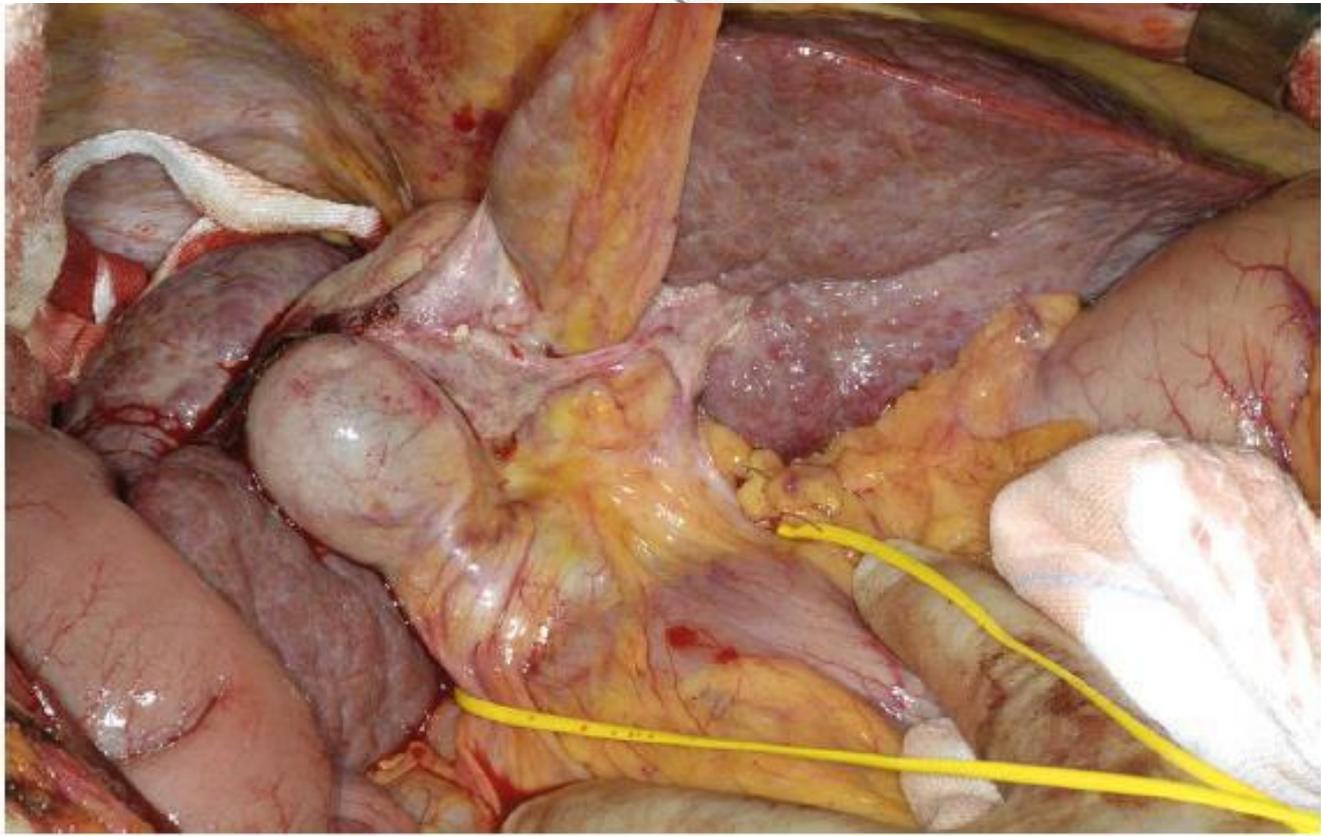
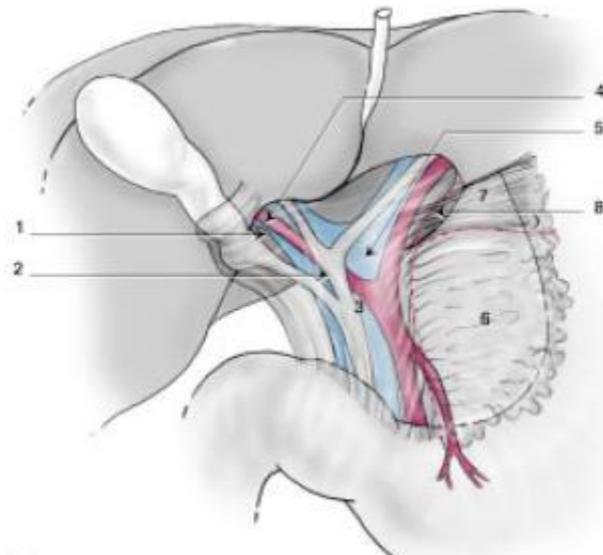


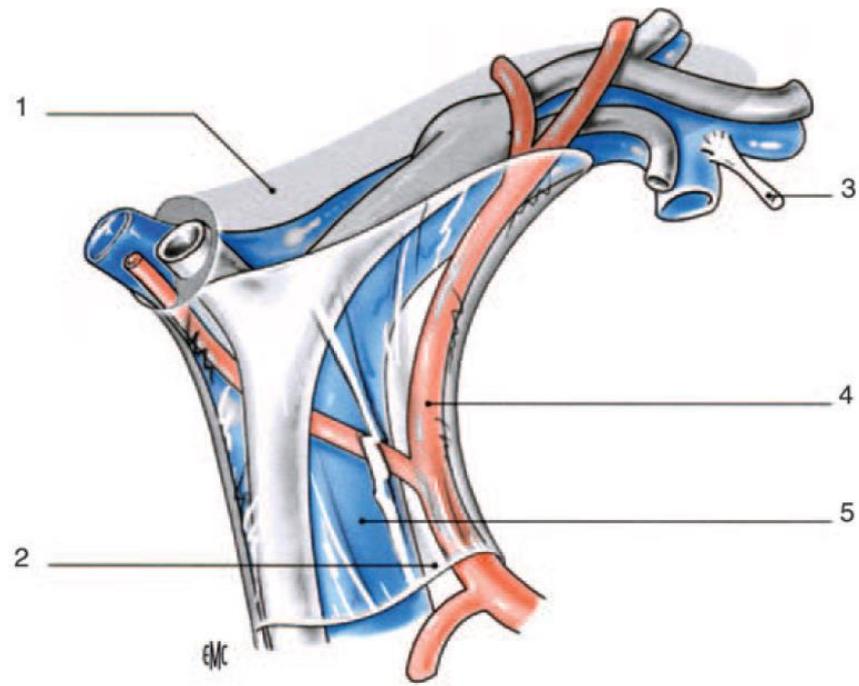
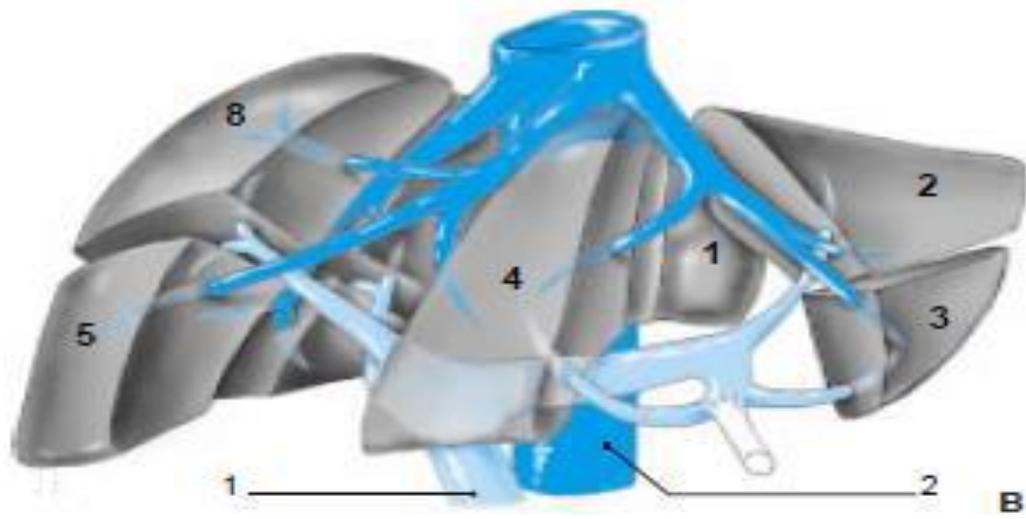


larve hydatique structure : 1 Adventice réactionnel , , 2 cuticule , 3 membrane prolifère , 4 liquide hydatique , 5 sable hydatique , 6 vésicule fille exogène , 7 vésicule capsule prolifère , 8 scolex 9 vésicule fille endogène , vésicule petite fille

Evolution du kyste : kyste jeune → kyste vieilli







D I A G N O S T I C

Circonstance de découverte :

- *Fortuite ++*
- *Douleurs abdominales +*
- *Polymorphisme clinique fonction du siège*
- *Complications*

Examen clinique

- *interrogatoire +++ zone d'endémie*
- HPM - Masse abdominale*

Biologie : - FNS / Eosinophilie

- *Sérologie hydatique : doute DC – efficacité trt - récidives*

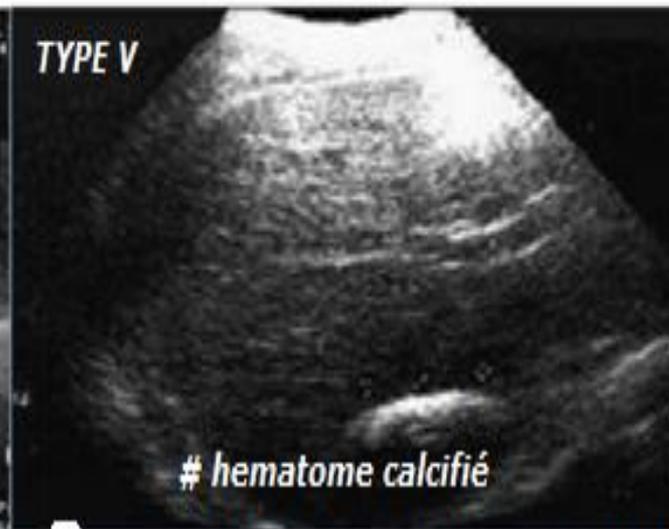
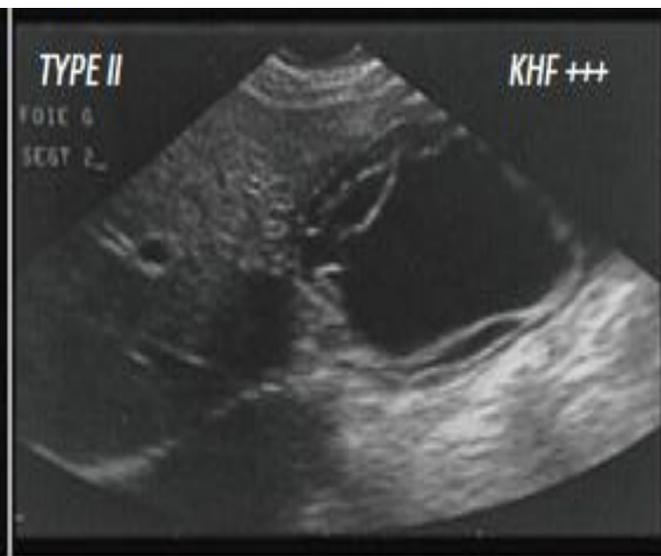
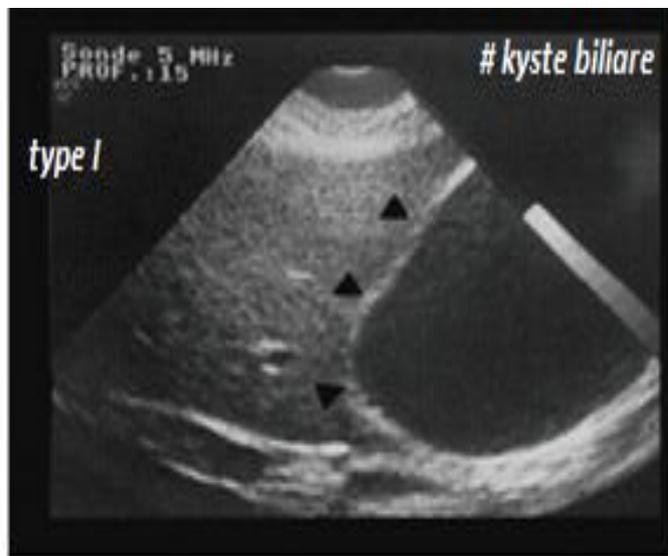
Méthode qualitative Immuno électrophorèse sensibilité +++ (90%)

Méthode quantitative (Hemmaglutination indirect - Immuno fluorescence Indirect réactions immuno enzymatiques (Elisa) +++)

Un résultat négatif ne permet jamais d'exclure une hydatidose

IMAGERIE

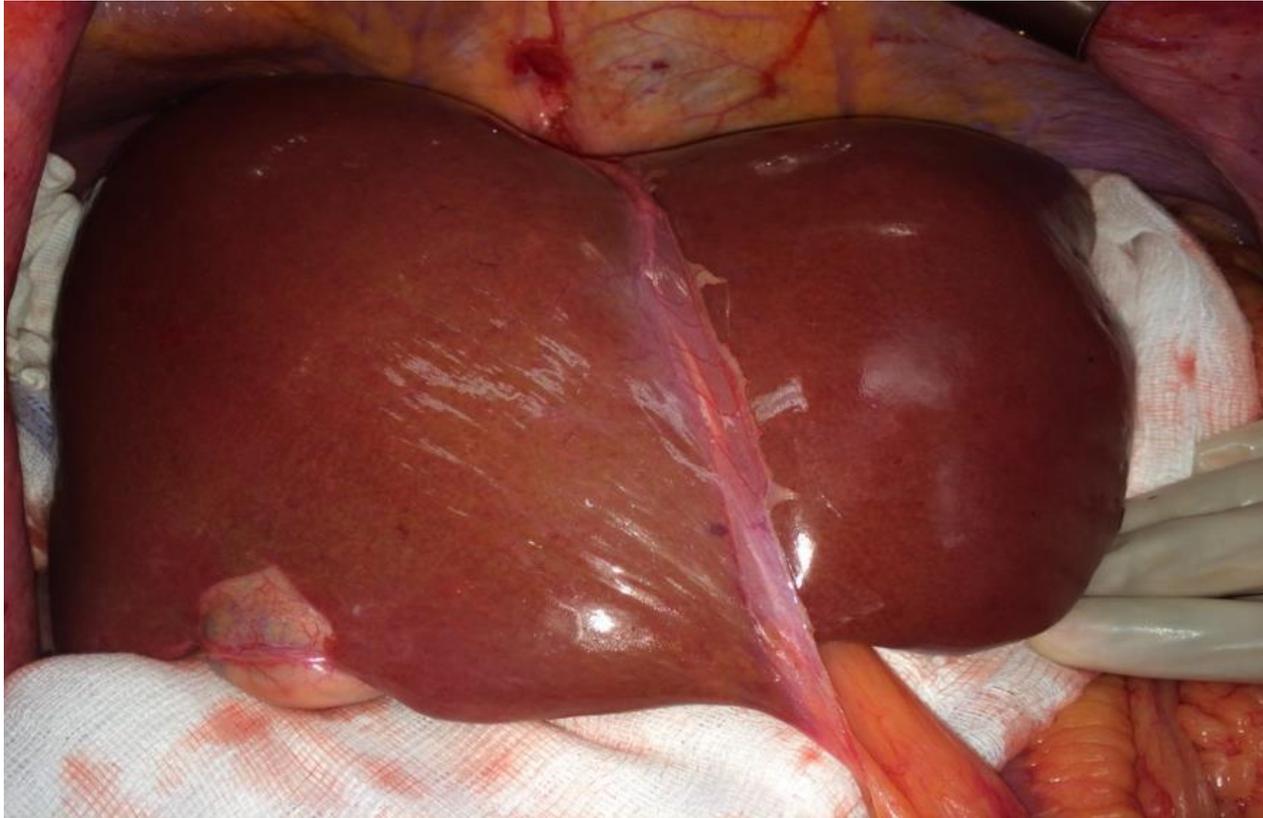
- **ASP**
- **TELETHORAX** (*bilan d'extension*)
- **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE** +++
 - *Dc + → 90 %*
 - *Caractéristique*
 - *Bilan d'extension*
- **TDM ABDOMINALE**
 - DC*
 - chirurgie ++*
- **IRM HEPATIQUE** *rare*
 - doute DC TDM*



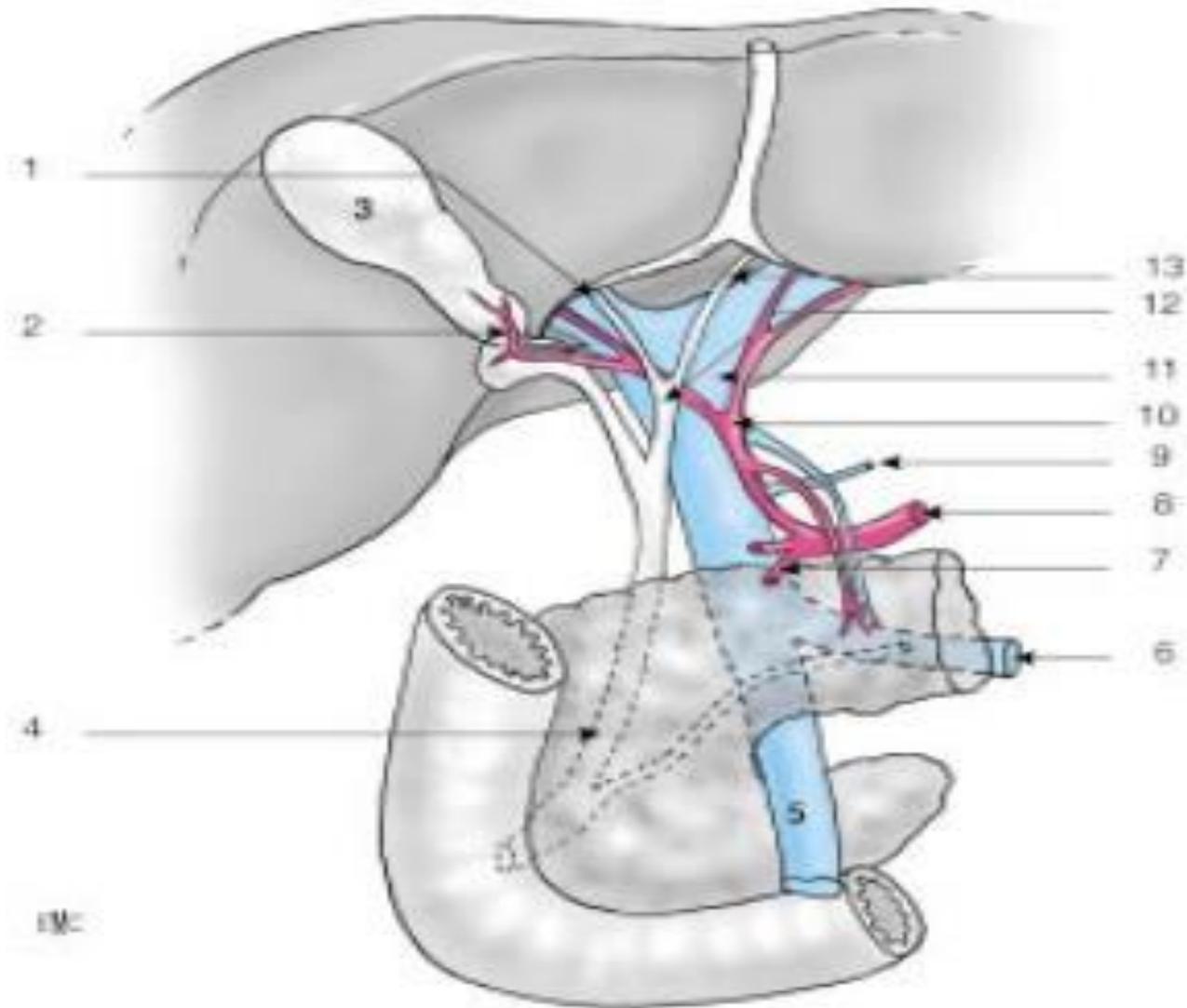
CLASSIFICATION DE GHERBI

COMPLICATIONS

- **COMPRESSION** /
 - *VSH* → *Syndrome Budd Chiari*



COMPRESSION : *TP* → *HTP*
VBP → *Ictère / angiocholite*



➤ ***RUPTURE :***

✓ ***cavité abdominale***

- ***choc anaphylactique***

- ***hydatidose multi viscérale (contamination)***

✓ ***VBP***

- ***Ictère – angiocholite***

✓ ***Thorax***

- ***Bronche : vomique hydatique***

- ***plèvre : pleurésie***

✓ ***autres organes : très rare***

peau – vaisseaux – colon , estomac

➤ ***INFECTION : ++++ Tableau d'un abcès du foie***

TRAITEMENT MEDICAL

Les antihelminthiques administrés par voie orale → scolex + Membrane

action → scolex et membrane proligère

Menbendazole , L'albendazole (ABZ) 10 – 15 mg /kg/j

3 à 6 mois

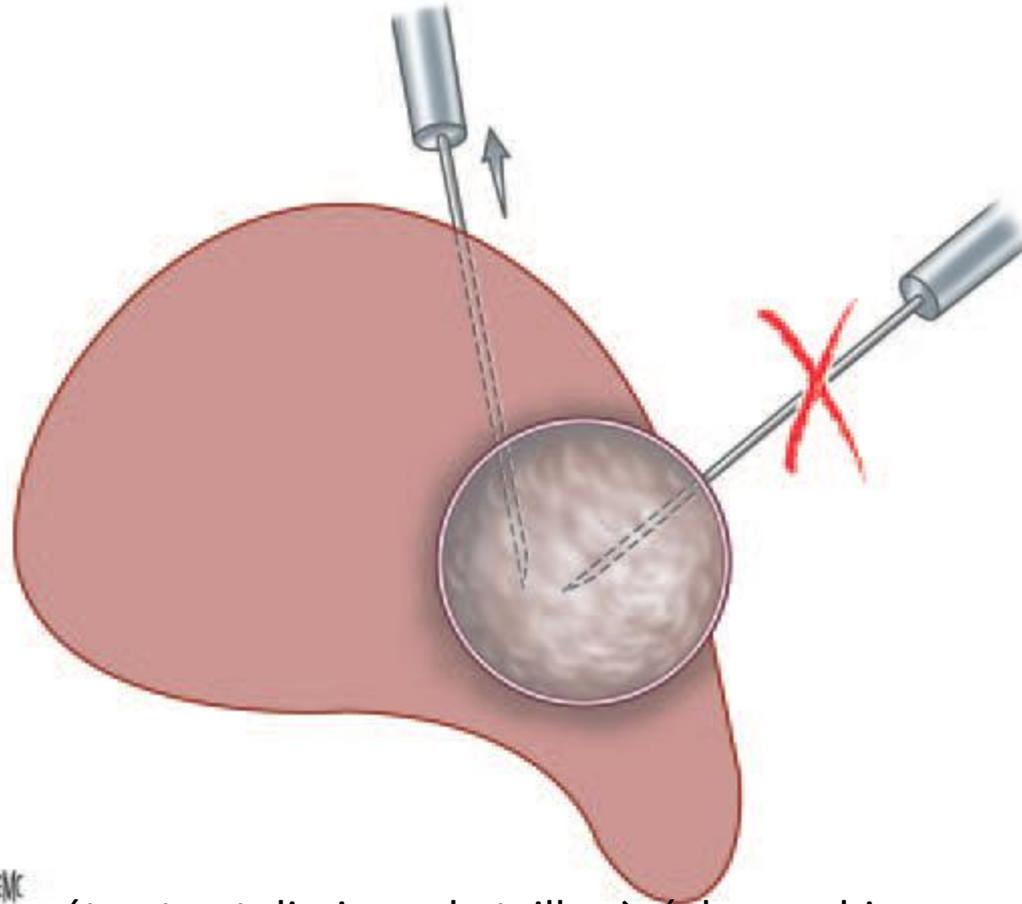
seule ou associé PAIR / Chirurgie

inopérable - hydatidose multiviscérale

PAIR

1986 → équipe tunisienne

2005 → OMS



la cavité résiduelle se rétracte et diminue de taille → échographies mensuelles qui

TRAITEMENT

✓ CHIRURGIE

▪ BUTS

- *Traiter le parasite*
- *Traiter la cavité résiduelle*
- *Traitement des complications*

➤ *Voies d'abord*

Laparotomie

Laparoscopie

➤ *Exploration*

a) *Traitement du parasite*

- *Formol 2 et 7 % → cholangite sclérosante*
- *Sérum salée hypertonique 20% 5 à 10 mn → tble hydro électrolytique*
- *H2O2 2 ou 3% → hyperpression – embolie gazeuse*

TRAITEMENT

b) Traitement de la cavité résiduelle :

✓ *Traitement conservateur*

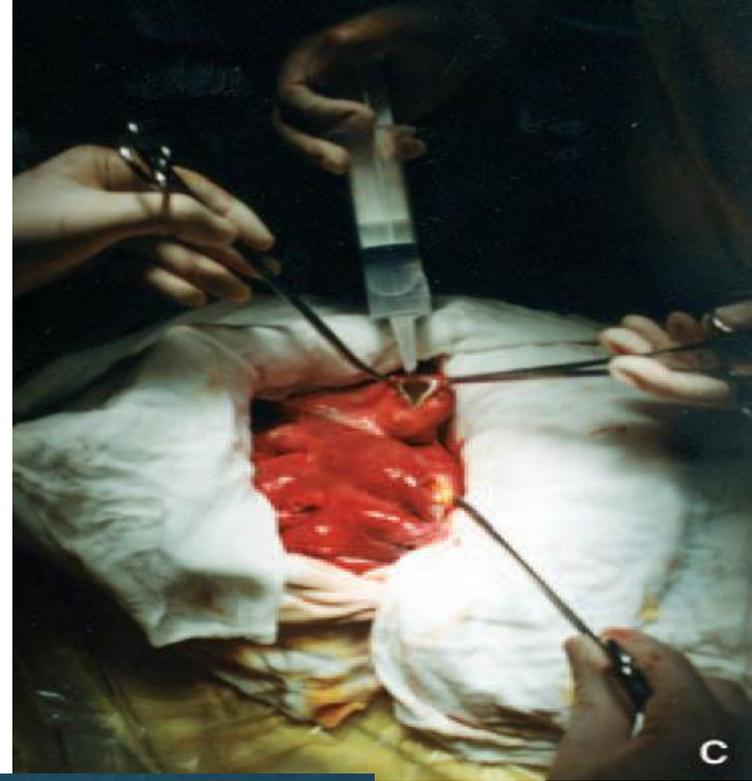
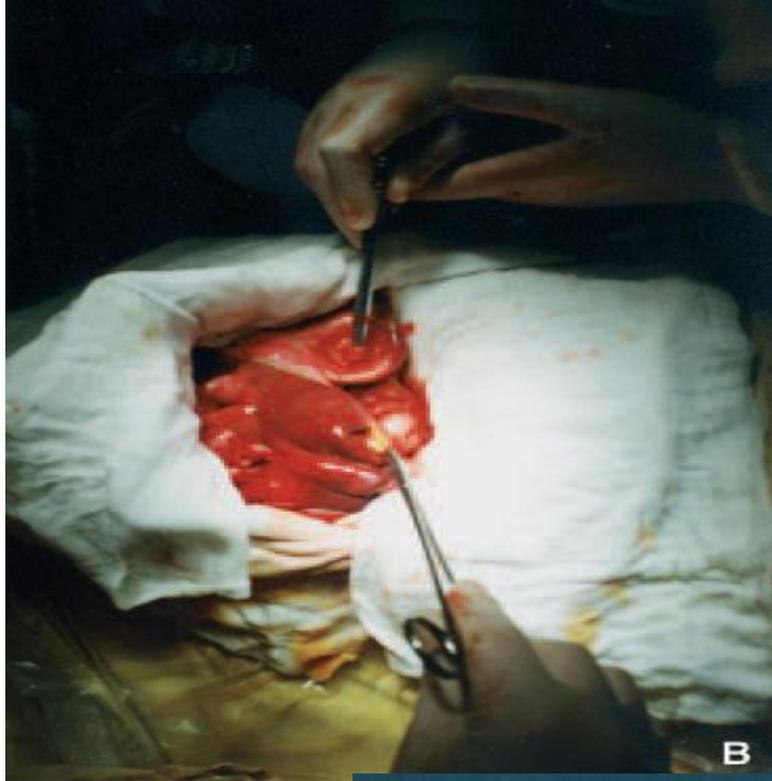
▪ *Marsupialisation : morbidité +++ (surinfection , rétention biliaire)*

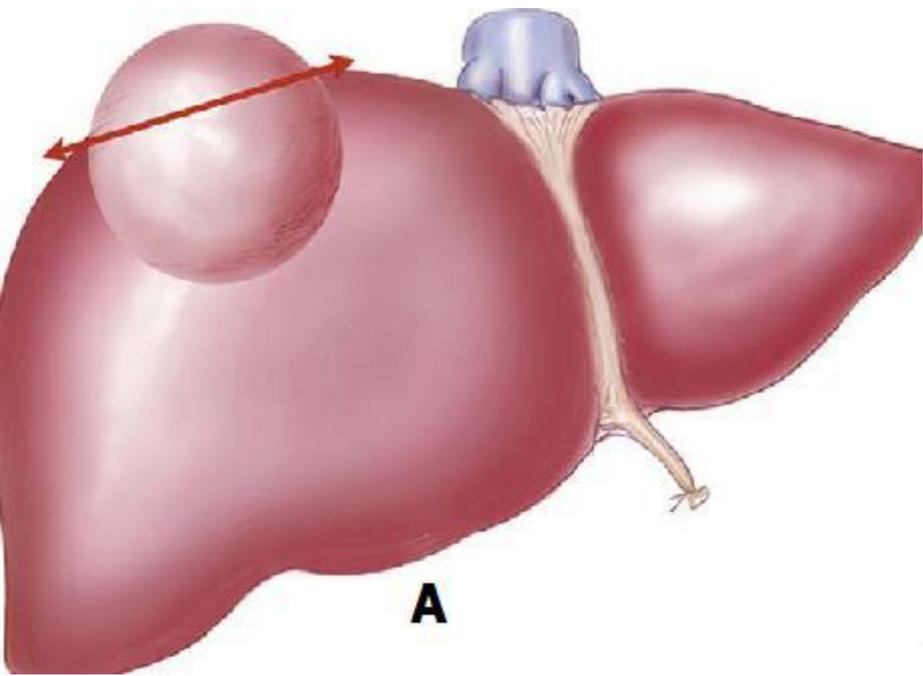
▪ *RDS*

- *Fermeture des fistules bilio kystiques ?*
- *Epiploplastite +++*
- *Capitonnage*

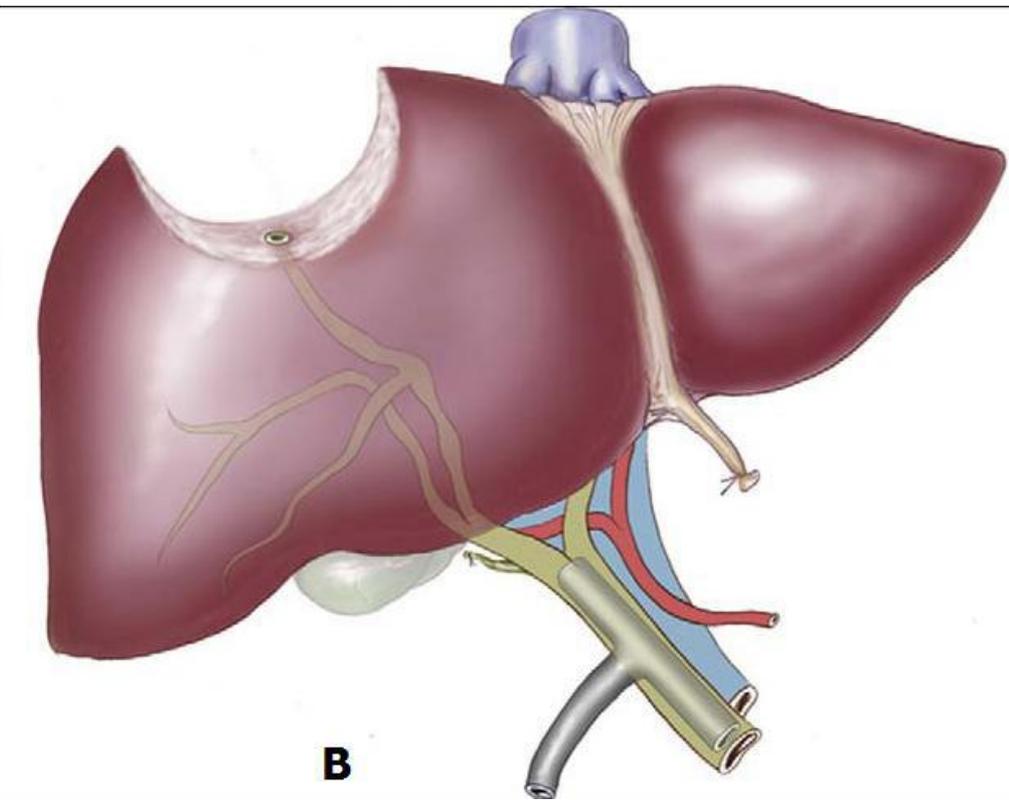
✓ *Traitement radical*

- *PKT (kyste ferme / ouvert)*
- *Péri kysto résection*
- *Hépatectomie*
- *transplantation exceptionnelle*

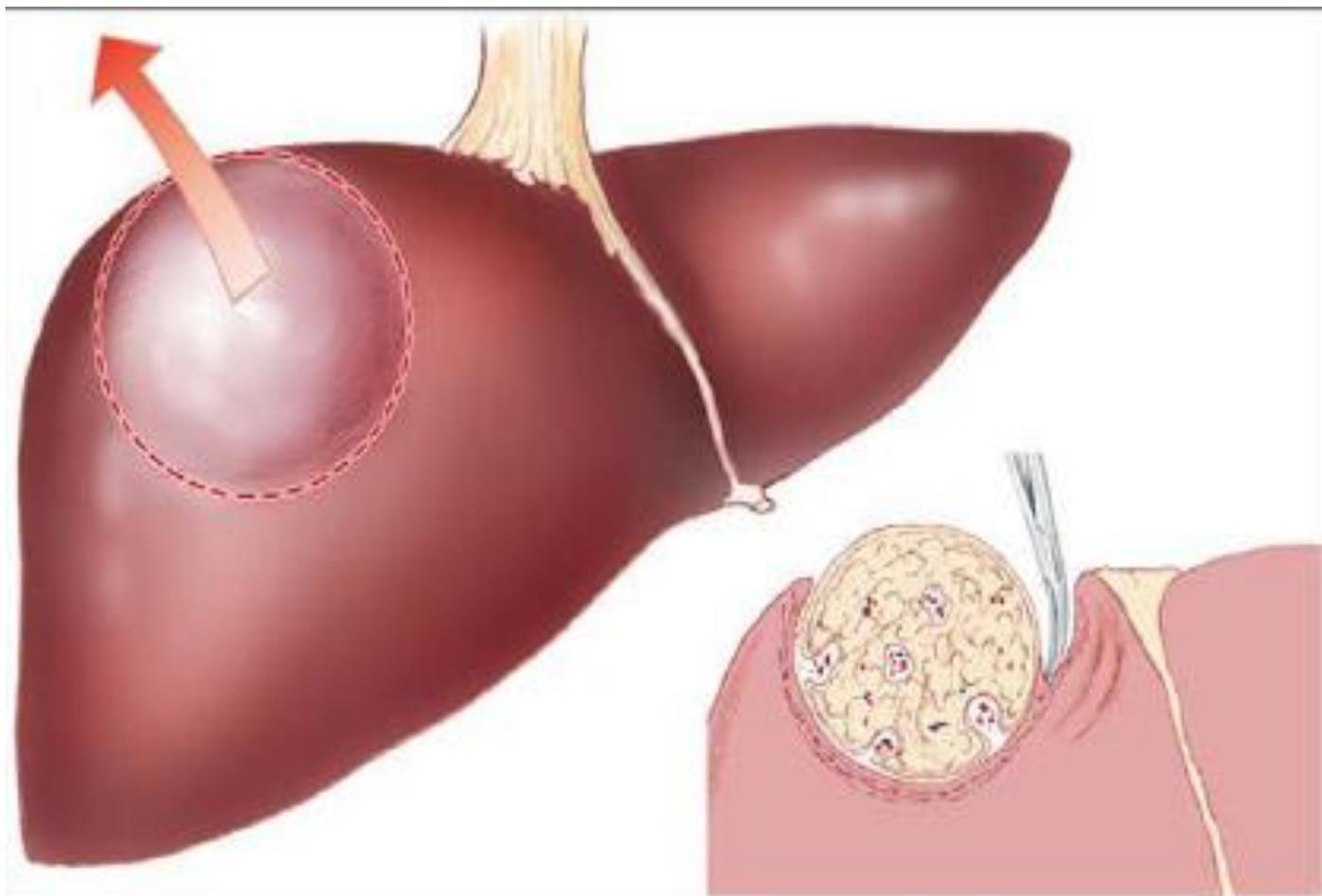




A



B



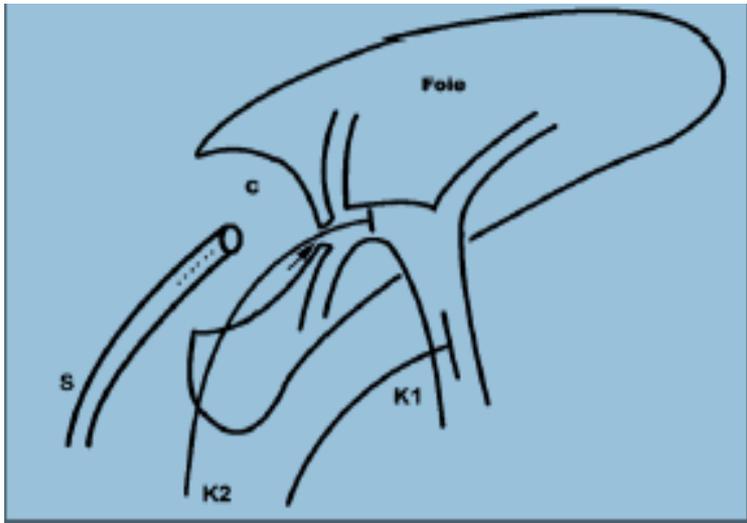
c) Traitement des complications : fistules bilio kystiques +++

*- mise en évidence : aspect bilieux du liquide hydatique
injection bleu méthylène VBP
cholangiographie per opératoire*

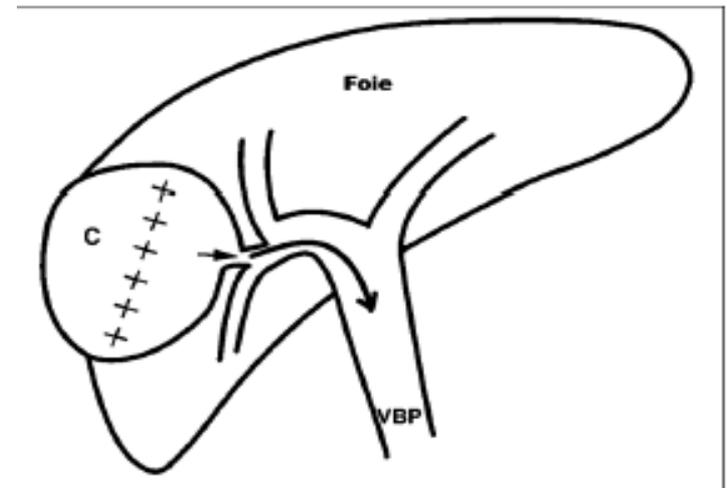


-Traitement des FBK :

- *sutures*
- ***La réparation sur drain de Kehr***
- ***fistulisation dirigée trans pariéto-hépatique***
- *drainage bipolaire*
- *drainage trans fistuleux oddien*
- *anastomose bilio digestive*



fistulisation dirigée trans pariéto-hépatique



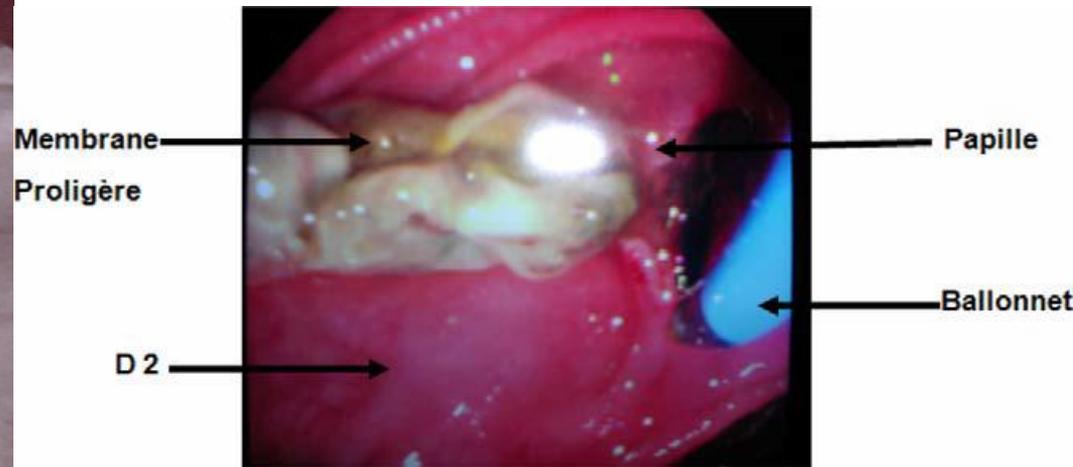
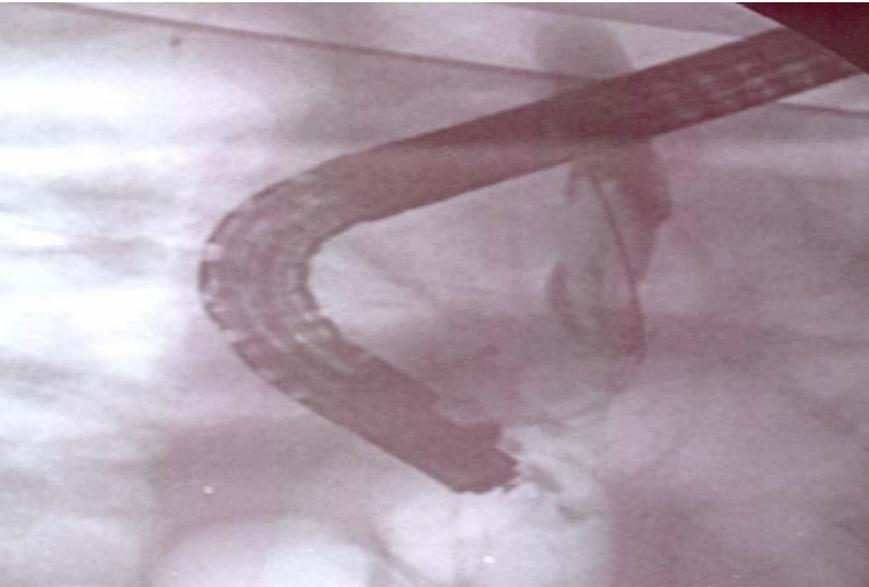
drainage trans fistuleux oddien

ENDOSCPIE :

trt +++

angiocholite

FBExt post op



INDICATION

ABSTENTION

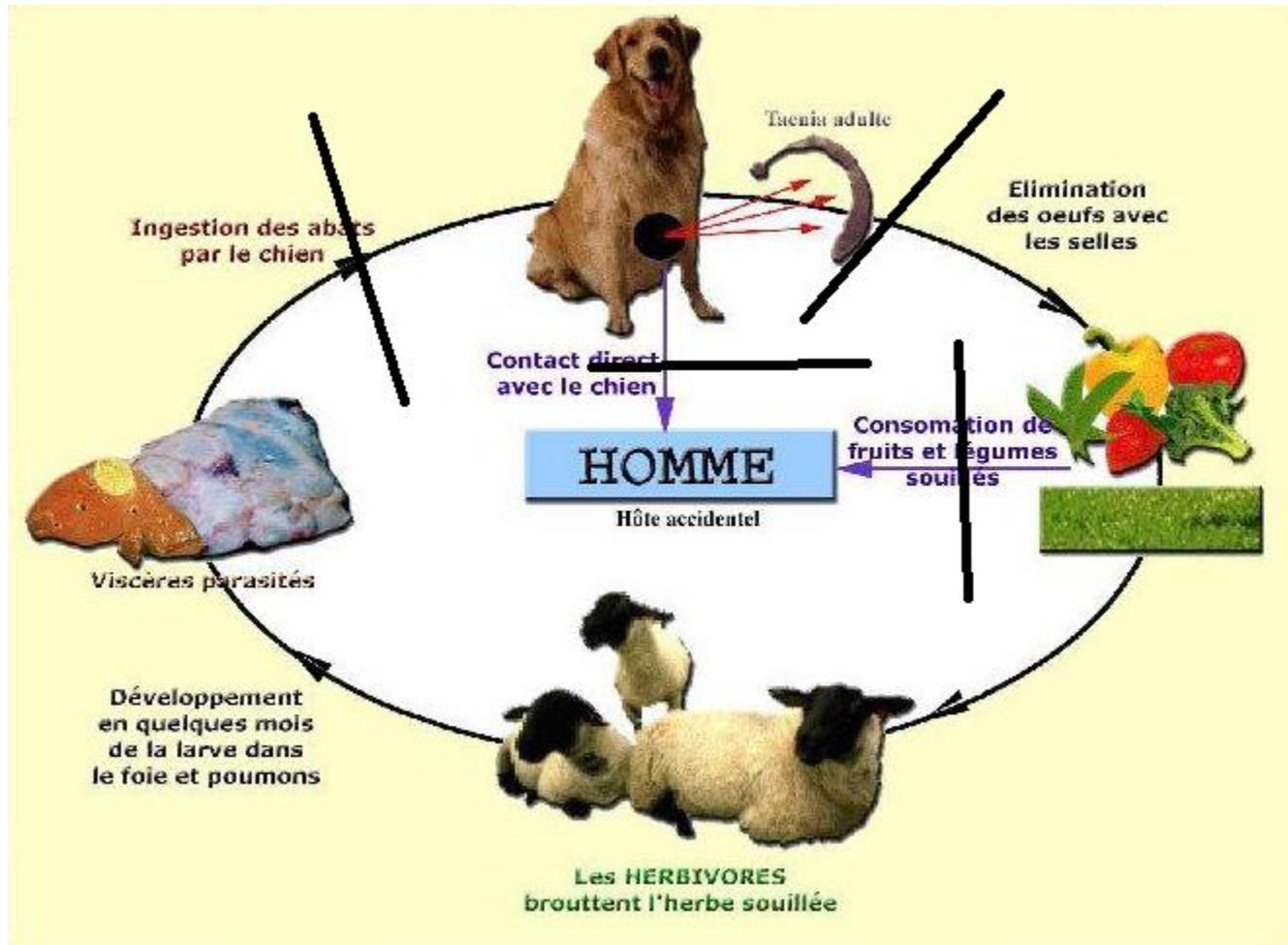
Kyste < 5 cm calcifié test immunologique –

surveillance echo + immunologie annuelle (reinfection)

CHIRURGIE +++++

*Trt MEDICAL : hydatose multi viscérale
inopérable
associé chirurgie / PAIR*

PREVENTION +++



CONCLUSION

KHF est un problème de santé publique en pays d'endémie.

Les progrès de l'imagerie médicale permettent actuellement un diagnostic précis et une évaluation pré thérapeutique de qualité.

la chirurgie est le traitement le plus efficace ou le seul réalisable en cas de complications. La chirurgie radicale tend à remplacer progressivement les techniques de chirurgie conservatrice avec un bénéfice certain sur la morbidité postopératoire.

La chirurgie laparoscopique et le traitement percutané de radiologie interventionnelle ont probablement une place dans des cas sélectionnés.

Le meilleur traitement de cette maladie reste la prévention par des mesures hygiéniques et contrôle vétérinaire des abatages.