

Université F. Abbas. Sétif  
Faculté de Médecine

Pr. A BEHAR

*KYSTE HYDATIQUE  
DU FOIE.*

# Plan :

**I/ Intro/Définition**

**II/ Intérêt de la question**

**III/ Épidémiologie**

**IV/ Anatomico-pathologie**

**V/Etiologie**

**VI/ Diagnostic :**

- Clinique
- TDD : kyste non compliqué à développement antérieur

**VII/ Evolution-Complications**

- Rupture
- Compressives
- suppuration

**VIII/ F . Cliniques :**

- Topographiques
- Associées
- Évolutives
- Compliquées

**IX/ Diagnostics différentiels**

**X/ Traitement**

**XI/ Surveillance post-op**

**XII/ Prophylaxie**

**XIII/ Conclusion**

# I. Introduction - Definition :

*Tumeur liée au développement dans le parenchyme hépatique du tænia écchinococcus granulosus sous sa forme larvaire : embryon hexacanthé.*

## II. Interet de la question :

- ▣ Pathologie fréquente : Véritable problème de santé publique(endémicité).
- ▣ Aspects cliniques divers: le diagnostic est souvent tardif : latence clinique.
- ▣ L'apport de l'échographie, du scanner et de la biologie a rendu le diagnostic positif plus facile.
- ▣ Les complications infectieuses, biliaires et thoraciques sont présentes dans 40% des cas; elles peuvent être bruyantes voire mortelles.
- ▣ La chirurgie est le seul traitement le plus efficace, les fistules kysto-biliaires et l'infection de la cavité résiduelle constituent les principales complications
- ▣ Pronostic : fonction du siège du kyste.
- ▣ Prévention ; par prophylaxie.

# III- Épidémiologie :

## 1- Parasitologie : 3 formes :

### a) **Forme adulte:** *Tænia* (*échinococcus granulosus*) :

cestode de la famille des plathelminthes, Responsable de la forme vésiculaire de l'hydatitose hépatique, c'est un ver de 4-6 mm de long qui comprend :

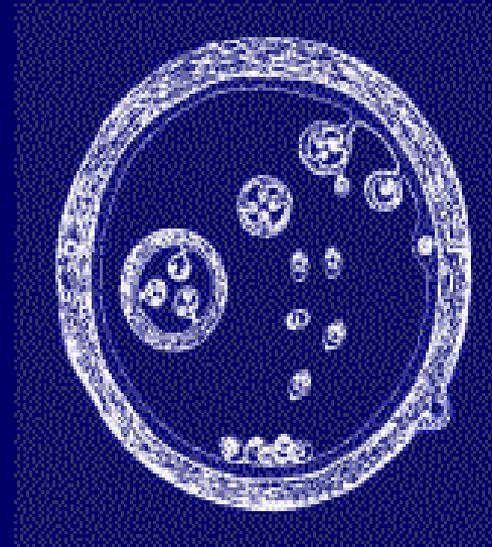
- Une tête ou scolex muni de 4 ventouses armés de 36-42 crochets répartis en deux rangées.
- Un cou
- Un corps formé de 3-4 anneaux dont seul le dernier est ovigéré.

b) **Œuf:** comporte un embryon hexacanthé.

c) **Forme larvaire:** kyste hydatique ou hydatide.

*Echinococcus granulosus* adulte

▣ Schéma d'un kyste hydatique



## 2- Modes de contamination humaine :

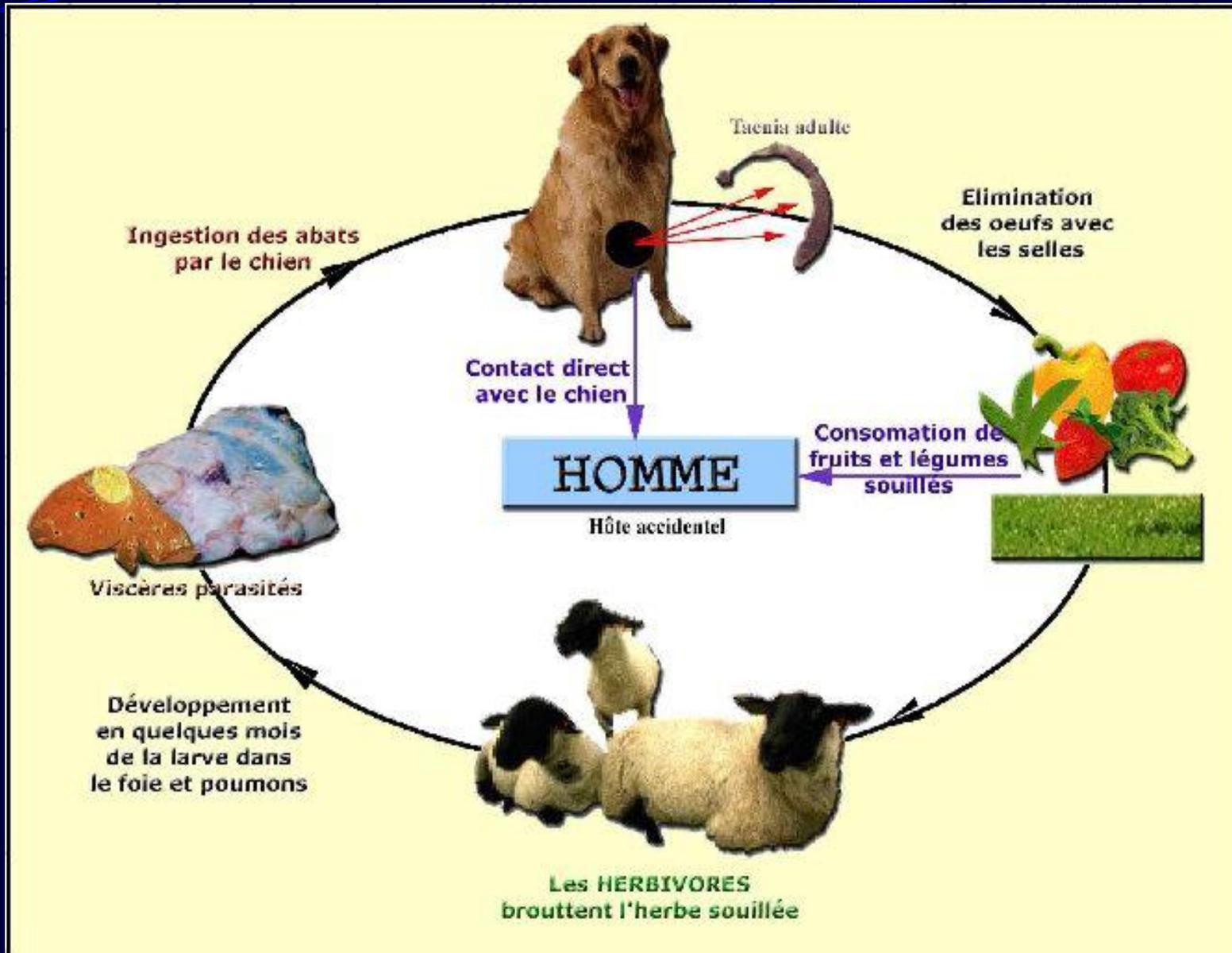
L'homme se contamine selon 2 modalités:

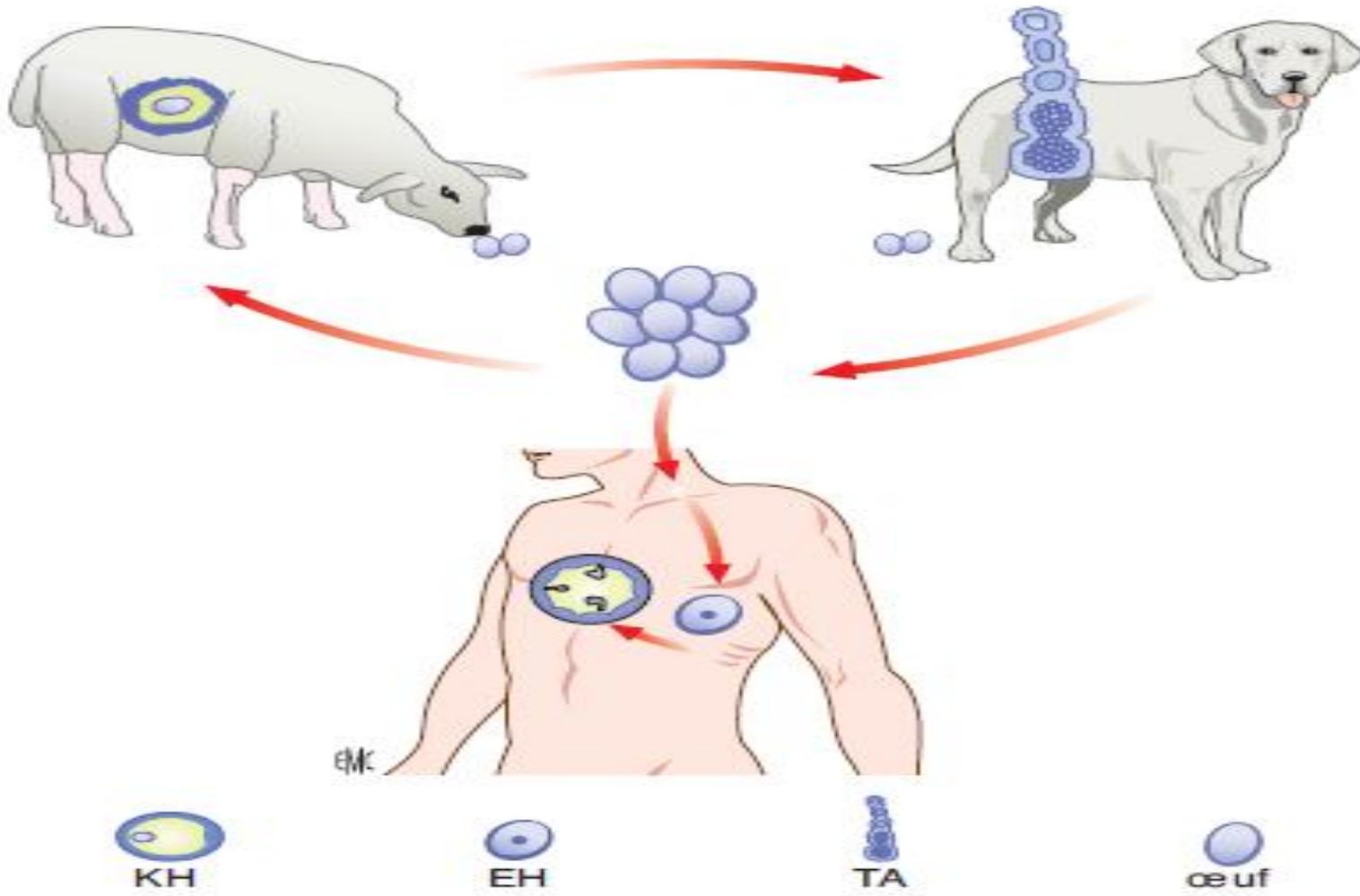
- a) **Direct** : en caressant le pelage d'un chien parasité ou en se faisant lécher le visage.
- b) **Indirect** : fait par l'eau, les fruits et légumes souillés.

### 3- Le cycle :

- 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 hécacanthé) s'ouvre et le scolex est libéré
- L'embryon hécacanthé 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.

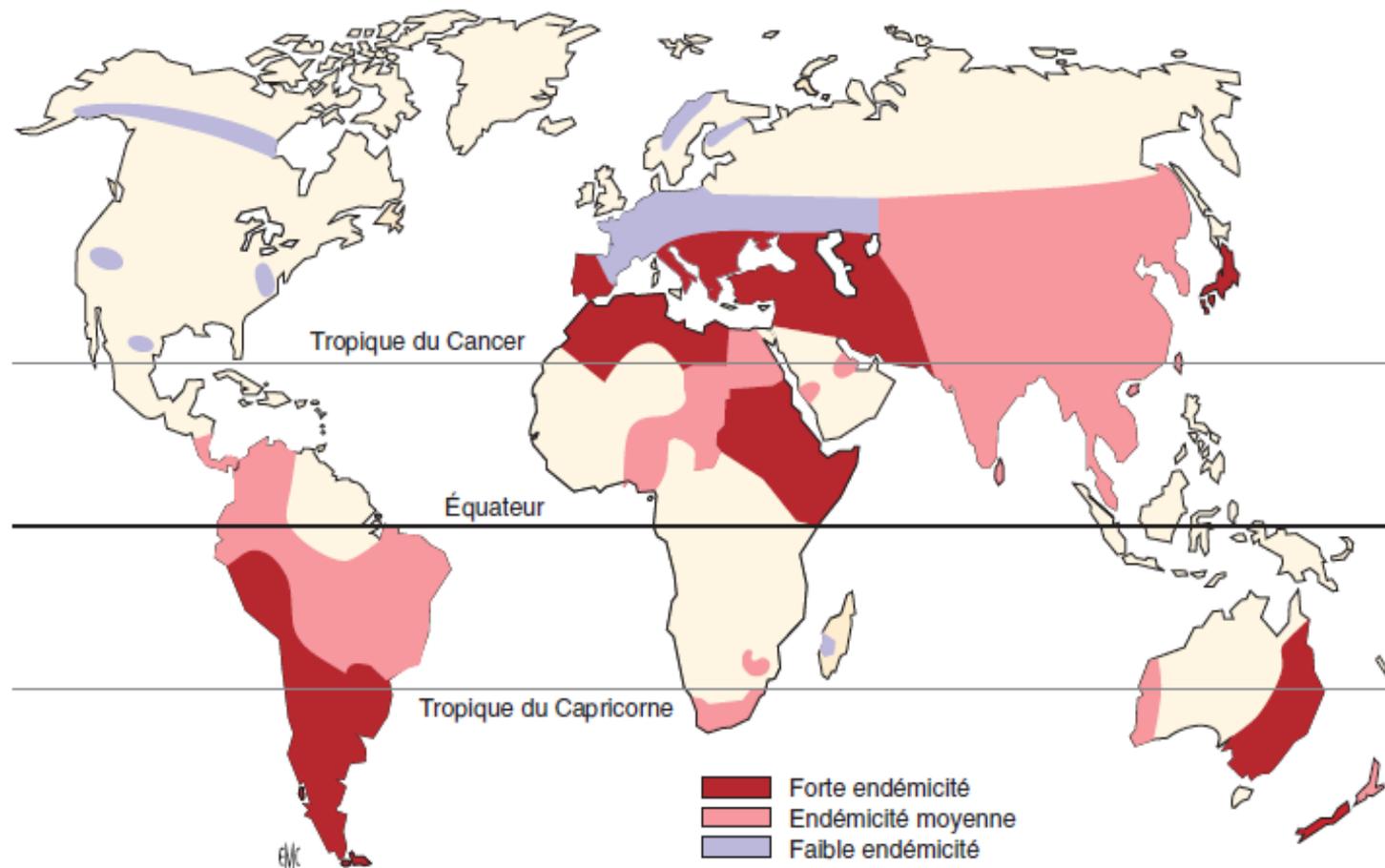
# Cycle parasitaire du taenia





**Figure 1.** Cycle parasitaire. KH : kyste hydatique, EH : embryon hexacanthe, TA : tænia adulte.

## 4) Répartition géographique :



**Figure 3.** Répartition géographique de l'hydatidose.

# IV- Anatomopathologie :

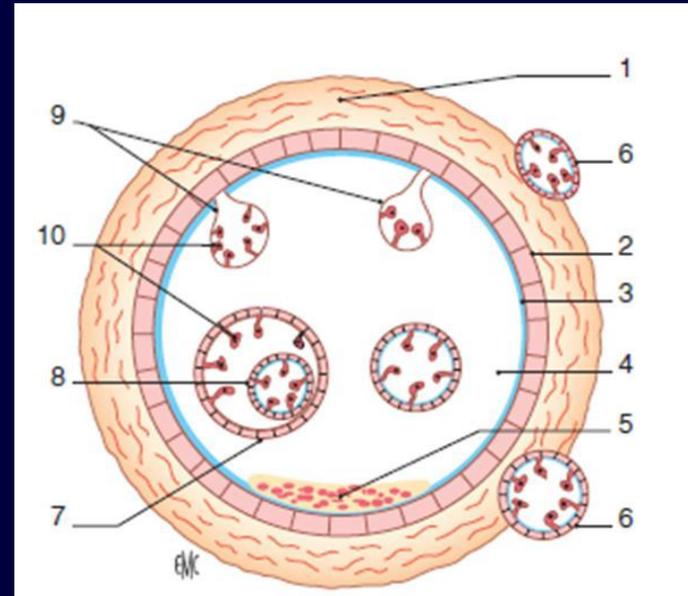
**Le kyste** : est entouré de trois membranes :

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 péri-kyste** ; fait de parenchyme hépatique condensé s'épaissit lors du vieillissement du kyste ; forme le péri-kyste, 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.



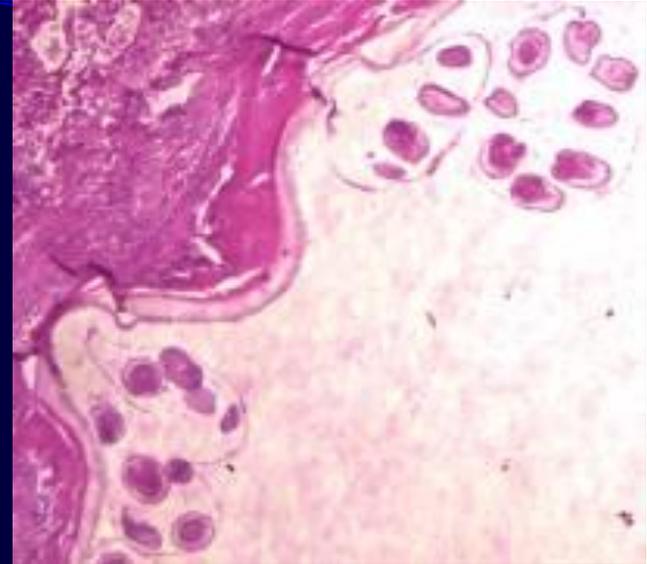
- Il est souhaitable de l'enlever chaque fois que cela est possible car il peut contenir des vésicules filles exogènes qui à l'occasion d'une fistulisation du kyste ; la membrane prolifère peut faire issue dans le péri-kyste.

- L'évolution du kyste s'effectue sur trois stades :
  - Kyste jeune ou sain.
  - Kyste vieilli ou malade
  - Kyste involué ou calcifié.

Larve hydatique ouverte



Larve hydatique avec des vésicules filles.



Sable hydatique avec des protoscolex



Embryophore d'*Echinococcus granulosus*



**a) Kyste sain ou jeune** : Au niveau du parasite, le kyste est uni-vésiculaire, tendu, liquide clair (eau de roche) ; Dépourvu de vésicules filles.

\* Au niveau du péri-kyste, le parenchyme hépatique est comprimé, tassé, atrophié avec une armature faite de vaisseaux et de canalicules biliaires, à ce stade il est épaissi, les échanges nutritionnels s'effectuent, les veines sont tassées et se collabent, alors que les canalicules biliaires et les artères restent béantes.

**b) Kyste vieilli ou malade** ; A ce stade avancé ; il existe un retentissement au niveau du parasite avec peu ou pas de liquide, la membrane est fragilisée avec beaucoup de vésicules filles. A ce stade il existe toujours des FBK, le passage de liquide hydatique dans les voies biliaires produit des débris hydatiques et donne naissance à la lithiase para-hydatique, au niveau du péri-kyste ; il y a un épaississement et une fibrose croissante due à l'imprégnation du calcium

**c) Kyste involué ou calcifié** ; Le péri-kyste est imprégné de calcium créant une barrière entre le kyste et le foie.

\* Le parasite est transformé en une masse gélatineuse imprégnée ou non de bile avec présence constante de scolex.

# V-Etiologie :

## 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 :  
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.

### \*\* Contamination :

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

# VI -Diagnostic positif:

## 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).

## TDD : KHF non compliqué à développement antérieur ;

### A) 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.
- A l'ASP ou le Téléthorax :
  - Des calcifications plus ou moins arrondies de l'aire hépatique.
  - Surélévation de l'hémicoupôle 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.

## B) Interrogatoire 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.

## C) 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
- Caractéristiques inconstantes
  - ▣ Frémissement hydatique
  - ▣ Son hydatique.
- Important à noter:
  - ▣ Caractère isolé de la tumeur
  - ▣ Pas d'AEG
  - ▣ Pas de fièvre
  - ▣ Pas d'ictère
  - ▣ Pas de CVC ni d'hépatomégalie ni de splénomégalie ni d'ascite.
- Touchers pelviens : Normaux.
- C'est une tumeur hépatique et on élimine rapidement ;
  - ▣ Une tumeur gastrique
  - ▣ Une tumeur colique
  - ▣ Une tumeur rénale.

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.

## D) Enquête biologique :

- Arguments non spécifiques :

1) FNS

2) L'hyper-éosinophilie concomitante de la phase d'invasion ; si elle est élevée ; il faut rechercher une complication ou une parasitose associée.

3) VS normale.

4) les éléments du bilan hépatique sont habituellement normaux, des modifications à type de cholestase ou de cytolyse doivent faire craindre une complication.

## • Arguments spécifiques :

- IDR de Casoni : abandonnée ; consiste à introduire dans le derme du sujet une quantité connue d'antigènes hydatiques.
  - La lecture se fait 15 minutes après injection ; la réaction est positive quand il apparaît en 15-20 minutes une papule œdémateuse de 1-2 cm<sup>2</sup>.
  - Inconvénients ; les réactions peuvent apparaître plus tard souvent.
- Réaction avec antigènes solubles.
- Réaction de fixation du complément ou réaction de Weinberg.
- Hémagglutination par immuno-électrophorèse et immuno-fluorescence
- 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 immuno-enzymatique ; 98 % des cas positifs.

## E) Radiologie:

Pour confirmer la présence hydatique, le nombre et les connexions ; des examens plus poussés sont nécessaires.

### 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. Téléthorax : Recherche un KHP.

### 3. Biligraphie : Peuvent montrer :

- Un abaissement de la vésicule biliaire par un KHF sus-jacent (segments IV et V).
- Un abaissement du hile, un refoulement ou compression des canaux biliaires
- Dans certains cas une lithiase associée
- Vésicules filles dans la VBP, une injection de la poche hydatique (communication entre le kyste et les voies biliaires)
- On peut s'aider d'une TDM mais une cholangiographie peropératoire est plus parlante ; surtout en ce qui concerne la VBP.

### 4. Opacification des organes de voisinage : TOGD, CIV ou UIV qui montrent un refoulement, compression ou une autre localisation.

5. Echographie abdominale : +++ , examen anodin, non invasif et répétitif, qui 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.
- 
- Les VSH et leurs rapports avec le KH surtout segment VIII.
- Elle visualise les lésions de plus de 1-2 cm de diamètre et montre la nature liquide kystique et sa localisation.
- Renseigne sur la dilatation ou non des voies biliaires et fait le bilan des autres organes.

- Les auteurs tunisiens individualisent (05) cinq types d'images échographiques :

## Classification de GHARBI :

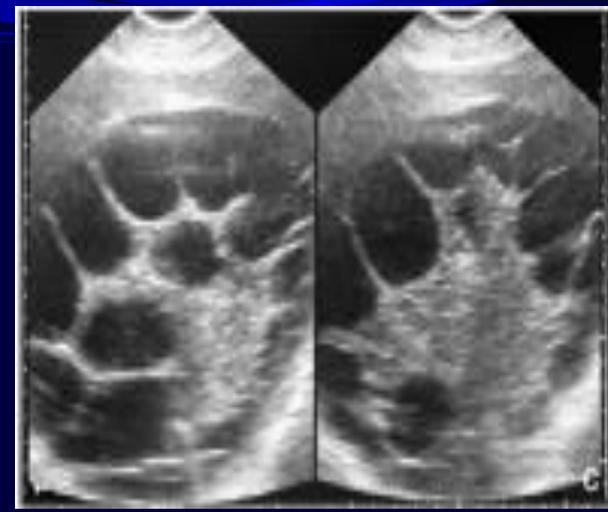
Il existe 5 types de lésions :

- **type 1:** Kyste uni-vésiculaire a paroi nette a contenu liquidien pure.
- **type 2:** Kyste avec décollement total ou parcellaire de membrane.
- **type 3:** Kyste multi-vésiculaire => image en « nid d'abeille ».
- **type 4:** Kyste a contenu solide pseudo-tumoral.
- **type 5:** Kyste calcifié.

**kyst univesiculaire**

**décollement de membrane**

**accolement des parois vesicu**

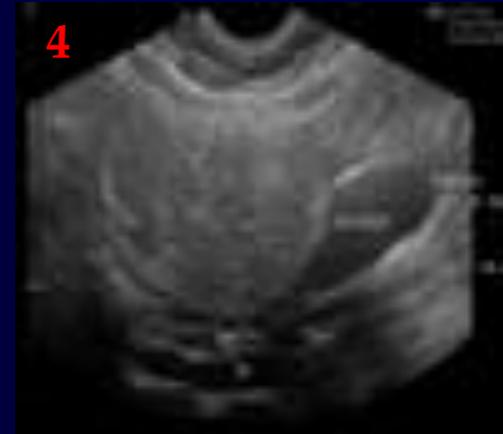
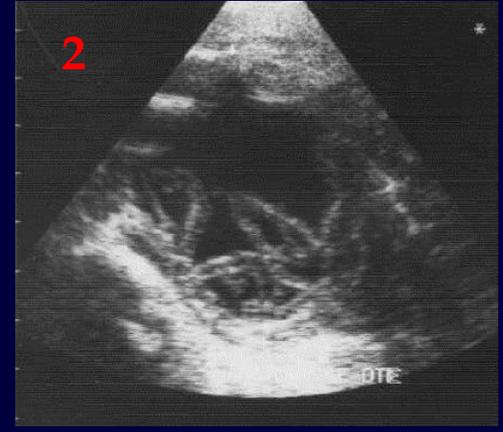


**image en nid d'abeille**

**kyst pseudo tumorale solide**

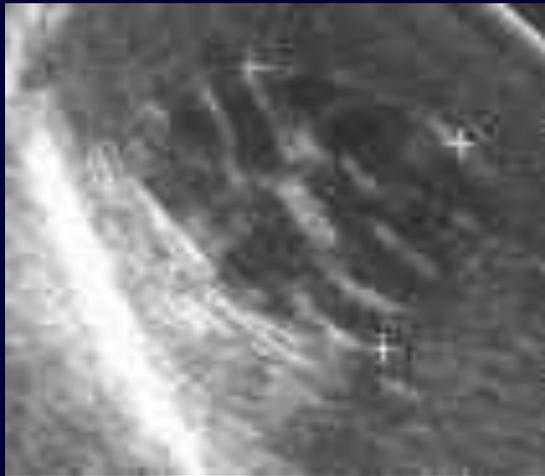
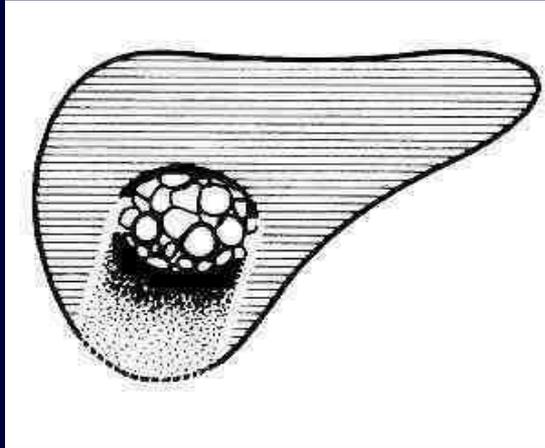
**kyst calcifié**



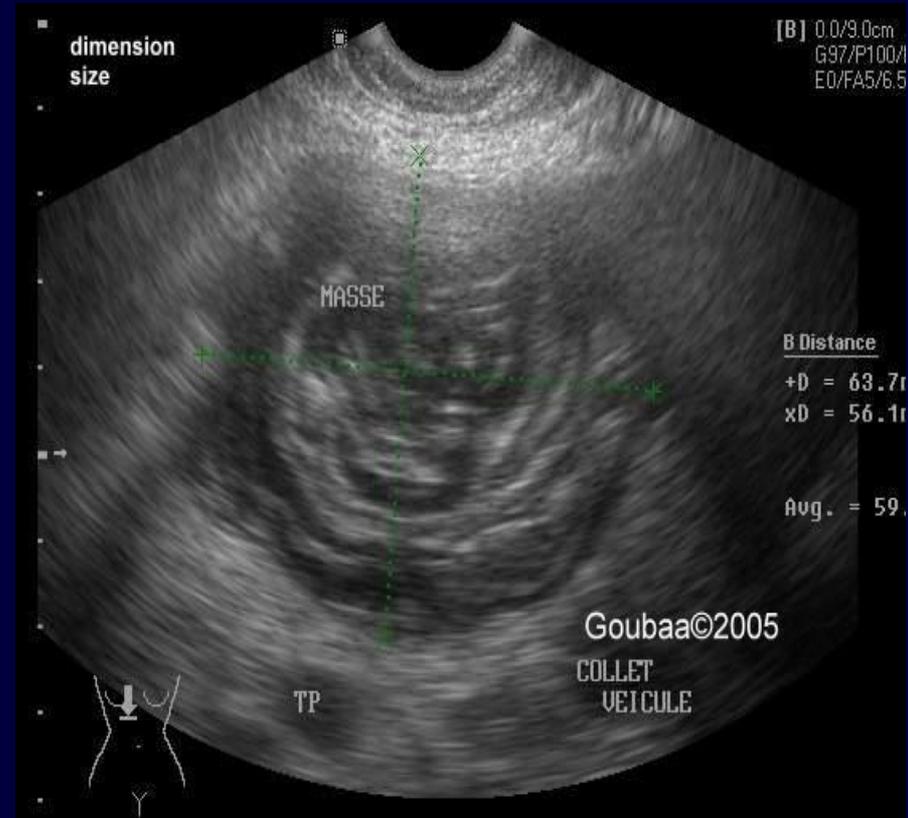
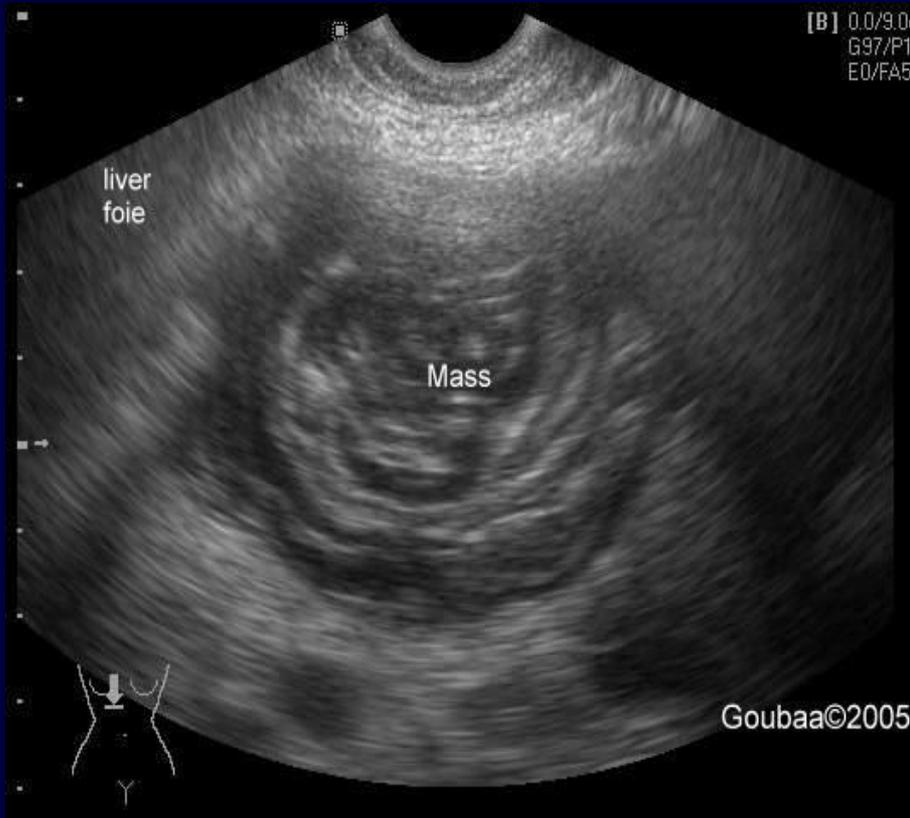




# KHF type 3 en nid d'abeille



# Aspect en ruban et en serpent représentant les membranes est fort évocateur du KHF-type:4



## 6. Scintigraphie : Montre :

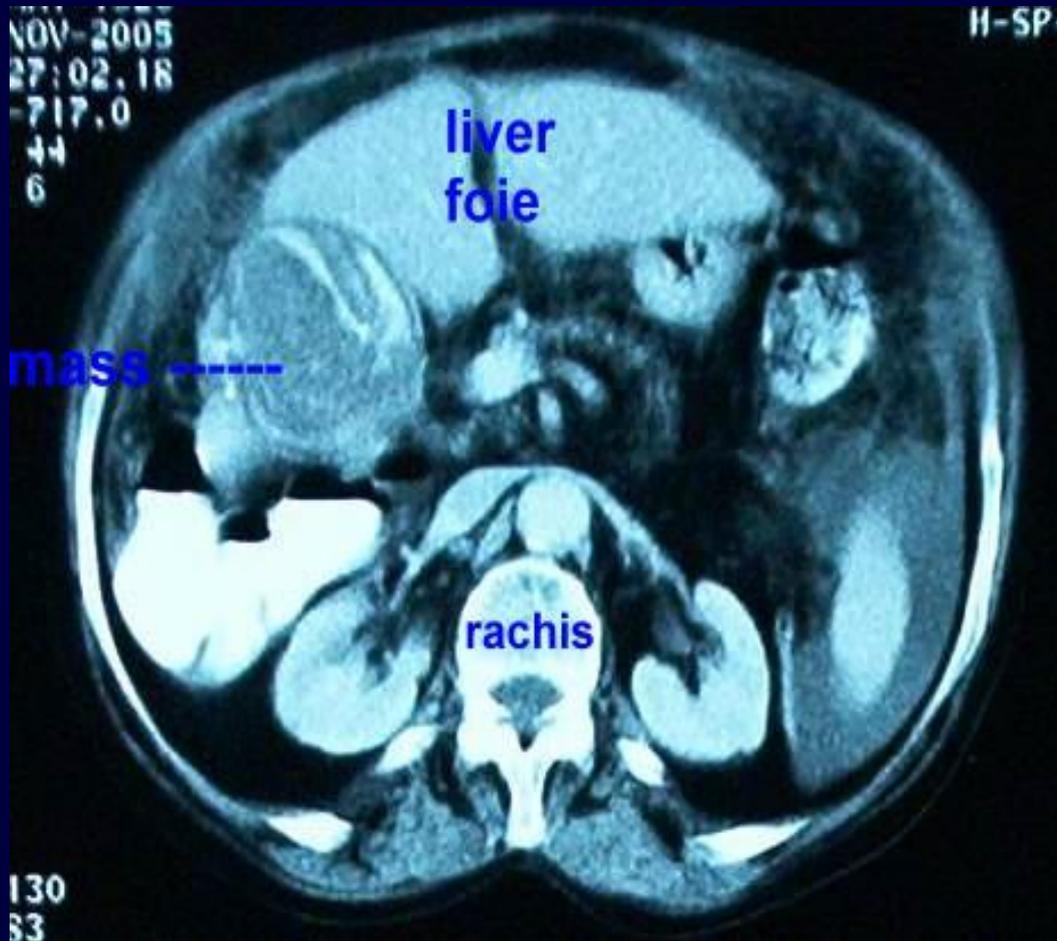
- Une image lacunaire arrondie au sein de la masse hépatique.
- Une encoche qui peut exclure tout un lobe hépatique.
- Permet d'apprécier l'importance du parenchyme fonctionnel et une éventuelle hypertrophie compensatrice, Cependant les lésions tumorales donnent les mêmes images.
- La scintigraphie ne fait pas la différence entre les liquide et les solides.
- Cependant elle apprécie le siège , le nombre et la topographie des kystes.

7. TDM : très performant ; il donne le nombre, la topographie et la nature du kyste.

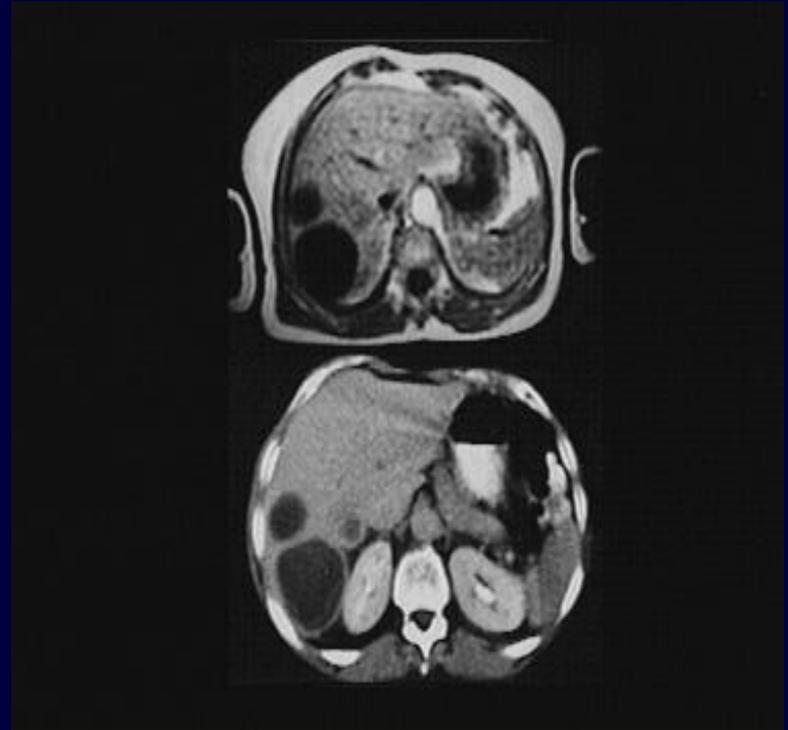
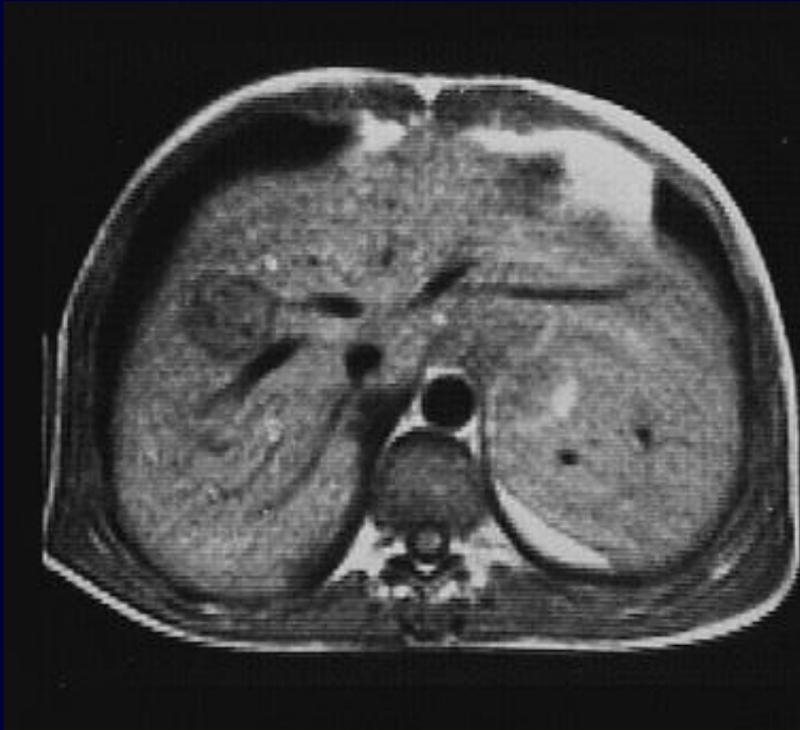
## 8. Artériographie caeliomésentérique :

- Lacune régulière arrondie à contours circulaires, nets au temps parenchymateux.
- Les refoulement des vaisseaux qui se tassent au niveau de l'adventice ou s'encorbeillent.
- Elle montre au temps hépatographique une image lacunaire et au temps veineux un refoulement du tronc porte.
- Ces lacunes se discutent avec celles de l'abcès hépatique.

# Khf type 4



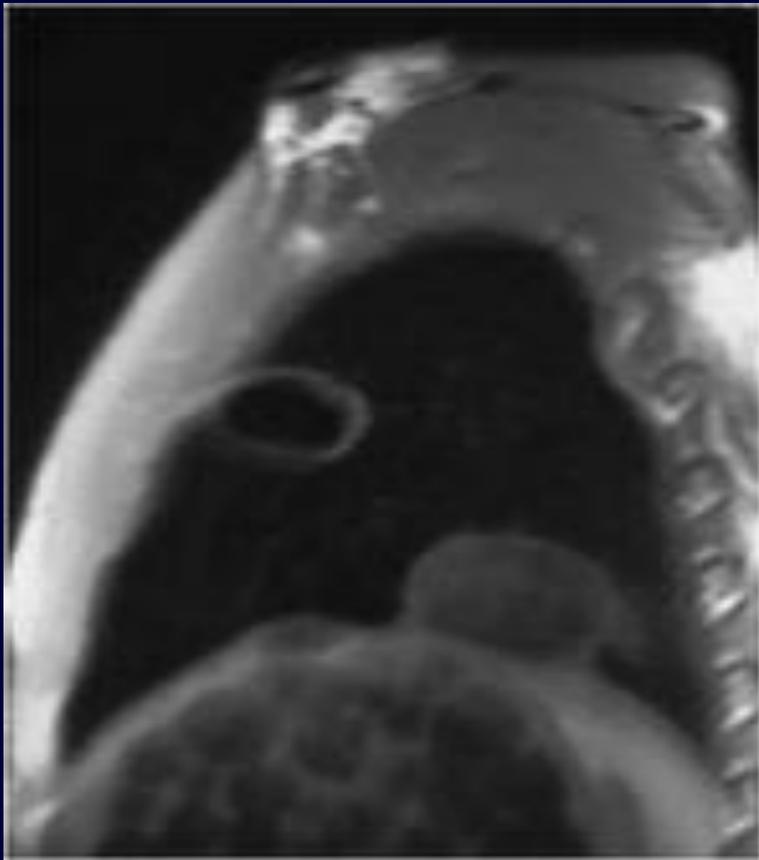
# KHF calcifiée en périphérie avec décollement de membrane



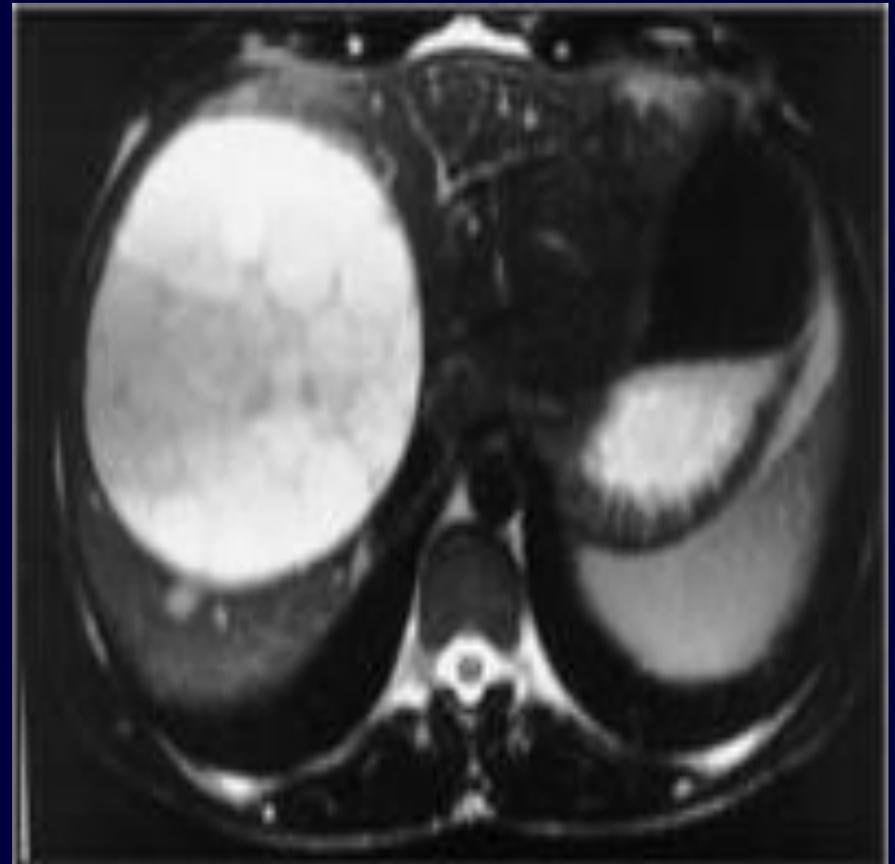
## 9. IRM :

Ses indications sont peu nombreuses, il s'agit essentiellement des complications biliaires du kyste.

**Atteinte hépatique et pulmonaire.**



**Vésicules intra-cavitaires nombreuses (Type 3 de Gharbi)**



## Donc le dgc+ est assurée par :

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

**L'indication opératoire est alors posée, faute de quoi l'évolution se fait vers une augmentation du volume du kyste ou vers une complication.**

# VII- Evolution / Complications :

- 03 possibilités évolutives:
  - Latence clinique: kyste fertile évoluant à bas bruit.
  - Involution: kystes calcifiés avec mort parasitaire.
  - Évolution vers les complications.
- Les complications sont rares ; souvent révélatrice d'un KHF jusqu'à là latent. On peut distinguer 3 types de complications:
  - Complications mécaniques (rupture, compression)
  - Complications infectieuses (suppuration)
  - Complications toxiques

## A. LA RUPTURE:

1) Dans les voies biliaires : Fréquente dans 12-30% des cas , succède à une fissuration biliaire, se produit fréquemment dans les canaux biliaires des segments VII et VIII et selon l'importance de la communication kysto-biliaire ; on distingue les tableaux suivants :

a) Syndrome de migration : 4%

D'une vésicule fille ou d'un débris hédatique dans l'arbre biliaire avec coliques hépatiques banales. Le diagnostic ne peut être affirmé avec certitude qu'après la découverte de débris hydatique dans les selles tamisées.

b) Syndrome d'ouverture large : 20% des kystes ; Se traduit par des poussées d'angiocholite à répétition avec douleur fièvre et subictère rétentionnel

L'ASP montre parfois une pneumatisation intra-kystique limitée qui est le signe pathognomonique de communication kysto-biliaires.

c) Le syndrome d'évacuation ; massive avec ictère rétentionnel chronique par encombrement du cholédoque.

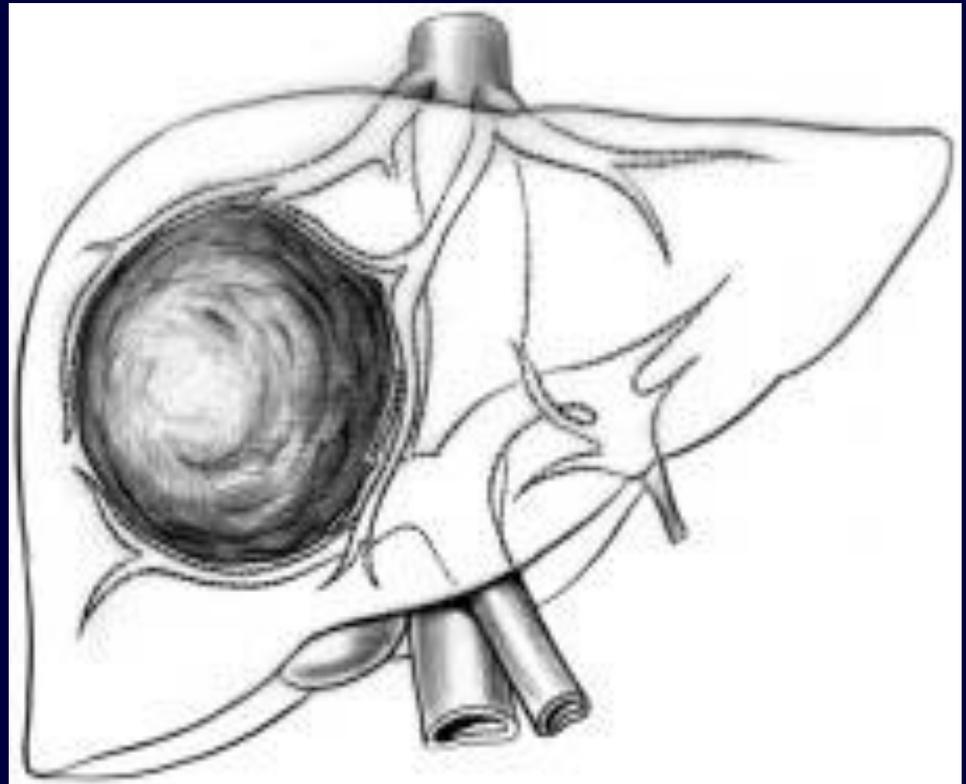
d) Cirrhose hépatique (biliaire) : Complicant autrefois le KHF par destruction chronique.

e) Sténose de l'oddi : Consécutives au simple passage de débris hydatique, cette sténose a des conséquences fâcheuses sur le parenchyme hépatique.

f) La vésicule biliaire : peut être concernée et être le siège de fistulisation ; suivant l'importance de cette fistulisation (spontanée ou provoquée par un traumatisme ; 20% des cas) peut subir une distension brutale avec hydropyocholecyste.

## Mécanisme de la FBK:

Au cours de sa croissance, le kyste refoule les pédicules vasculaires et biliaires qu'il étire. L'étirement des canaux biliaires entraîne leur fissuration et une communication avec le kyste. C'est cette communication avec les voies biliaires qui est responsable de la difficulté du traitement des kystes hydatiques du foie.



## **2) RUPTURE INTRAPERITONEALE :**

C'est la complication la plus fréquente du KHF siégeant à la face inférieure du foie ; pouvant être spontanée ou provoquée par un traumatisme (20%) et se manifestant par :

a) Un syndrome abdominal brutal à type de perforation, avec réaction péritonéale généralisée :

- Douleurs abdominales brutales, vomissements, contracture, état de choc, réaction allergique (œdème de Quincke, dyspnée asthmatiforme urticaire)

b) Soit un tableau moins brutal d'évolution progressive, insidieuse qui est le mode le plus fréquent, la rupture passe inaperçue ou se manifeste par un malaise vague sans lendemain, ce n'est que quelques mois plus tard que le patient consulte pour une ou plusieurs masses abdominales.

c) Les formes observées :

- Hydatidose péritonéale : kyste ayant rompu la dernière barrière hépatique, refoule progressivement le péritoine sans se perforer, dans ce cas le kyste est saillant dans l'ACE.

- Hydatido-péritoine : Cas de kyste rompu dans une poche péritonéale cloisonnée avec un contenu clair.

- Hydato-cholépéritoine : ou cholépéritoine hydatique ; Résulte de la rupture d'un kyste communiquant avec les voies biliaires à contenu infecté.

- Les kystes pelviens du fait de l'inextensibilité du pelvis, il entraîne des accidents par compression (rectum, uretère, vessie ou vaisseaux iliaques).

### **3) RUPTURE INTRA-VISCERALES :**

- Le kyste exceptionnellement fissure à la peau ( sous forme abcédée).
- Le plus svt la fissuration intéresse le tube digestif (estomac, duodénum), bassinet du rein droit. Ces fissurations se traduisent par des signes évocateurs ; cependant le rejet par les vomissements d'éléments hydatiques ou une hydaturie sont des signes pathognomoniques.

### **4) RUPTURE INTRA-VASCULAIRE :**

- Veines sus-hépatiques.
- Veine cave inférieure.

Entraîne une embolie pulmonaire avec choc svt mortel, si le malade survit ; il y a risque e développement d'une échinococose pulmonaire métastatique svt bilatérale.

## 5) RUPTURE PHRENO-THORACIQUE :

- Pleuro-pulmonaire : Complication sévère (2.5%) des kystes du dôme hépatique, l'ouverture vers l'appareil pleuro-pulmonaire s'effectue par deux mécanismes :
  - Emission de bile lors des efforts de toux
  - Ouverture vers la plèvre plus rare vue le cloisonnement progressif de cette séreuse.
- Deux signes majeurs :
  - \* Vomique hydatique ; 56%
  - \* Expectoration biliaire
- Ces signes apparaissent après une période de fissuration pulmonaire (fièvre, toux et expectorations mucopurulentes)
- La fissuration bilio-bronchique s'effectue secondairement, l'AEG est rapide avec fièvre oscillante et cachexie progressive.
  - Rupture pericardique : Exceptionnelle, rapidement mortelle.

## B. COMPRESSIONS :

Le développement du kyste comprime progressivement les voies biliaires, vaisseaux sanguins (VP, VCI et VSH) au niveau du parenchyme ou du pédicule hépatique.

### ■ Compression des voies biliaires :

- Ictère rétentionnel 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'ASP, 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 nécrose du territoire hépatique correspondant avec augmentation des transaminases.

■ Compression des VSH : avec syndrome de Budd Chiari.

Cirrhose hypertrophique – Œdème et HTP.

■ Diagnostic positif :

▫ Splénographie

▫ Artériographie sélective du tronc caelique

▫ Cavographie

▫ Mesure de la pression en complément du bilan préopératoire.

■ 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.

■ Compression de l'estomac ; intérêt du TOGD

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

■ 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 :

- Suppuration torpide
  - Etat subfébrile
  - Sensibilité douloureuse de la tumeur hépatique
  
- Suppuration aiguë : Syndrome infectieux sévère avec fièvre oscillante, AEG, douleurs vives abdomino-thoraciques et réaction péritonéale.
  
- 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.
  
- Suppuration subaiguë : Douleur, accès fébriles et gros foie douloureux
  
- Suppuration suraiguë ; abcès du foie.





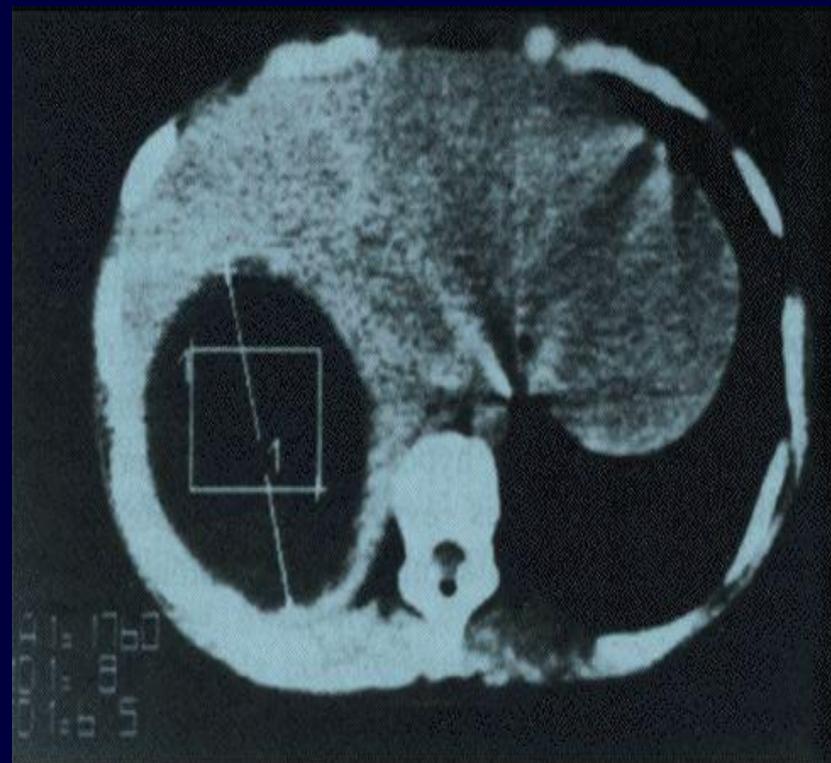
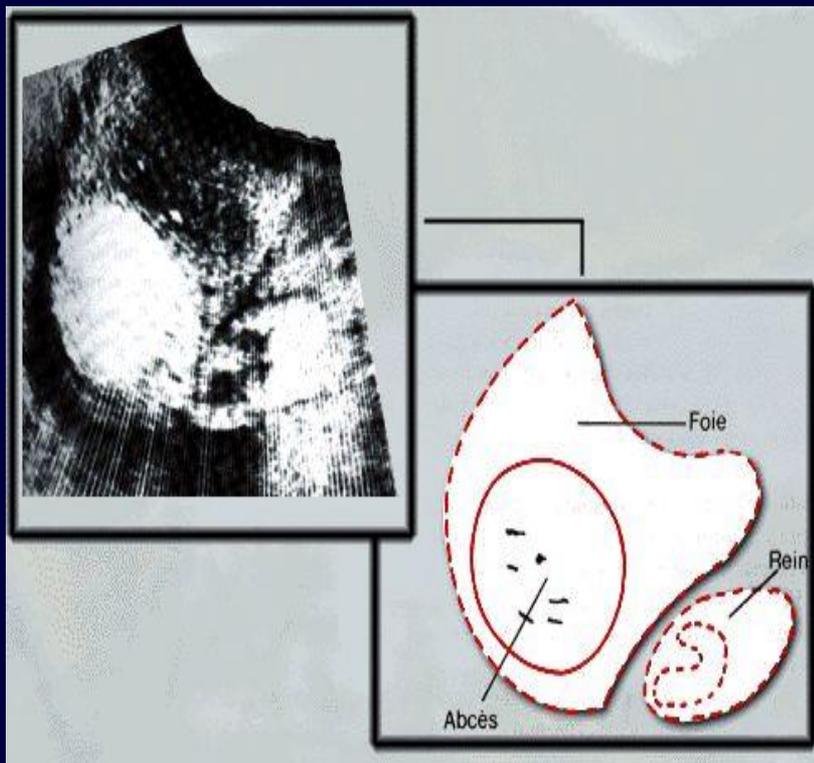
# Formes associées aux kh de la tete pancreas et du rein



## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : Trois ordres de problème

- ▣ 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.
- ▣ Éliminer les autres tumeurs du foie ; grâce aux données des examens complémentaires ;
  - Tumeurs malignes ; hypervascularisée 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 périkystiques**
  - Cirrhose hypertrophique
- ▣ Problème de la lithiase biliaire auxquels elle s'associe et n'élimine en rien le diagnostic de KHF.

# Abces du foie



# Traitement

- ▣ Médical
- ▣ Chirurgical:
  - Buts
  - Voies d'abord
  - Méthodes:
    - Trt du parasite
    - Dépistage des complications biliaires par exploration
    - Trt de la cavité résiduelle:
      - Méthodes conservatrices, méthodes radicales
  - Indications: (Kyste simple, selon la localisation, suivant les complications, kyste calcifié, kyste multiple)
  - Résultats



# Méthodes :

## ▣ Traitement du parasite :

- 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 trocard 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.
- Le contenu du kyste aspiré ; ouverture large de la cavité
- Extraction de tous les débris hydatiques.

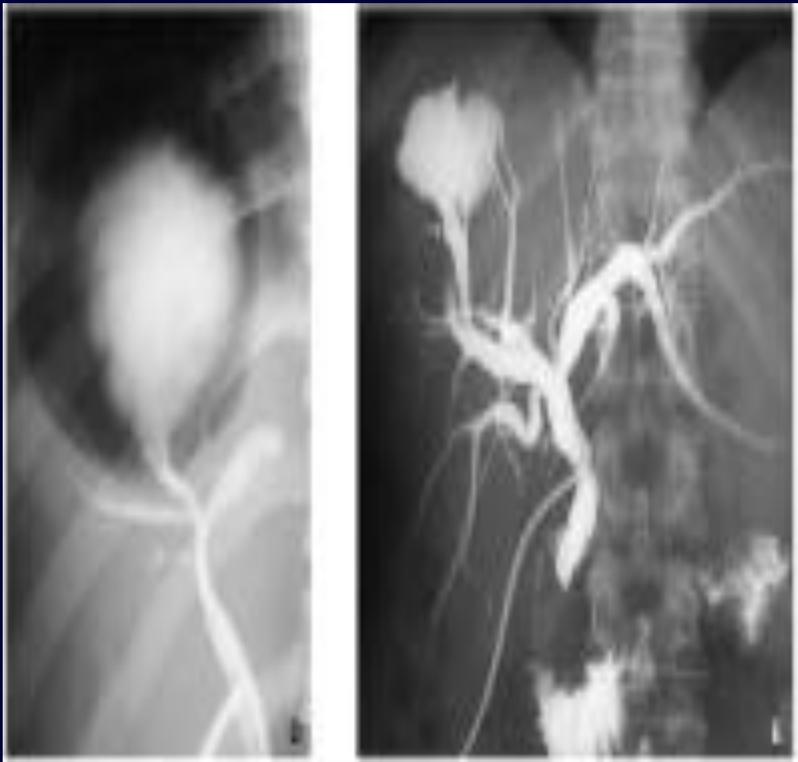
## ▣ Dépistage des complications biliaires par exploration :

- Radiomanométrie ; surtout CPO couplée à une épreuve au bleu de méthylène; épreuve de bourgeon à la recherche de fistule biliokystiques :
  - Fistules bilio-kystiques évidente quand l'exploration de la cavité résiduelle montre un flux de bile.
  - Fistules objectivées par CPO ; associée ou non à l'épreuve du bleu de méthylène ; Cette CPO peut se faire par voie transvésiculaire ou transcystique avec clampage du pédicule hépatique pour permettre au produit de remonter vers le foie (VBIH) permet d'affirmer la communication devant l'apparition de bleu de méthylène dans le fond de la cavité résiduelle. La FBK doit faire explorer la totalité (radiologiquement) de la VBP car l'obtention d'une VBP libre est une impérative de la chirurgie du KHF. Cette CPO permet de découvrir un kyste méconnu, une lésion associée telle que une LVBP ou une dystonie oddienne.

# Cholangiographie : avant et apres fermeture de la fistule BK

opassification de la cavite residuelle à travers la fistule bilio kystique

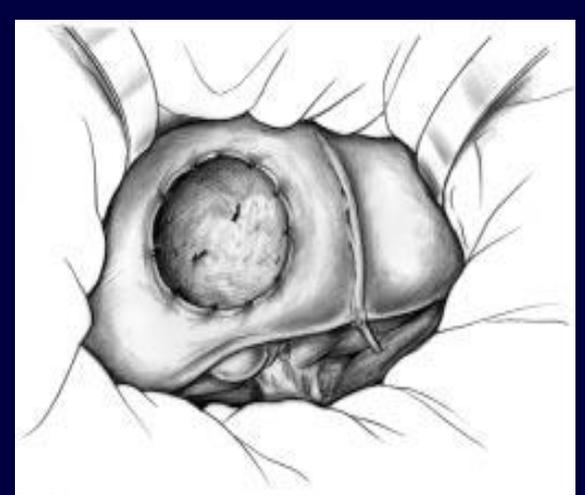
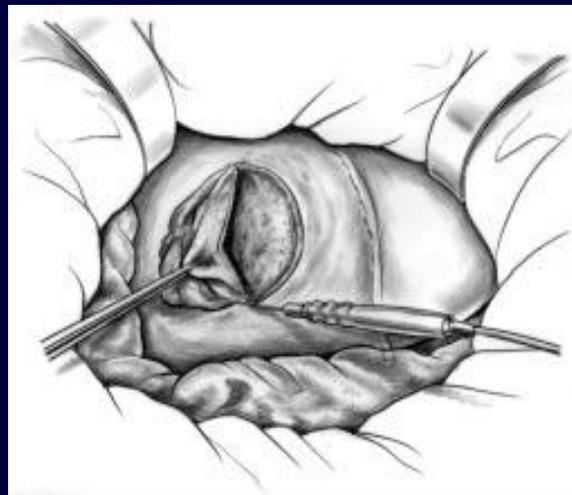
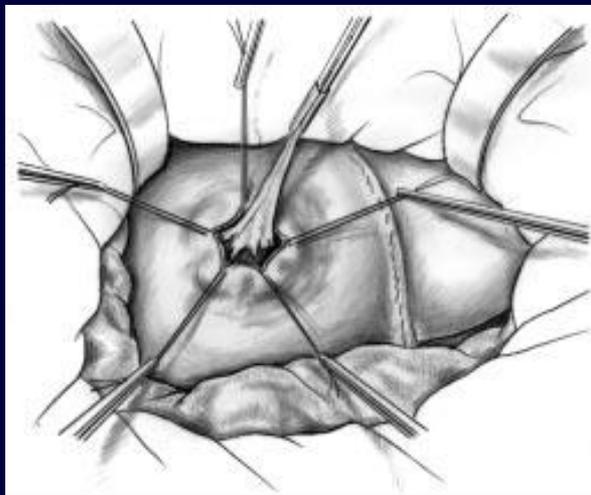
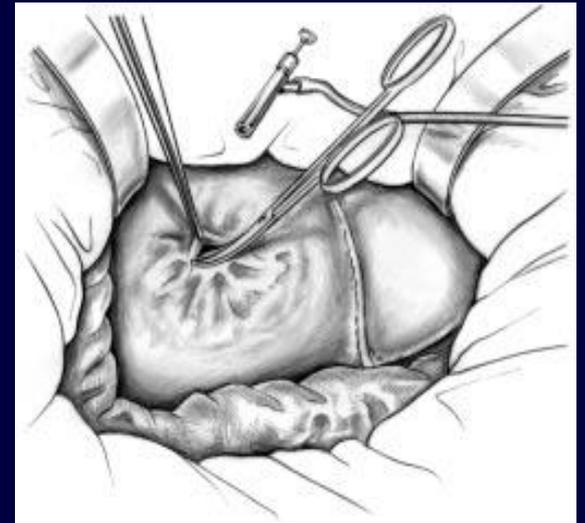
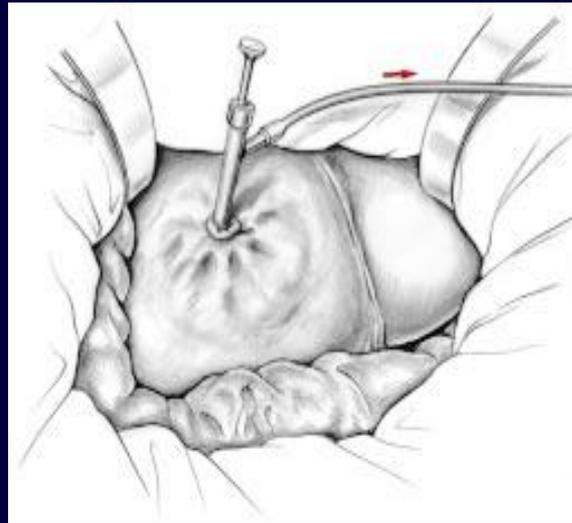
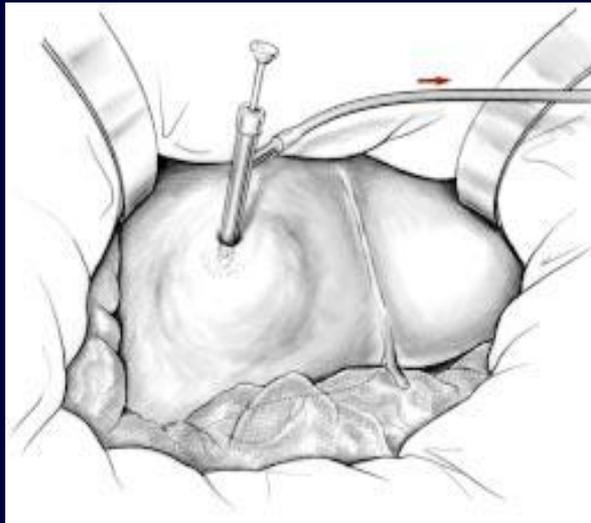
deconnection kysto billiaire apres suture de la fistule + drain de kher



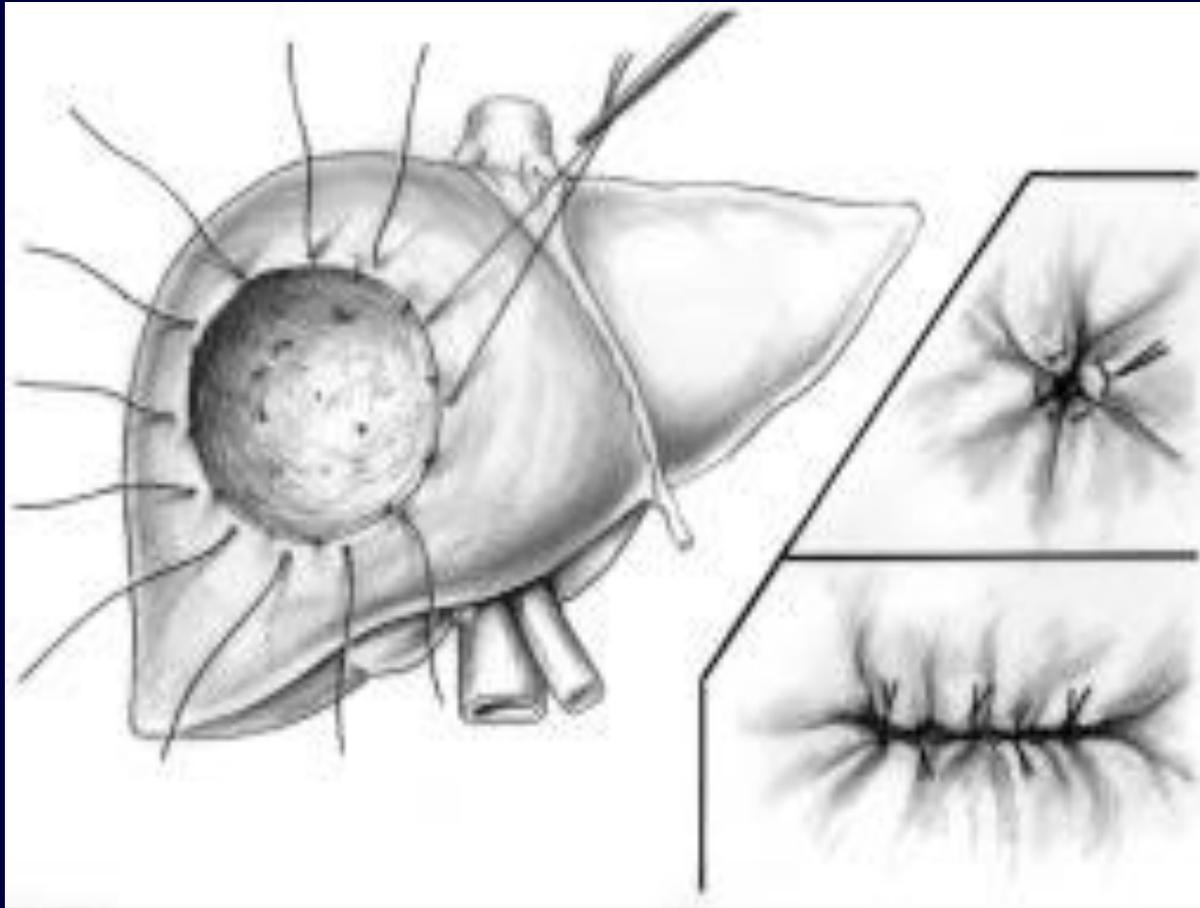




# Resection du dome saillant



Fermeture de la cavité résiduelle par capitonnage à l'aide de fils forts (0 ou 1). La technique en « paletot » permettrait d'effacer plus complètement la cavité résiduelle.



# Difficultee operative

les rapports d'un volumineux kyste hydatique central du foie avec des pédicules portaux et la veine sus-hépatique droite.



un volumineux kyste hydatique central du foie.

Une lobectomie gauche a été nécessaire pour accéder au dôme saillant et en réséquer une large surface. Le kyste était ouvert dans une veine sus-hépatique



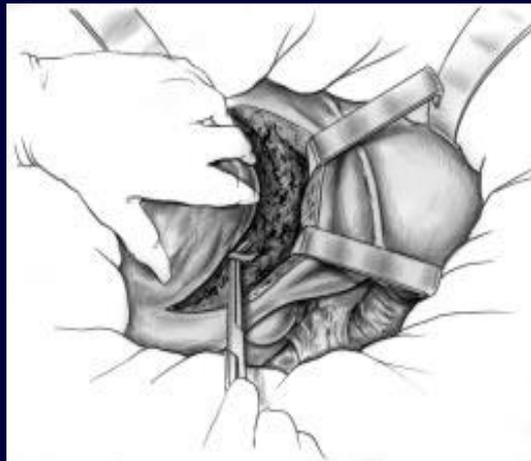
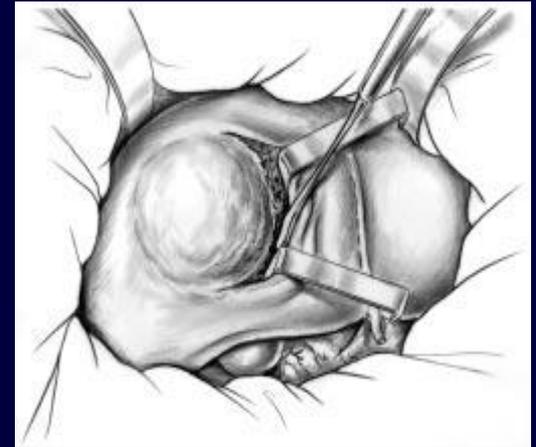
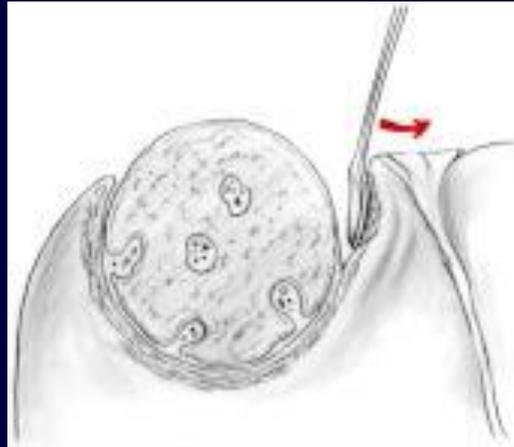
▣ Périkystecto-jéjunostomie : Indiquée

- 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
- Evite les déperditions biliaires
- Réalisable à chaque fois que la suture est possible mais la calcification ne le permet pas toujours.

▣ Périkystoduodénostomie : elle est Réservée aux kystes de la face **inférieure droite** ( les anastomoses kysto-digestives exposent aux accès fébriles et parfois aux chocs anaphylactiques.

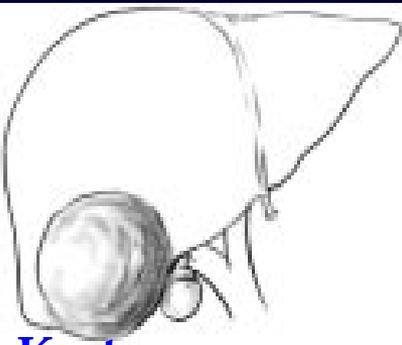


# prikystectomie

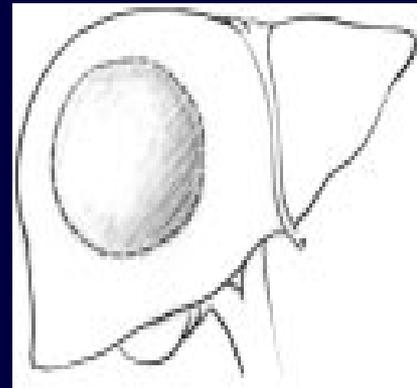




A. Petit kyste de la face inférieure du foie droit. Une périkystectomie est simple.



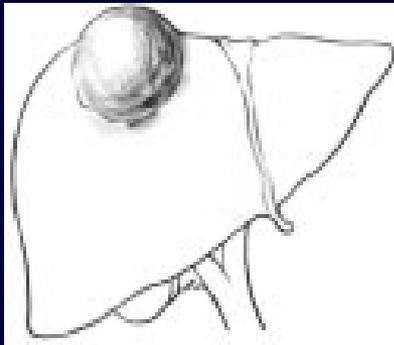
Kyste centrohépatique du foie droit



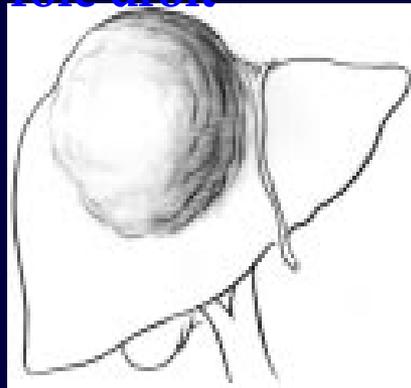
Une hépatectomie droite

Kyste du dôme du foie.

Une périkystectomie

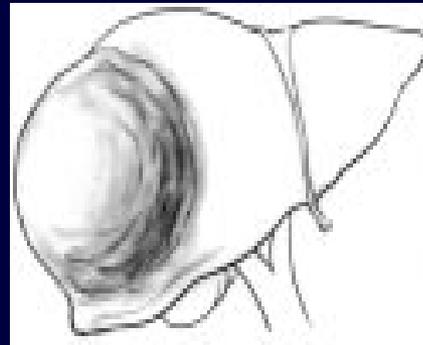


Très volumineux kyste de la partie supérieure du foie droit

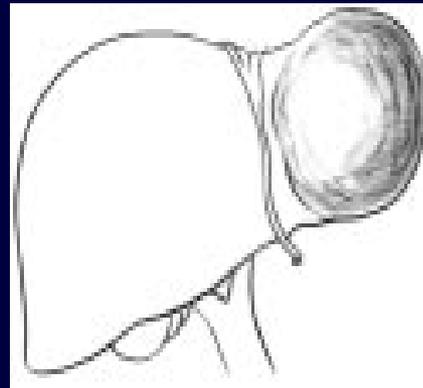


hépatectomie droite

Volumineux kyste latéral du foie droit  
périkystectomie à kyste fermé

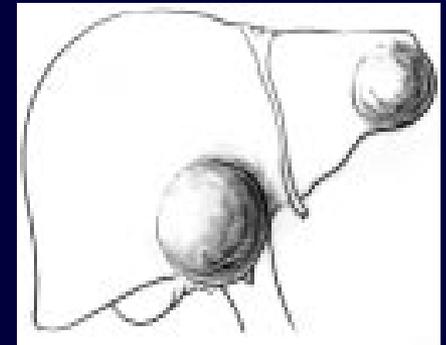


Volumineux kyste du lobe gauche

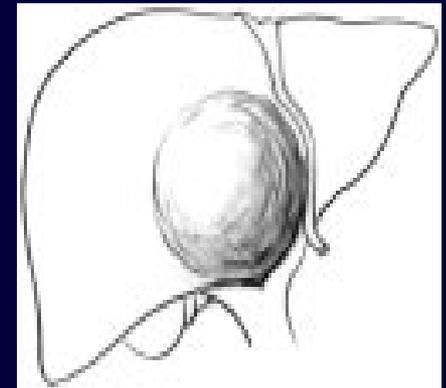


lobectomie gauche

Kyste du bord antérieur du segment IV ou périphérique du lobe gauche  
La périkystectomie



Volumineux kyste central du segment IV

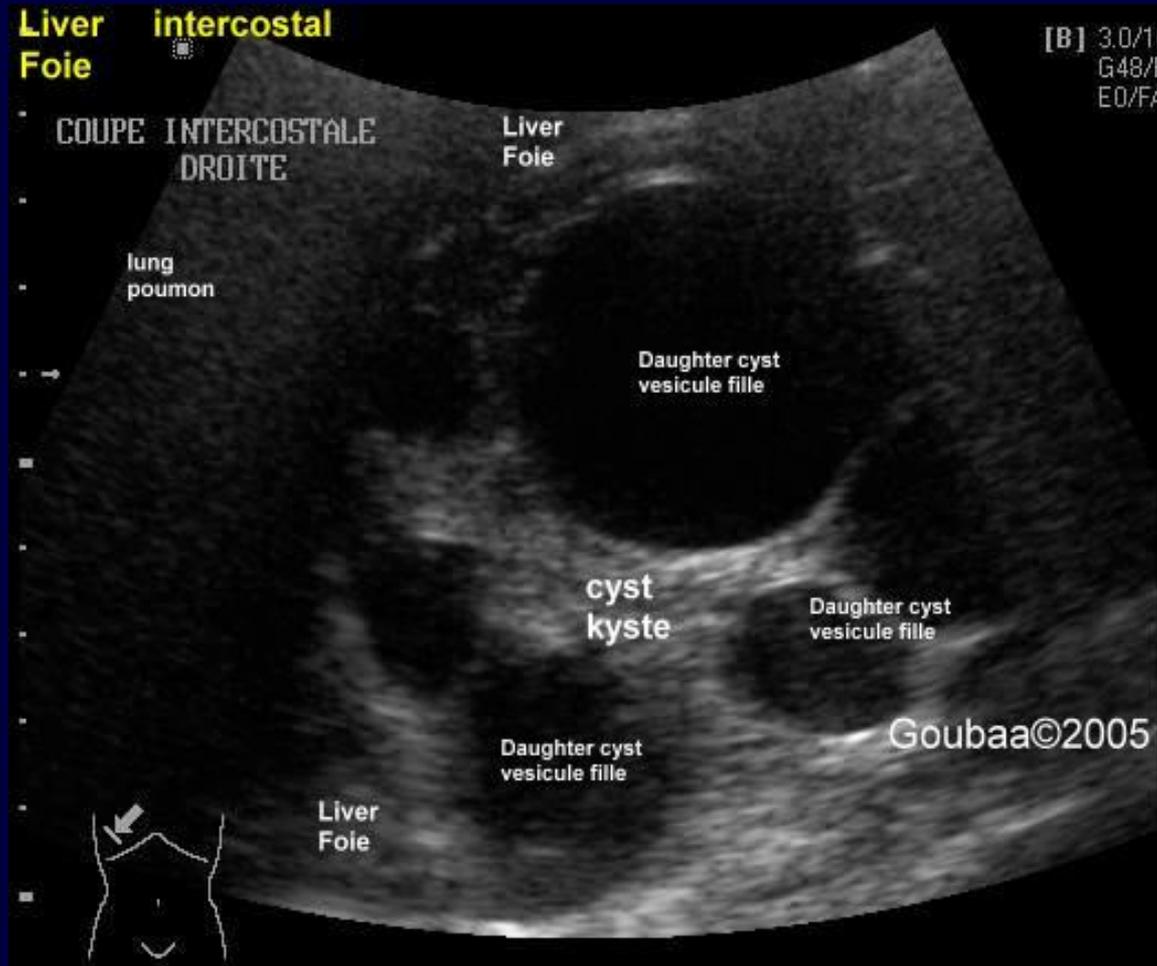


hépatectomie gauche

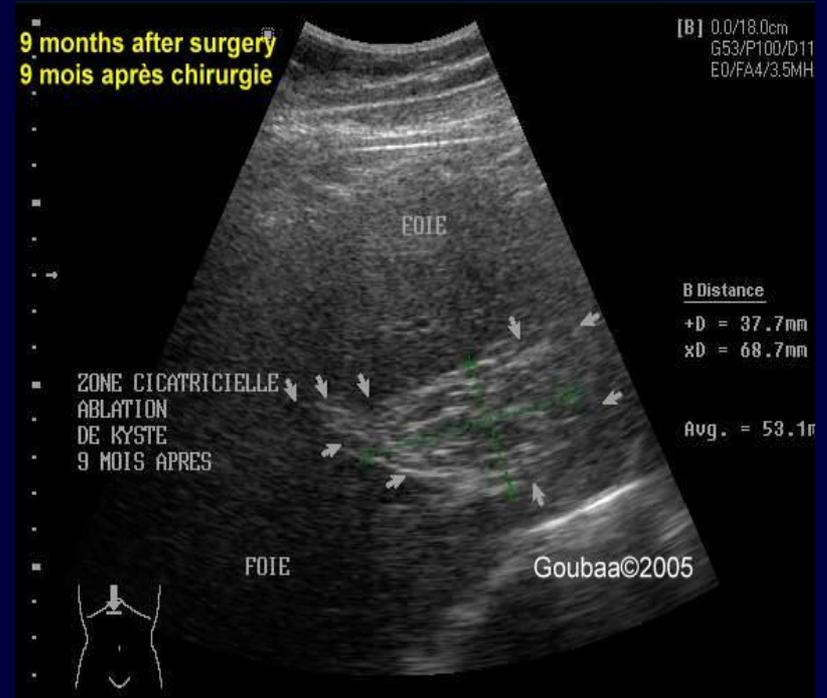
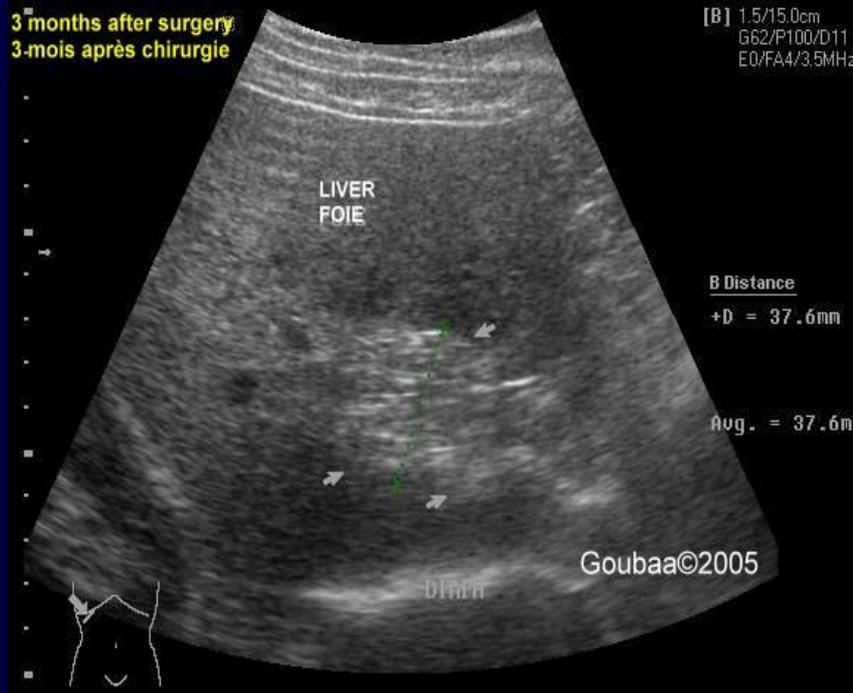




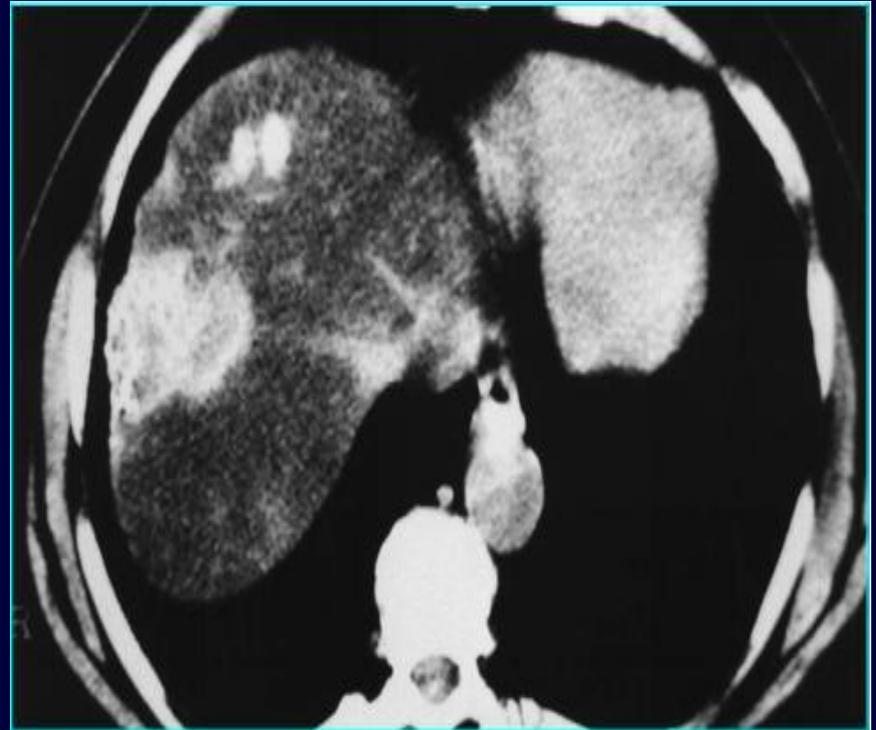
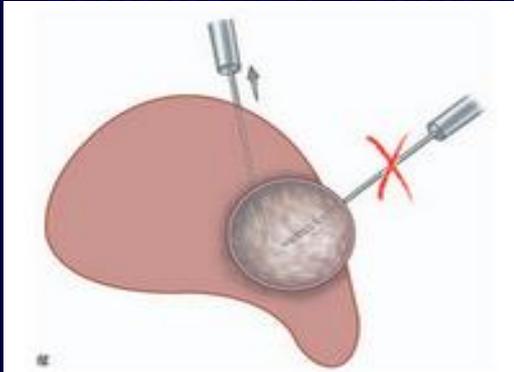




# Khf apres chirurgie



3 mois et 6 mois apres Pair:poncion aspiration  
ecion de scolicide

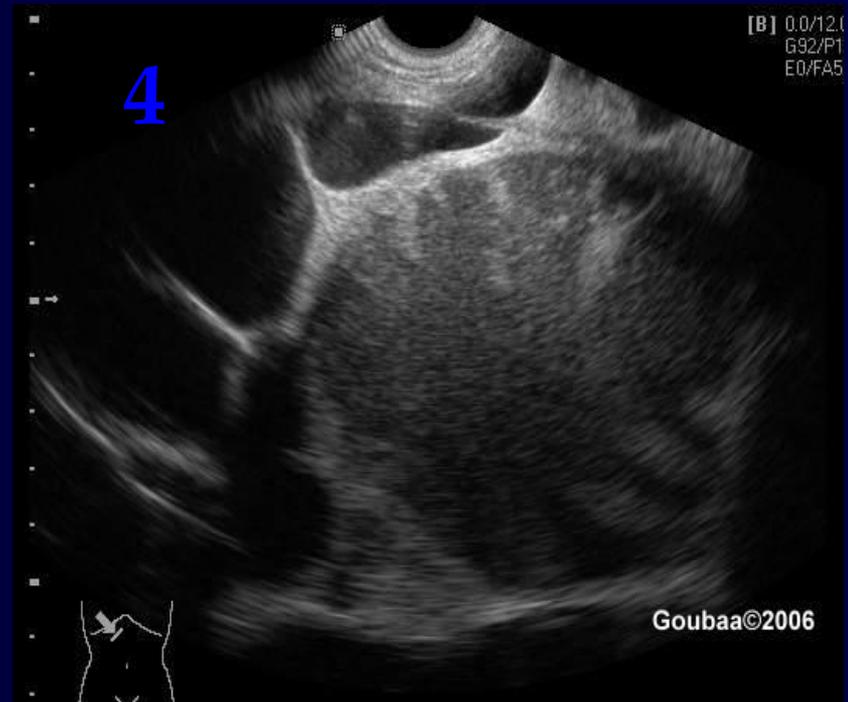
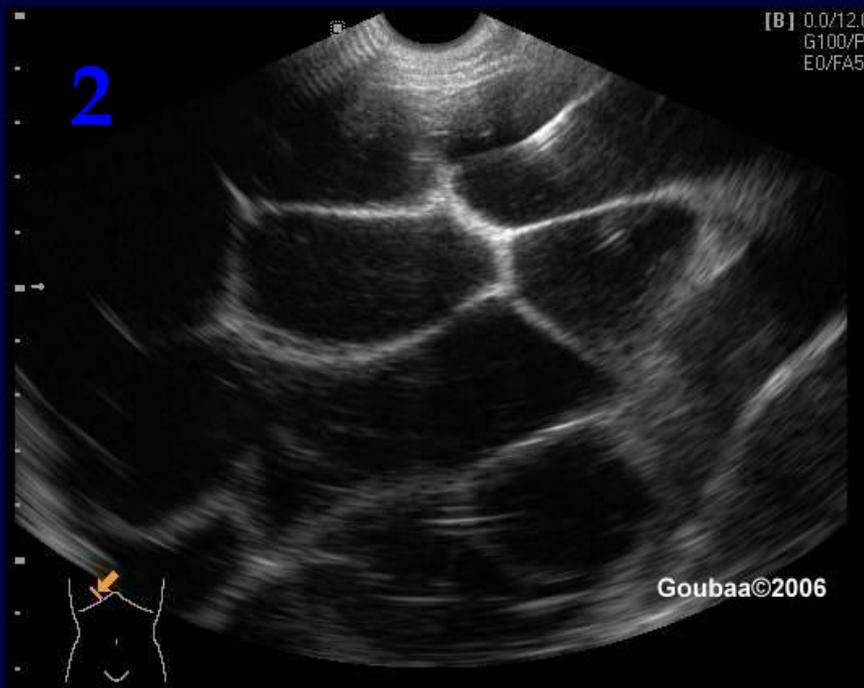




# Petit Cas clinique

- Patient âgé de 23 ans présente depuis une année une distension abdominal sans douleur. L'examen physique montre une hépatomégalie avec une distension abdominale très importante. Les tests hépatiques sont normaux . Regardez les clichés écho du foie et essayez de retrouver le diagnostic.





- **L'échographie** retrouve une masse kystique multiloculaire du foie envahissant tout lobe droit. La masse kystique entière mesure 30 centimètres. cette grande masse hépatique est remplie de multiples vésicules filles envahissant pratiquement tout le foie. Les vésicules sont de taille variable; les parois sont régulières et lisses. les balayages au **scanner** et la **biologie** confirment le diagnostic . L'aspect en nid d'abeille formé par ces vésicules filles est fortement évocateur d'echinococcose hépatique.

SEROLOGIE DU KYSTE HYDATIQUE

.Technique: Hémagglutination indirect

.Résultat : Positif

.Titre : 1/320

Négatif: si &lt; 1/160

<u>Examen</u>	<u>Résultats</u>	<u>Valeurs usuelles</u>
GLYCEMIE.....	0.94 g/l 5.22 mmol/l	0.70 à 1.10 3.88 à 6.10
UREE.....	0.33 g/l 5.51 mmol/l	0.15 à 0.45 2.5 à 7.5
<u>BILIRUBINE</u>		
BILIRUBINE TOTALE.....	7.00 mg/l 11.97 µmol/l	< 10 < 17
BILIRUBINE DIRECTE (CONJUGUEE)...	0.50 mg/l 0.86 µmol/l	< 2.5 < 4.1
BILIRUBINE INDIRECTE.....	6.50 mg/l 11.11 µmol/l	< 7.5 < 12.8
PHOSPHATASES ALCALINES.....	53.00 U/l	21 à 92

HEMOGRAMME

Hématies.....	4.20 millions/mm <sup>3</sup>	4.3 à 5.9
Hématocrite.....	36.50 %	39 à 54
Hémoglobine.....	11.90 g/100 cm <sup>3</sup>	13 = ..
Volume Globulaire Moyenne.....	87 µ <sup>3</sup>	82 à 98
Teneur Globulaire Moyenne.....	28 p <sup>3</sup>	27 à 32
C. G. M.....	33 %	31 à 38
Leucocytes.....	6000 /mm <sup>3</sup>	4000 à 10000

FORMULE LEUCOCYTAIRE POUR 100

<u>Polynucléaires :</u>		
Neutrophiles.....	63 % (45 à 70 )	Soit 3780 /mm <sup>3</sup> (1800 à 7000 )
Eosinophiles.....	0 % (0 à 3 )	Soit 0 /mm <sup>3</sup> (0 à 300 )
Basophiles.....	0 % (0 à 0.5 )	Soit 0 /mm <sup>3</sup> (0 à 50 )
Lymphocytes.....	33 % (20 à 40 )	Soit 1980 /mm <sup>3</sup> (800 à 4000 )
Monocytes.....	4 % (3 à 7 )	Soit 240 /mm <sup>3</sup> (120 à 700 )

PLAQUETTES..... 314000 /mm<sup>3</sup> 150000 à 400000

VITESSE DE SEDIMENTATION

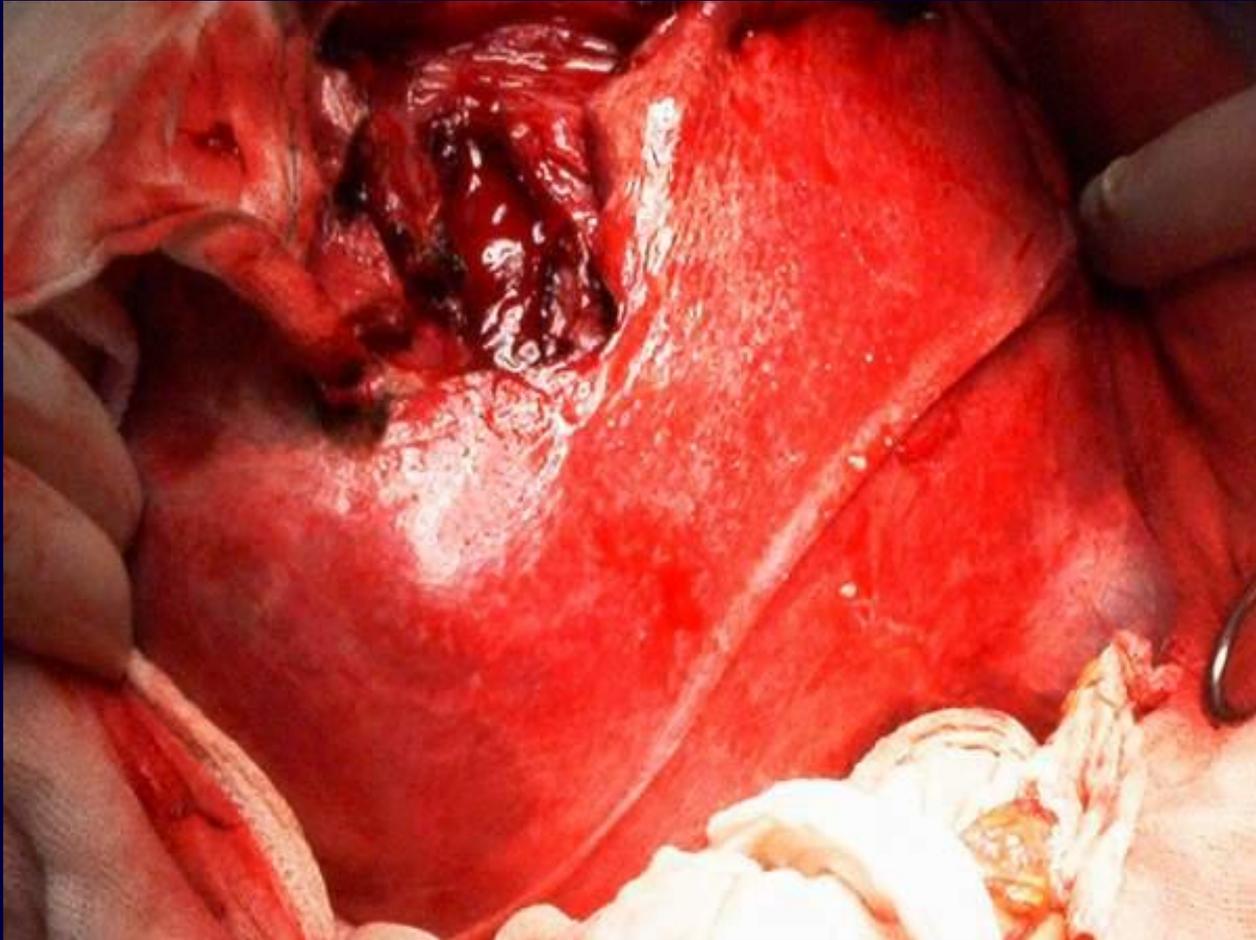
1 <sup>o</sup> Heure.....	54 mm	2 à 8
2 <sup>o</sup> Heure.....	102 mm	6 à 16

Voici le bilan  
biologique du  
malade tout a  
fait correct

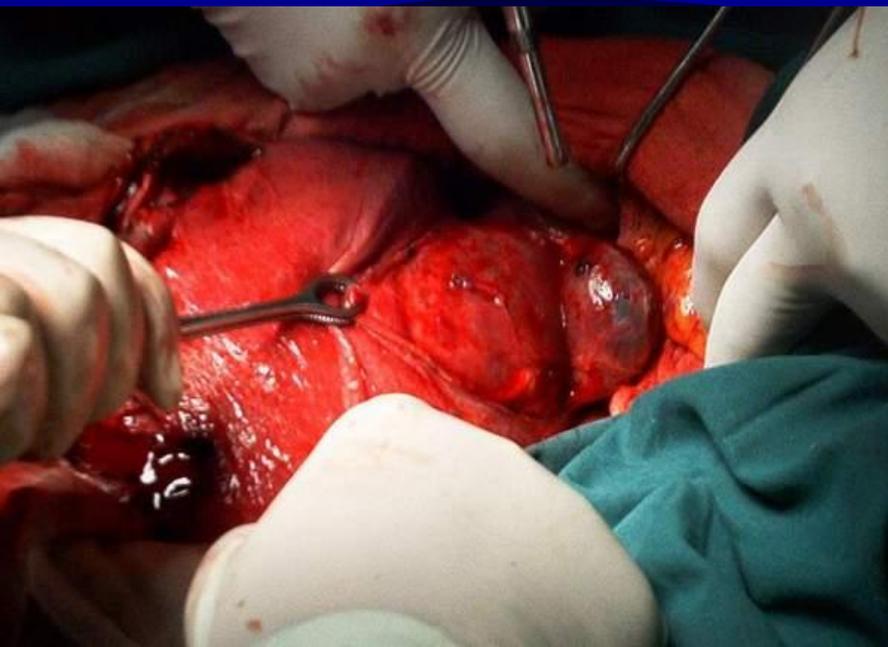
# TDM: aspect en nid d'abeille confirmant l'échinococcose hépatique



- **Le malade est ensuite opéré:**



Etape 1



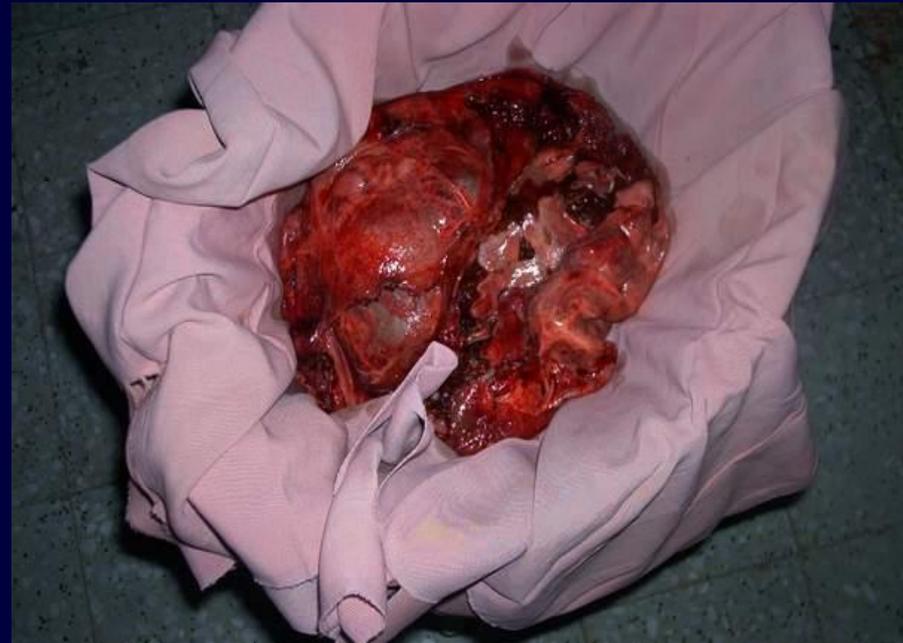
Etape 2



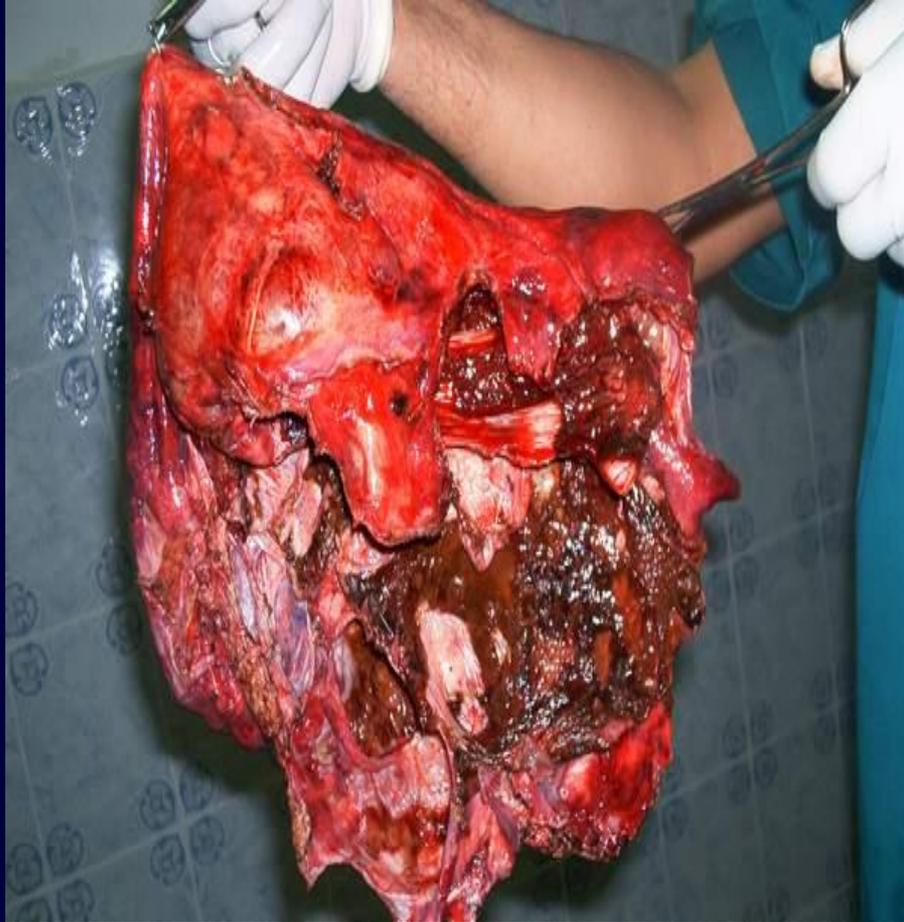
Etape 3



Etape 4



# Piece destinée a l'anapath



**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

Polykystose hépatique ; KH du foie ? autre ?

**MACROSCOPIE :**

A- Une vésicule biliaire ouverte mesurant 7 cm de longueur et 5 cm de circonférence à paroi peu scléreuse et à muqueuse bien teintée de bile.

B- Un kyste séreux de 2 cm de diamètre et trois lambeau de paroi d'un kyste le plus grand de 3x2x1 cm

C- une formation kystique, multiloculaire mesurant 30x25x20 cm, comportant à la coupe plusieurs cavités kystique à surface interne souvent lisse, parfois hémorragique ; il n'y a pas de membrane hydatique

**HISTOLOGIE :**

A- La muqueuse vésiculaire est papillaire, assez cryptique, tapissée par un épithélium cylindrique régulier sans atypie ; le chorion est modérément infiltré de lymphocytes et de plasmocytes ; il existe par ailleurs une légère fibrose transpariétale ; il n'y a pas de signes de malignité

B&C- Plusieurs prélèvements ont été effectués ; ils montrent une polykystose hépatique ; il s'agit de kyste bœntns tapissés par un épithélium cubique simple, de type biliaire, sans atypie, reposant sur une bande de tissu fibreux comportant plusieurs néo calicules biliaires ; le parenchyme hépatique adjacent est fibrosé ; il n'y a pas de membrane hydatique ni de scolex ; il n'y a pas de signes de malignité

**DIAGNOSTIC :**

**Cholécystite chronique**

**Polykystose hépatique ; absence de signes de malignité**