

Prise en charge du Kyste Hydatique Hépatique rompu dans les voies biliaires

Introduction:

L'hydatidose, ou échinococcose, est une anthroponose cosmopolite causée par le développement de la forme larvaire de l'Echinococcus Granulosus, ténia du chien. Elle est particulièrement endémique dans les pays du pourtour méditerranéen, tels que le Maroc, et représente un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence, de sa morbidité et de sa mortalité potentielle» [1].

Le diagnostic repose sur une combinaison d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques, et il est systématique lors de toute chirurgie du kyste hydatique du foie (KHF). Le traitement est principalement chirurgical, bien que la gestion de ces complications reste un défi en raison des difficultés opératoires et des risques de complications post-opératoires [2].

Objectifs:

Dégager les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la rupture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires.

Matériels et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée au sein du service de chirurgie viscérale et digestive à hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI de Marrakech.

Notre étude porte sur 35 cas de rupture du kyste hydatique hépatique dans les voies biliaires traités durant la période allant de Janvier 2018 au Décembre 2023.

Résultats:

Dans notre étude 94 patients étaient opérés pour kyste hydatique du foie dont 35 cas étaient compliqués de fistules biliaires, soit une fréquence de 37%, La série comprend 27 femmes et 8 hommes. Leur âge varie entre 15 et 70 ans, avec un âge moyen de 38,9 ans. Nos patients étaient dans 73% des cas d'origine rurale et la notion de contact avec les chiens était présente dans 77% des cas.

Les signes cliniques retrouvés chez nos patients étaient variables et la majorité des cas présentaient une association de plusieurs symptômes : douleur (97% des cas), ictère (77,1% des cas), syndrome fébrile (100% des cas), angiocholite aigüe (77,1% des cas) et pancréatite aigüe (11,4%).

Les examens radiologiques jouent un rôle important dans le diagnostic, notamment l'échographie, complétée en cas de doute par le scanner abdominal. Dans notre série, l'échographie avait montré des signes directs et /ou indirects de rupture kysto-biliaire dans 60% des cas, alors que le scanner, demandé chez tous nos patients, a fait le diagnostic de rupture du KHF dans les voies biliaires dans 62,8% des cas. Le diagnostic de certitude n'a été fait qu'en per-opératoire par un examen minutieux de la cavité kystique.

Le but du traitement est l'éradication du parasite, le traitement de la cavité résiduelle et de la fistule biliaire. Les gestes opératoires étaient 7 péri-kystectomies à kyste fermé et 1 à kyste ouvert. Par ailleurs, dans la plupart des cas, le traitement était la résection du dôme saillant dans 71,4% des cas. Le traitement a été complété par un aveuglement de la fistule biliaire dans 65% des cas et un drainage bipolaire 48,5% des cas.

Les suites postopératoires étaient simples dans 85,7% des cas, alors que 14,2% des cas ont présenté des complications post-opératoires, dominées par les fistules biliaires externes retrouvées dans 8,5 % des cas avec un séjour post-opératoire long arrivant jusqu'à 10 jours.



Figure 1: Pièce de résection du dôme saillant d'un kyste hydatique multi-vésiculaire.



Figure 2: Image per-opératoire d'une hépatectomie partielle pour KHF gauche fistulisé dans les voies biliaires intra-hépatiques.



Figure 3: Pièce de péri-kystectomie pour KHF gauche fistulisé au niveau des voies biliaires accessoires.

Discussion:

Les formes latentes des fistules kysto-biliaires sont fréquentes [3]. Elles se manifestent souvent par un ictère rétionnel ou une angiocholite. Elles sont l'apanage du kyste hydatique du foie droit [4]. En l'absence de manifestations cliniques évocatrices d'une complication, le bilan initial est établi par une échographie abdominale [5] et un bilan biologique à la recherche d'une cholestase [6]. Une tomодensitométrie (TDM) abdominale peut être indiquée en cas de doute diagnostique (kyste hydatique du foie de type IV selon la classification de Gharbi) ou des kystes centro-hépatiques pour étudier les rapports vasculaires et biliaires ainsi que dans les formes compliquées [7]. Les indications de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont peu nombreuses. Il s'agit essentiellement des complications biliaires et du bilan étiologique d'un kyste n'ayant pas fait sa preuve [8].

La chirurgie est le traitement de référence. Elle doit être conservatrice (résection du dôme saillant) avec suture des fistules [9]. Le traitement des fistules doit être rigoureux pour éviter les complications post-opératoires [10]. En cas de fistule inférieure à 5 mm, l'aveuglement de la fistule associé à un drainage de la cavité résiduelle est un traitement simple, mais son principal inconvénient est le risque de fuite biliaire prolongée et d'abcès sous-phrénique [11]. L'épiplooplastie doit être faite avec précaution [12]. Les indications du traitement opératoire varient en fonction du calibre de la fistule kysto-biliaire et doivent être discutées cas par cas. En cas de fistule large dans la voie biliaire principale (VBP) dilatée contenant du matériel hydatique, le traitement consistera en une fermeture obligatoire des fistules biliaires avec drainage de la voie biliaire principale (VBP) et drainage de la cavité résiduelle [13]. En cas de fistule large avec VBP dilatée, le traitement indiqué est la fermeture de la cavité résiduelle avec respect de la fistule et drainage de la VBP ou sphinctérotomie endoscopique [14]. Aussi, pour la fistule large avec VBP dilatée, elle sera drainée par un drain de Kehr dans la convergence avec un autre drainage de la VBP et drainage de la cavité résiduelle : déconnexion kysto-biliaire par cholédocotomie trans-hépto-kystique (Perdromo) [15]. C'est la technique de choix avec une faible morbidité, mais elle nécessite souvent une hospitalisation prolongée. En cas de fistule large avec VBP de calibre normal, la

suture des fistules biliaires est obligatoire avec de la cavité résiduelle sans drainage biliaire(Assadourian) [16]. La périkysectomie partielle ou totale avec suture des fistules et drainage de la cavité résiduelle est indiquée en cas de kyste multi-vésiculaire [17] (**figure 1**). La lobectomie ou l'hépatectomie réglée à l'avantage de supprimer la cavité résiduelle emportant les fistules mais le risque hémorragique est non négligeable [18] (**figure 2**). Dans notre série, nous avons réalisé 7 cas de péri-kysectomie à kyste fermé et 1 à kyste ouvert (**figure 3**). La chirurgie du KHF compliqué est souvent source de complications post-opératoires. La morbidité était très faible 5 cas seulement dans notre étude, marquée essentiellement par les fistules biliaires externes retrouvées dans 3 cas, 1 cas de surinfection de la cavité résiduelle traitée par une antibiothérapie.

L'évaluation de la morbi-mortalité reflète la qualité de chirurgie. En 1992, Clavien et collaborateurs ont proposé une classification des complications post-opératoires, révisée par d'autres auteurs [19]. Actuellement, La classification de Clavien-Dindo est de mise [20]. Elle définit la complication chirurgicale comme toute déviation par rapport à l'évolution post-opératoire idéale qui n'est pas inhérente à la procédure et ne comprend pas un défaut de guérison [21]. Le grade III b de la classification de Clavien-Dindo est dominant dans notre étude, témoignant de la gravité des fistules kysto-biliaires. La sphinctérotomie endoscopique était proposée pour le tarissement de la fistule. La sphinctérotomie endoscopique est indiquée en cas de kyste centro-hépatique avec large fistule, fistule biliaire externe post-opératoire intarissable ou à haut débit et en cas d'angiocholite sévère [22].

Conclusion:

Le kyste hydatique du foie, particulièrement endémique au Maroc, est souvent diagnostiqué tardivement, généralement lors de complications, dont la fistulisation dans les voies biliaires est la plus fréquente. Cette complication survient principalement chez les jeunes adultes actifs et se manifeste par des symptômes peu spécifiques. L'ictère rétionnel et les poussées d'angiocholite sont des signes cliniques qui, bien qu'évocateurs, ne permettent pas toujours un diagnostic précoce.

Ainsi, la recherche systématique de fistules biliaires est essentielle lors des investigations morphologiques et chirurgicales relatives aux kystes hydatiques du foie.

Références:

- [1] Boussofara M, Sallem R ; Raucoules-Aimé M, « Anesthésie pour chirurgie du kyste hydatique du foie. Encycl. Méd. Chir., anesthésie réanimation, 2005, 36-565-A-10.»;
- [2] Blairon L, Derbe F, Ben Hadj Hamida R, Delmce M., « Le kyste hydatique du foie. Approche clinique et thérapeutique.A propos de 97 cas opérés dans un CHU de Tunisie centrale. Mal Infect 2000 ;30 :641-9»;
- [3]. Abi. F- El Fares .F - Bouzidi ; A. Les kystes hydatiques du foie. 1988. A propos de 181 cas compliqués. Lyon Chir 84:418-20;
- [4]. Mahi. M- Akjouj. S- El Kharras. A et al. Imagerie de la maladie hydatique. Journal de radiologie, 2008, 89 (10) : 1616;

- [5]. Gharbi. HA – Hassine. W- Brauner. MW. Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology, 1981, 139, 459 – 463;
- [6]. Barros J.L. Hydatid disease of the liver Am J Surg 1978 ; 135 : 597-600;
- [7]. Serguney. S- Tortum. O- Haydar. A. Les kystes hydatiques compliqués du foie. Ann Chir 1991. 45:584 – 9;
- [8]. Klotz.F- Nicholas. X- Deboune . JM. Kyste hydatique du foie. EMC.Hépatologie. 7-023-A-10;
- [9]. Bouzidi. A- Chehab. F. Traitement chirurgical des fistules bilio kystiques d'origine hydatique : 83 cas. J Chir 1997. 134:114 – 8;
- [10]. Nunnari. G - Pinzone. MR- Gruttadauria.S and al. Hepatic Echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. World J: Gastroenterol 2012; 18 (13):1448-58;
- [11]. Settaf. A - Bargach. S - Lamlou. M. Traitement de la fistule kysto biliaire du kyste hydatique du foie. J Chir 1991. 128:133- 8;
- [12]. Dziri. C- Paquet. J.C - Hay J.M and al. the French Associations for Surgical Research Omentoplasty in the prevention of deep abdominal complications after surgery for hydatid disease of the liver: A Multicenter, Prospective, Randomized Trial J Am Coll Surg 1999. 188 : 281-289;
- [13]. Mentouri. B- Roche. P - Hammani. A et al. La place de la périkystectomie dans le traitement du KHF. Chirurgie 1975, 101/882 – 4;
- [14]. Goinard. P- Pélissier. P - Pegullo. J. Mise au point du traitement chirurgical du kyste hydatique du foie. Ann Chir 1959 : 13-1139-47;
- [15]. Perdmoro. R- Alvarez .C – Monti. J et al. Principles of the surgical approach in human liver cystic echinococcosis. Acta Trop. 1997, 64: 109- 22;
- [16]. Assadourian. R- Locci. M. Traitement du kyste hydatique du foie. EMC, techniques chirurgicales. Appareil digestif. 1987 – 13;
- [17]. Zaouche. A- Haouet. K. Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. EMC (Elsevier Masson SAS). Techniques chirurgicales. Appareil digestif. 2006 : 40-775;
- [18]. Castaing. D - Salloum.C. Résections segmentaires hépatiques par laparotomie. EMC. Techniques chirurgicales. Appareil digestif. 2011 : 40- 765;
- [19]. Clavien PA, Barkun J, De Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD et al . The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. Ann Surg. 2009; 250(2):187-96;
- [20]. The University Of Zurich. Complication Comprehensive Index. Accessed July 17 2019;
- [21]. Moulaye A. Idriss, Tfeil.Y et coll. Applicabilité de la classification Clavien-Dindo dans l'évaluation des complications postopératoires dans la clinique chirurgicale. Centre Hospitalier National de Nouakchott: analyse observationnelle de 834 Cas; The Pan African Medical Journal. 2019; 33:254. doi:10.11604/ Pamj. 2019.33.254.18024;
- [22]. Galati.G - Sterpetti. A V- Caputo.M et al. Endoscopic retrograde cholangiography for intrabiliary rupture of hydatid cyst Am J Surg, 191. 2006, pp. 206-210.

210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222

UNDER PEER REVIEW IN IJAR