



RESEARCH ARTICLE

PRISE EN CHARGE DU KYSTE HYDATIQUE HEPATIQUE ROMPU DANS LES VOIES BILIAIRES

Habbab Adil, Hamri Asma, Narjis Youssef and Benelkhaiat Benomar Ridouane

1. Service De Chirurgie Viscérale, Hopital Ibn Tofail CHU Mohammed VI - Marrakech MAROC.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 11 August 2025

Final Accepted: 13 September 2025

Published: October 2025

Abstract

L'hydatidose, ou échinococcose, est une anthroponose cosmopolite causée par le développement de la forme larvaire de l'Echinococcus Granulosus, ténia du chien ; Pathologie endémique dans les pays du pourtour méditerranéen à savoir le Maroc où il représente un vrai problème de santé publique vue sa fréquence, sa morbidité et sa mortalité potentielle» [1]. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques et biologiques. Le traitement est principalement chirurgical, bien que la gestion de ses complications reste un défi en raison des difficultés opératoires et des risques de complications post-opératoires [2].

"© 2025 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Introduction:-

La fistulisation kysto-biliaire est la complication la plus fréquente du kyste hydatique du foie, il s'agit d'une communication anormale entre le kyste et les voies biliaires, pouvant être grave nécessitant une prise en charge rigoureuse souvent une combinaison des traitements chirurgicaux et endoscopiques. La rupture du kyste dans les voies biliaires peut entraîner des complications comme l'angiocholite voire une septicémie sévère. Le traitement vise à éliminer le kyste et à suturer la fistule, parfois précédé d'une sphinctérotomie endoscopique pour faciliter l'évacuation du contenu.

Objectifs:-

Dégager les aspects épidémiologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la rupture du kyste hydatique du foie dans les voies biliaires.

Matériels et Méthodes:-

C'est une étude rétrospective et descriptive réalisée au sein du service de chirurgie viscérale et digestive à l'hôpital Ibn Tofail CHU Mohammed VI de Marrakech au Maroc.

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

Résultats:-

Dans notre série, 94 patients étaient opérés pour kyste hydatique du foie dont 35 étaient compliqués de fistules biliaires, soit 37% des cas. La série comprend 27 femmes et 8 hommes. Leur âge varie entre 15 et 70 ans, avec une

Corresponding Author:- Habbab Adil, Hamri Asma

Address:- Service De Chirurgie Viscérale, Hopital Ibn Tofail CHU Mohammed VI - Marrakech MAROC.

moyenne d'âge 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. Le tableau clinique était variable: douleur (97% des cas), ictère rétionnel (77,1% des cas), syndrome fébrile (100% des cas), angiocholite aigue (77,1% des cas) et pancréatite aigue (11,4% des cas). Les examens radiologiques retrouvent leur place primordiale dans le diagnostic. 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 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 une kystectomie à kyste ouvert. Par ailleurs, 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 dans 48,5% des cas. Les suites post-opératoires étaient simples dans 85,7% des cas, alors que dans 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 rétentionnel voire un tableau d'angiocholite. Elles sont l'apanage du KHF 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 trouve sa place en cas de doute diagnostique (kyste hydatique du foie de type IV selon la classification de Gharbi) ou en cas de 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 de doute sur des complications biliaires et du bilan étiologique d'un kyste n'ayant pas fait sa preuve [8]. La chirurgie est le traitement de référence. On distingue les méthodes conservatrices qui laissent en place la cavité résiduelle et les méthodes radicales qui réalisent son exérèse de façon plus ou moins complète [9]. Le traitement des fistules doit être rigoureux pour éviter les complications post-opératoires [10]. Les indications du traitement chirurgical varient en fonction du calibre de la fistule kysto-biliaire et sont à discuter cas par cas.

En cas de fistule inférieure à 5 mm, l'aveuglement de la fistule associé à un drainage de la cavité résiduelle est le traitement adapté. Par ailleurs, son principal risque est l'apparition de fuite biliaire prolongée ou d'abcès sous-phrénique [11]. L'épiploplastie est une technique qui repose sur le comblement de la cavité résiduelle par de l'épiploon dont on a gardé la vascularisation, elle accompagne généralement les méthodes conservatrices. Ce dernier, grâce à ses propriétés de résorption permet d'éviter la stase des épanchements séro-hématiques et les fuites biliaires lorsqu'elles sont minimales, permettant ainsi de diminuer le risque de fistule biliaire externe et d'abcédation, ce qui améliore la qualité des suites postopératoires. Mais son principal inconvénient est le risque de greffe hydatique péritonéale à partir de vésicules filles résiduelles au niveau du péri-kyste [12]. En cas de fistule large dans une voie biliaire principale (VBP) dilatée contenant du matériel hydatique, le traitement consistera en une fermeture de la fistule avec drainage de la voie biliaire principale (VBP) et drainage de la cavité résiduelle [13].

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 cholécotomie trans-hépto-kystique (Perdromo) [14]. C'est la technique de choix avec une faible morbidité, mais elle nécessite souvent une hospitalisation prolongée. La péri-kystectomie partielle ou totale avec suture des fistules et drainage de la cavité résiduelle est indiquée en cas de kyste multi-vésiculaire [15] (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 [16] (figure 2). La chirurgie du KHF compliqué est souvent source de complications post-opératoires. Dans notre étude, la morbidité était très faible 5 cas seulement, marquée essentiellement par les fistules biliaires externes retrouvées dans 3 cas, 1 cas de surinfection de la cavité résiduelle traitée par une tri-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 [17]. Actuellement, La classification de Clavien-Dindo est de mise [18]. 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 [19]. 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 [20].

Conclusion:-

Le kyste hydatique du foie, particulièrement endémique au Maroc, est souvent diagnostiqué tardivement, généralement au stade 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. 144 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 147 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 150 Chir 84:418–20;
- [4]. Mahi. M- Akjouj. S- El Kharras. A et al. Imagerie de la maladie hydatique. Journal de radiologie, 2008, 89 153 (10) : 1616;
- [5]. Gharbi. HA – Hassine. W- Brauner. MW. Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology, 1981, 139, 156 459 – 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- Debonne . JM. Kyste hydatique du foie. EMC.Hépatologie. 7-023-A-10;
- [9]. Bourgeon R., Catalan° H., Guntz M. «La périkystectomie dans le traitement du kyste hydatique du foie. J Chir 1981 ; 81 153- 174 ».
- [10]. Nunnari. G - Pinzone. MR- Gruttadauria.S and al. Hepatic Echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. 168 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 171 1991. 128:133- 8;
- [12]. Daali M, Hssaida R, Zoubir M, Borki K. « l'expérience marocaine dans le traitement chirurgical des kystes hydatiques multiples du foie: à propos de 94 cas. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé 2001;11:177-84. »
- [13]. Mentouri. B- Roche. P - Hammani. A et al. La place de la périkystectomie dans le traitement du KHF. 178 Chirurgie 1 975, 101/882 – 4;
- [14]. Perdmoro. R- Alvarez .C – Monti. J et al. Principles of the surgical approach in human liver c 184 ysticechinococcosis. Acta Trop. 1997, 64: 109- 22;
- [15]. Zaouche. A- Haouet. K. Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. EMC (Elsevier Masson SAS). 190 Techniques chirurgicales. Appareil digestif. 2006 : 40-775 ;
- [16]. Castaing. D - Salloum.C. Résections segmentaires hépatiques par laparotomie. EMC. Techniques 193 chirurgicales. Appareil digestif. 2011 : 40- 765;
- [17]. Clavien PA, Barkun J, De Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD et al . The Clavien-Dindo 196 classification of surgical complications: five-year experience. Ann Surg. 2009; 250(2):187-96;
- [18]. The University Of Zurich. Complication Comprehensive Index. Accessed July 17 2019;
- [19]. Moulaye A.Idriss, Tfeil.Y et coll. Applicabilité de la classification Clavien-Dindo dans l'évaluation des 201 complications postopératoires dans la clinique chirurgicale. Centre Hospitalier National de Nouakchott: analyse 202 observationnelle de 834 Cas; The Pan African Medical Journal. 2019; 33:254. Doi:10.11604/ Pamj. 203 2019.33.254.18024;
- [20]. Galati.G - Sterpetti. A V- Caputo.M et al. Endoscopic retrograde cholangiography for intrabiliary rupture of 206 hydatid cyst Am J Surg, 191. 2006, pp. 206-210.