

 ISSN NO. 2320-5407	Journal Homepage: - www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI: 10.21474/IJAR01/9917 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/9917	 INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Article DOI: 10.21474/IJAR01/9917
---	---	---

RESEARCH ARTICLE

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE CHEZ LA FEMME ENCEINTE: A PROPOS D'UN CAS.

Karima Maggouh, Chaimaa Eddaoudi, Abdelhay Filali; Zakia Tazi, Rachid Bezad, Mohammed Hassan Alami.

Gynecologie-Obstetrique.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 16 August 2019

Final Accepted: 18 September 2019

Published: October 2019

Abstract

Le kyste hydatique chez la femme enceinte pose un problème de choix et le moment de l'intervention; nous rapportons un cas de kyste hydatique non compliqué.

Key words:-

Kyste hydatique ; Foie ; albendazole.

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

Introduction:-

Le kyste hydatique du foie reste encore un problème de santé publique dans les pays endémiques. Il s'agit le plus souvent d'un kyste unique dans 70 % des cas dont les complications évolutives ne sont pas rares. Une fois le diagnostic positif établi grâce à l'imagerie, il faut faire le bilan pré thérapeutique qui est essentiel dans le choix de la stratégie. Le traitement, très longtemps basé exclusivement sur la chirurgie, s'est enrichi ces dernières années par l'apparition de nouvelles méthodes thérapeutiques représentées d'une part par la ponction-aspiration-injection-réaspiration qui a un intérêt de plus en plus démontré dans le traitement des kystes non compliqués et d'autre part par la chimiothérapie antiparasitaire. Celle-ci était uniquement prescrite en cas de refus ou de contre-indication à la chirurgie et dans les kystes disséminés.

Le KHF chez la femme enceinte pose essentiellement un problème d'attitude thérapeutique en rapport avec le moment et le choix du procédé thérapeutique. En effet, au cours de la grossesse le risque de rupture du KHF est majoré par une croissance plus rapide du kyste [1, 2]. Pour cette raison, la découverte d'un KHF chez une femme enceinte doit inciter à intervenir avant l'accouchement

Patient et Observation:

Mme I D. Primipare de 25 ans sans Antécédents particuliers , au Cycles réguliers , sans moyens contraceptifs ,grossesse suivie au service de grossesse à risque à partir de 11 SA avec diagnostic du kyste hydatique du foie au premier trimestre 7 SA suite à des douleurs abdominales à type de pesanteur au niveau de l'hypochondre dt L'échographie hépatique avait objectivé un kyste hydatique du segment Iv du foie CE2 de L'OMS type III de Gharbi de 46 /41 mm , avec un bilan hépatique normal

Un avis viscéraliste a été demandé à 19 SA préconisant la prise en charge dans le post partum , avec traitement médical (albendazol) proscrit vu le risque tératogène

L'évolution de la grossesse était marquée par une IU traitée avec contrôle de l'ECBU stérile avec un kyste stable qui n'a pas augmenté de volume sans retentissement notamment pas de douleurs abdominales ; pas d'ictère cliniquement

Corresponding Author:- Karima Maggouh.

Address:- Gynecologie-Obstetrique.

Sur le plan obstétrical l'accouchement par voie basse a été accepté (pas d'expression car risque de rupture et de fistulisation du kyste)

La patiente a accouché par VB au terme de 40 semaines d'aménorrhée d'un nouveau-né sexe F PDN 3300g ,les suites de couches était sans particularité





Discussion:-

Le kyste hydatique du foie reste encore un problème de santé publique dans les pays endémiques. Il s'agit le plus souvent d'un kyste unique dans 70 % des cas dont les complications évolutives ne sont pas rares. Une fois le diagnostic positif établi grâce à l'imagerie, il faut faire le bilan pré thérapeutique qui est essentiel dans le choix de la stratégie.

Le traitement, très longtemps basé exclusivement sur la chirurgie, s'est enrichi ces dernières années par l'apparition de nouvelles méthodes thérapeutiques représentées d'une part par la ponction-aspiration-injection-réaspiration qui a un intérêt de plus en plus démontré dans le traitement des kystes non compliqués et d'autre part par la chimiothérapie antiparasitaire. Celle-ci était uniquement prescrite en cas de refus ou de contre-indication à la chirurgie et dans les kystes disséminés.

Actuellement, le traitement antiparasitaire occupe une place de plus en plus importante comme traitement avant et après la procédure interventionnelle permettant de diminuer le taux de récurrence. Le traitement médical peut être prescrit comme unique traitement surtout dans les kystes de types I et II de 3 à 5 cm de diamètre. En dehors de certains cas d'angiocholites hydatiques traitées par voie endoscopique, la chirurgie par voie classique reste la principale méthode utilisée dans la prise en charge des kystes compliqués. Si la chirurgie conservatrice reste la plus pratiquée dans les pays endémiques, la chirurgie radicale garde sa place dans certaines situations.

La multiplicité des méthodes thérapeutiques du kyste hydatique du foie non compliqué fait que le choix doit tenir compte des conditions socioéconomiques du pays et de l'endémicité de la maladie. Une meilleure connaissance de l'histoire naturelle de la maladie a permis de proposer l'abstention face à des kystes dont la taille ne dépasse pas 3 cm. C'est l'attitude wait and watch (attendre et observer)

Le kyste hydatique du foie (KHF) chez la femme enceinte peut poser des difficultés dans le choix du procédé thérapeutique et surtout du moment de l'intervention.

Le KHF chez la femme enceinte pose essentiellement un problème d'attitude thérapeutique en rapport avec le moment et le choix du procédé thérapeutique. En effet, au cours de la grossesse le risque de rupture du KHF est majoré par une croissance plus rapide du kyste [1,2]. Pour cette raison, la découverte d'un KHF chez une femme enceinte doit inciter à intervenir avant l'accouchement. Le deuxième trimestre est considéré le meilleur moment pour opérer une femme enceinte à cause du risque moins important de fausse couche (0 contre 12 % au premier trimestre) et d'accouchement prématuré (5 à 8 % contre 30 % au troisième trimestre) [3]. La grossesse n'est plus une contre-indication à la coeliochirurgie, mais, pour le moment, cette voie d'abord n'a pas été utilisée pour traiter le KHF chez la femme enceinte. La ponction-aspiration-injection et réaspiration (PAIR) est actuellement qualifiée de sûre et efficace dans le traitement du KHF [4].

Chez la femme enceinte, elle est techniquement faisable mais au cours du premier trimestre de la grossesse, l'albendazol est contre-indiqué à cause des effets embryotoxiques et tératogènes démontrés chez l'animal [2]. Au cours du deuxième et troisième trimestre, l'innocuité de l'albendazol est encore non démontrée [2,5].

Dans notre cas il s'agit d'une patiente de 25 ans ;qui avait un seul kyste hydatique du foie au niveau du segment VI du foie ; la taille du kyste était de 46 /41 mm ; la patiente a eu un examen gynécologique et des échographies abdominales et obstétricales au cours de son suivi

nous avons opté pour l'expectative avec surveillance clinique échographique et biologique

Le traitement chirurgical du kyste a été décalé dans le post partum vu que c'était un kyste hydatique non compliqué ;la patiente n'a pas reçu du traitement médicamenteux antiparasitaire et n'a pas eu de ponction percutanée
L'évolution dans le post partum était sans particularité

Conclusion:-

Ainsi, face à un KHF chez une femme enceinte nous préférons traiter le kyste pendant la grossesse sans attendre l'accouchement pour éviter le risque de rupture du kyste notamment au moment du travail. Le meilleur moment de l'intervention est le 2 ème trimestre

Références:-

1. Can D, Oztekin O, Tinar S, Sancı M. Hepatic and splenic hydatid cyst during pregnancy: a case report. Arch Gynecol Obstet 2003;268:239–40.
2. Van Vliet W, Scheele F, Sibinga-Mulder L, Dekker GA. Echinococcosis of the liver during pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1995;49:323–4.
3. Curet MJ. Special problems in laparoscopic surgery. Previous abdominal surgery, obesity, and pregnancy. Surg Clin North Am 2000;80:1093–110.
4. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? World J Surg 2004;28:731–6.
5. Haxhimolla HZ, Crowe P. Hydatid disease of the liver in pregnancy. ANZ J Surg 2001;71:692–3.