UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

# Mise au point : Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie

**Karayuba, R.; Armstrong, O.**

**1992**
UB, FM-Revue medicale
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1909

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

# Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie

*R. Karayuba*, O. Armstrong**

## Introduction

Il s'agit d'une tumeur liquidienne d'origine parasitaire, due à la localisation hépatique de l'embryon exacanthe (six crochets) du taenia echinocoque du chien = Echinococcus graunulosus. Son traitement est exclusivement chirurgical, dont le succès est fonction du respect d'une méthode rigoureuse, où la chronologie des divers temps opératoires est capitale.

## Indications

Le traitement est toujours chirurgical. La seule abstention licite serait en cas de grosse calcification en boule, unique, asymptomatique, avec une immunologie négative, et qui le reste, ne se modifiant pas aux contrôles. Le procédé chirurgical sera fonction :

- de sa topographie (droite dans les 3/4 des cas en raison du prolongement de la branche droite de la veine-porte dans l'axe de celle-ci) ;
- du nombre de kystes (multiples dans 25 % des cas environ) ;
- et de son siège dans le parenchyme hépatique, opposant ainsi d'une part les kystes superficiels aux profonds (au contact des éléments vasculo-biliaires), et d'autre part ceux des segments antérieurs aux segments postérieurs (VII et VIII notamment) posant des problèmes d'abord et de drainage.

C'est dire l'intérêt d'une bonne échographie faisant un bilan lésionnel et topographique précis en pré-opératoire.

## Bases thérapeutiques

Le but du traitement chirurgical est triple : d'abord éliminer le parasite, ensuite traiter le kyste et la cavité résiduelle, enfin les lésions biliaires lorsqu'il y en a, ce qui est la traduction de la principale complication des kystes hydatiques du foie. Ce qui nous permet d'opposer immédiatement le kyste jeune au kyste vieilli.

Le kyste jeune, en effet, est univésiculaire, arrondi, son liquide est clair "eau de roche" du fait de son jeune âge et de l'absence de communication avec les voies biliaires généralement à ce stade ; son adventice est souple et mince expliquant que la cavité résiduelle aura elle même une paroi lisse et souple qui pourra s'affaisser aisément.

Par contre, le kyste vieilli, est multivésiculaire, irrégulier, à contenu trouble, purulent, ou bilieux témoignant d'une fissuration biliaire ; son adventice est rigide, irrégulière ; à partir de la membrane proligère, les scolex essaiment d'où la présence de nombreuses vésicules ; la paroi rigide, calcifiée, parfois véritable coque ne s'affaissera que peu ou pas d'où les épanchements intra-cavitaires résiduels pouvant poser des problèmes.

*Service de chirurgie - C.H.U.K. - Bujumbura

## Méthodes chirurgicales

Elles sont essentiellement fonction du siège, nombre, et taille du kyste, ainsi que de la présence d'éventuelles complications, biliaires en particulier.

### *1. Les voies d'abord*

Les voies sous-costale droite et bi-sous-costale sont les plus utilisées (avec un éventuel trait de refend médian supplémentaire vers la xiphoïde) car donnant un excellent jour per-opératoire, et comme toutes les voies transversales entraînent moins de problèmes respiratoires et d'éventrations secondaires.

Cependant une laparotomie médiane peut être utilisée notamment pour les kystes antérieurs ou à localisation gauche. Pour les kystes postéro-supérieurs droits une thoracotomie postéro-latérale droite (7e ou 8e espace), mais cette voie uniquement thoracique ne permet pas d'effectuer un contrôle biliaire. Enfin une voie mixte : thoraco-phréno-laparotomie droite peut-être envisagée, mais elle pose également des problèmes quant à la réalisation de la cholangiographie.

### *2. L'exploration per-opératoire*

Elle doit être prudente (et c'est l'occasion pour nous, de rappeler les risques de toute palpation intempestive en préopératoire lorsqu'un tel diagnostic est posé ou supposé).

L'exploration hépatique, après libération et section des ligaments, est donc douce et bimanuelle. De même une exploration complète de la cavité abdominale s'impose : rate, pancréas, reins, péritoine sans oublier le cul-de-sac de Douglas, à la recherche de localisation secondaire.

### *3. L'élimination du parasite*

La zone opératoire est exclue du reste de l'abdomen par des champs inhibés d'une solution parasiticide. Quelle solution employer ?

- Le sérum salé hypertonique à 33 % semble le plus employé chez les auteurs français, en prenant soin de faire des contrôles ioniques, et en surveillant l'état des viscères au contact de ces champs.
- L'eau oxygénée a les faveurs de nombreux auteurs maghrebins dont les algériens (et ce sont eux qui voient le plus cette pathologie).
- Quant au formol à 2 % il n'est plus employé actuellement, non pas tant en raison de l'irritation des conjonctives et des muqueuses respiratoires qu'il entraîne, que surtout à cause des chocs anaphylactiques possibles et du risques de cholangite sclérosante en cas de fistule bilio-kystique. Le kyste est alors ponctionné, stérilisé (minimum 5 minutes de contact avec la solution), puis évacué au trocard. On n'omettra pas d'en apprécier son contenu (aspect, couleur) et d'en faire un prélèvement à visée bactériologique.

*4. L'exploration biliaire*

L'examen du liquide hydatique vient de nous donner une indication quant à la présence ou non de bile.

L'indispensable cholangiographie s'effectue après évacuation du kyste ; elle doit montrer la totalité de l'arbre biliaire, donc nécessiter une pression suffisante (un clampage peut être utile). En y ajoutant du bleu de méthylène on visualisera nettement l'existence d'une communication kysto-biliaire. Car tout le problème est là.

Les voies intra et extra hépatiques sont donc analysées à la recherche d'une telle complication. Existe-il, par ailleurs, un obstacle ? Celui-ci pouvant-être dû soit à des vésicules filles, soit à une lithiase biliaire (associée dans 10 % des cas environ).

*5. Le traitement de la cavité*

Sans revenir sur la différence kyste jeune – kyste vieux, on peut opposer les méthodes conservant ou non le péri-kyste.

*Méthodes conservant le péri-kyste

La plus employée étant, et de loin, la résection du dôme saillant, laissant donc en place la partie profonde du kyste, évitant par la même de léser les axes vasculaires ou biliaires. Le comblement de la cavité résiduelle peut être obtenu par pédiculisation du grand épiploon ; le drainage, indispensable, est installé de façon déclive.

*Méthodes comportant l'exèrèse du péri-kyste : On a le choix entre :

- péri-kystectomie totale, ou partielle (proximité des axes vasculo-biliaires), voire sous-lamellaire (ablation des couches les plus internes de l'adventice).
- périkystectomie totale + résection hépatique atypique ;
- voire résections hépatiques réglées.

*6. Le traitement des lésions biliaires*

Il s'agit d'un temps fondamental après stérilisation du kyste et traitement de la cavité résiduelle.

En cas de fissuration simple d'un canal biliaire ou de rupture à plein canal, dans le fond du kyste = suture associée à un drainage biliaire externe du type drain de Kehr.

Lorsque le kyste détruit un canal biliaire principal, voire la convergence : anastomoses bilio-digestives à l'aide du duodenum ou d'une anse montée en Y.

La cholangiographie post-opératoire prend bien évidemment tout son intérêt dans de telles complications.

**Cas particuliers**

- Association d'un kyste hydatique du foie à une localisation pulmonaire = il faut traiter en premier le poumon, car la ventilation lors de l'anesthésie si l'on débute par le temps abdominal, pourrait entraîner une rupture du kyste pulmonaire.
- En cas de kyste hydatique du foie rompu dans le thorax (2 à 5 % des cas) : une thoracotomie droite première s'impose, suivie d'une laparotomie.
- Enfin, la présence d'une hydatidose péritonéale représente une véritable affection maligne, nécessitant des interventions itératives. Et l'on peut souligner l'intérêt éventuel d'un traitement médical associé du type Mébendazole (vermox*).

**Conclusion**

Le traitement des kystes hydatiques du foie, reste exclusivement chirurgical. Ces tumeurs bénignes doivent nécessiter des gestes rigoureux et chronologiquement précis. Il faut explorer, traiter le kyste en l'ayant préalablement stérilisé, traiter la cavité restante et d'éventuelles complications à types de communication bilio-kystique, tout en évitant une dissémination péritonéale.