

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Traitement d'un kyste hydatique hépatique par hépatectomie laparoscopique (Bisegmentectomie II-III)

O. DETRY (1), P. LÉONARD (2), J. DELWAIDE (3), L. DE LEVAL (4), V. RADERMACHER (5), A. DE ROOVER (1), M. MEURISSE (1), P. HONORÉ (1)

RÉSUMÉ : La plupart des cas d'échinococcose rencontrés en Belgique sont en réalité importés de pays méditerranéens ou africains, que ce soit par immigration ou par séjour de courte durée. Dans cet article, les auteurs rapportent l'observation d'un patient originaire du bassin méditerranéen souffrant d'un kyste hydatique hépatique d'échinococcose. Ce patient a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire, associant l'administration orale d'albendazole et la résection du kyste hydatique hépatique par hépatectomie laparoscopique.

L'échinococcose est une zoonose causée par les formes adultes ou larvaires de parasites (cestodes) appelé *Echinococcus*. L'infection larvaire (hydatidose) est caractérisée par une croissance relativement lente d'un kyste hydatique (méta-cestode) dans un hôte intermédiaire. Deux espèces d'*Echinococcus* ont de l'importance en médecine humaine, l'*Echinococcus granulosus* et l'*Echinococcus multilocaris*, qui causent respectivement l'échinococcose kystique et l'échinococcose alvéolaire (1).

La plupart des cas d'échinococcose rencontrés en Belgique sont en réalité importés de pays méditerranéens ou africains, que ce soit par immigration ou par séjour de courte durée. Récemment cependant, nous avons rapporté un premier cas Belge autochtone d'échinococcose alvéolaire (2), et il a été démontré que les renards belges, mais surtout ardennais, étaient fréquemment porteurs de la maladie (3,4).

Dans cet article, les auteurs rapportent l'observation d'un cas d'échinococcose kystique hépatique diagnostiqué chez un patient originaire du bassin méditerranéen. Ce patient a bénéficié d'une prise en charge curative multidisciplinaire, associant l'administration orale d'albendazole (Zentel®) et la résection du kyste hydatique hépatique par chirurgie laparoscopique.

LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION OF A HYDATID CYST
SUMMARY : Most of the echinococcosis cases treated in Belgium are contracted in African and Mediterranean countries. In this paper the authors describe the case of a Mediterranean patient suffering from a hepatic hydatid cyst treated by oral albendazole and laparoscopic liver resection.

KEYWORDS : Human cystic echinococcosis - Hepatic hydatid cysts - Albendazole - Laparoscopic liver resection - Surgery - Parasite - Zoonosis

CAS CLINIQUE

Un patient âgé de 33 ans et originaire du Kosovo souffrait d'une altération de l'état général avec asthénie, ainsi que de douleurs abdominales diffuses accompagnées de nausées. Une exploration par échographie abdominale démontrait une lésion kystique cloisonnée de 6 cm de diamètre au niveau du lobe hépatique gauche et compatible avec une échinococcose. Ce diagnostic était confirmé par une tomodensitométrie (Fig 1), malgré des anticorps anti-échinococcus négatifs. Une thérapie par albendazole (Zentel®) d'une durée de 4 semaines était entreprise avant l'intervention.

INTERVENTION

La laparoscopie retrouvait une lésion blanche au ras du ligament suspenseur, lésion qui était compatible avec un kyste hydatique (Fig 2). Sous clampage portal, une résection des segments hépatiques II et III était réalisée. Les pertes sanguines étaient évaluées à 300 mL. Le kyste était placé intact dans un sac plastique pro-



Figure 1. Tomodensitométrie abdominale préopératoire démontrant une lésion kystique multicloisonnée, compatible avec un kyste hydatique, dans le foie gauche (flèche).

(1) Service de Chirurgie Abdominale et Transplantation
(2) Service de Médecine Interne, Immunodéficiences et Maladies Infectieuses
(3) Service d'Hépatogastroentérologie
(4) Service d'Anatomie pathologique
(5) Etudiant 4eme doctorat
CHU Sart Tilman B35, B-4000 Liège

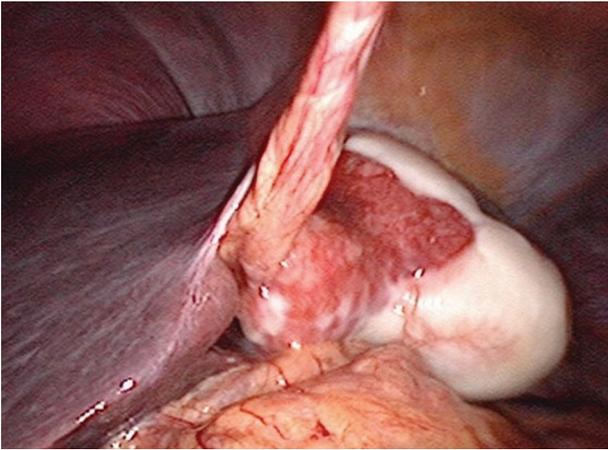


Figure 2. Laparoscopie démontrant le kyste hydatique siégeant à gauche du ligament suspenseur (à droite sur l'image inversée de l'écran laparoscopique)

tecteur avant d'être retiré de la cavité abdominale par une incision médiane de 5 cm.

PATHOLOGIE

L'examen macroscopique de la tranche de section montrait un kyste uniloculaire partiellement cloisonné par des replis membraneux, d'aspect tout-à-fait évocateur d'un kyste hydatique (Fig 3). L'examen microscopique montrait la présence de rares protoscolex viables (Fig 4).

PÉRIODE POST OPÉRATOIRE

Aucune complication n'était observée. Le patient pouvait quitter l'hôpital au quatrième jour postopératoire; il a été revu au premier mois postopératoire qui s'est déroulé sans complication.

DISCUSSION

Les kystes hydatiques secondaires à une infection par l'*E. granulosus* se développent dans les organes internes (principalement le foie et les poumons) de l'homme ou d'autres hôtes intermédiaires et se présentent comme des lésions kystiques uni- ou multi-loculées. Les hôtes définitifs d'*E. granulosus* sont des animaux carnivores (chien, loup) qui sont infectés par l'ingestion de viande d'animaux (hôtes intermédiaires) contenant des kystes hydatiques avec des protoscolex viables. Après ingestion, les protoscolex s'attachent à la muqueuse intestinale de l'hôte définitif et deviennent adultes en 4 à 5 semaines. Les œufs ou les proglottis gravides sont éliminés avec les selles de l'hôte définitif et ingérés par l'hôte intermédiaire (mouton, chèvre, cochon, vache, cheval, chameau) ou par l'homme, hôte accidentel. La larve quitte l'œuf



Figure 3. Aspect macroscopique du kyste hydatique montrant une paroi fibreuse jaunâtre doublée du côté interne d'une membrane blanchâtre comportant une couche cuticulaire et une couche germinale.

dans le tube digestif de l'hôte intermédiaire, et pénètre dans la circulation sanguine ou lymphatique pour s'établir dans un organe interne (le plus souvent le foie et/ou le poumon) et s'y développer en un kyste hydatique (metacestode) (1). La distribution géographique de la présence d'*E. granulosus* est large. *E. granulosus* est présent sur les cinq continents, et pour ce qui nous concerne médicalement en Belgique, est très fréquent dans les pays méditerranéens, en fédération de Russie, et en Afrique centrale et de l'Est.

L'infection primaire par *E. granulosus* est toujours asymptomatique. Les petits kystes hydatiques peuvent rester asymptomatiques très longtemps, et la durée d'incubation est peu précise, allant de plusieurs mois à des années. Les kystes deviennent symptomatiques par effet de masse ou par rupture, le plus souvent dans le foie ou les poumons. Des kystes hydatiques d'*E. granulosus* ont été décrits dans les reins, la rate, la cavité péritonéale, la peau, les muscles, et plus rarement dans le cœur, le cerveau, la colonne vertébrale ou les ovaires (1). Les symptômes sont variables suivant la localisation des kystes, leur nombre, leur taille, et les complications qu'ils provoquent par compression d'organes adjacents ou par rupture. Ces ruptures peuvent se produire dans les voies biliaires (entraînant des obstructions biliaires ou des cholangites secondaires), dans la cavité péritonéale et dans le tractus bronchique; ils peuvent entraîner une réaction anaphylactique. Le diagnostic définitif est le plus souvent porté par une technique d'imagerie radiologique (échographie, scanner, résonance magnétique). Le diagnostic biologique comprend la détection des anticorps et/ou des antigènes spécifiques, mais les faux négatifs

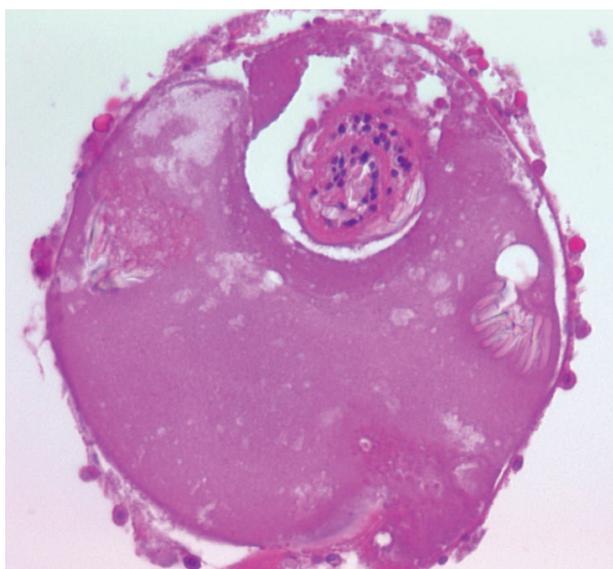


Figure 4. L'analyse histopathologique révèle la présence de rares protoscolerxes viables à la face interne de la membrane (hématoxyline éosine, agrandissement original x400)

et les faux positifs sont fréquents (réactivité croisée avec d'autres parasites) (1).

Le traitement des kystes hydatiques comprend la résection chirurgicale et l'administration d'agent "anti-parasitaire". La chirurgie doit si possible, réséquer de façon radicale tout le tissu parasitaire par hépatectomie partielle réglée ou à la demande, ou par péri-kystectomie (1,5). En peropératoire, les kystes peuvent être stérilisés par injection d'alcool absolu ou de solution NaCl hypertonique à 20%. Si la résection est impossible, des interventions chirurgicales palliatives, telles que l'ouverture du kyste avec omentoplastie, sont également décrites et peuvent être efficaces (6,7). Cependant la chirurgie radicale donne de meilleurs résultats en termes de récurrences de la maladie parasitaire, au prix d'une morbidité et d'une mortalité un peu plus importantes. Dans ce cadre, la résection hépatique par laparoscopie, telle que décrite dans ce cas clinique, permet de diminuer la durée d'hospitalisation, ainsi que les douleurs postopératoires (8,9). La récurrence postopératoire est, en général, due à une résection incomplète des kystes ou à la présence de kystes non diagnostiqués (1).

Le traitement médicamenteux antiparasitaire comprend l'administration de dérivés du benzimidazole (albendazole ou mebendazole) (1). L'administration d'albendazole au long cours peut permettre la disparition des kystes de petite taille. Ces médicaments peuvent également être administrés en préopératoire pour diminuer la taille des lésions hépatiques et rendre la chirurgie moins invasive, ou diminuer le risque de récurrence post opératoire. La viabilité des kystes

diminue avec la durée du traitement et peut être réduite de 94% après trois mois de traitement. Ces traitements médicamenteux sont de première importance dans la prise en charge d'*E. granulosus* dans les pays en voie de développement, tandis que la chirurgie de résection curatrice reste le "gold standard" dans nos pays développés où la chirurgie hépatique peut se réaliser avec une morbidité et une mortalité extrêmement réduite (1).

BIBLIOGRAPHIE

1. McManus DP, Zhang W, Li J, et al.— Echinococcosis. *Lancet*, 2003, **362**, 1295-1304.
2. Delbecq K, Detry O, Hayette MP, et al.— A case of hepatic alveolar echinococcosis contracted in Belgium. *Acta Gastroenterol Belg*, 2002, **65**, 55-60.
3. Losson B, Kervyn T, Detry J, et al.— Prevalence of *Echinococcus multilocularis* in the red fox (*Vulpes vulpes*) in southern Belgium. *Vet Parasitol*, 2003, **117**, 23-28.
4. Vervaeke M, Dorny P, Vercammen F, et al.— *Echinococcus multilocularis* (Cestoda, Taeniidae) in Red foxes (*Vulpes vulpes*) in northern Belgium. *Vet Parasitol*, 2003, **115**, 257-263.
5. Safioleas M, Misiakos E, Manti C, et al.— Diagnostic evaluation and surgical management of hydatid disease of the liver. *World J Surg*, 1994, **18**, 859-865.
6. Ozacmak ID, Keys F, Ozmen V, et al.— Management of residual cavity after partial cystectomy for hepatic hydatidosis : comparison of omentoplasty with external drainage. *Eur J Surg*, 2000, **166**, 696-699.
7. Dziri C, Paquet JC, Hay JM, et al.— 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, **8**, 281-289.
8. Descottes B, Glineur D, Lachachi F, et al.— Laparoscopic liver resection of benign liver tumors. *Surg Endosc*, 2003, **17**, 23-30.
9. Monpean JL, Paricio PP, Campos RR, et al.— Laparoscopic treatment of a liver hydatid cyst. *Br J Surg*, 1993, **80**, 907-908.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. O. Detry, Service de Chirurgie Abdominale et Transplantation, CHU Sart Tilman, 4000 Liège