

Le kyste hydatique du foie chez l'enfant Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale CHU Marrakech

A. EL GOURTY, M. OULAD SAIAD*

*Service de Chirurgie infantile. Hôpital Mère et Enfant. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

العداري أو الكيس العداري مرض حيواني المصدر، يستغل على نحو وبائي بالمغرب ويزرق الصحة العمومية. وينتج هذا الداء عند الإنسان عن تطور البرقة الشريطية (المشوكة الحبيبية)، حيث تعتبر الرئة و الكبد أكثر الأعضاء إصابة. شملت دراستنا الإسترجاعية سنتي 2009 و 2010، بمصلحة جراحة الأطفال بالمستشفى الجامعي محمد السادس، وكان الهدف منها إبراز الخصائص الوبائية والتشخيصية والعلاجية لداء الكيسية العدارية الكبدية، تناولت هذه الدراسة 35 حالة (22 ولدا و 13 بنتا) بمعدل جنسي ناهز 1,69 ، و تراوحت أعمارهم بين 4 و 15 سنة (متوسط العمر 9 سنوات) جلهم من الوسط القروي (68 %)، أما نسبة اتصالهم بالكلاب فجاوزت 81,5%. الأعراض السريرية غير مميزة لهذا المرض، و تعتبر الأم البطن أكثر شيوعا (85%). تم تأكيد تشخيص المرض عن طريق الفحص بالصدى، و الذي بين أن النوع I هو المهيمن بنسبة 66 %، بينما 63 % من المرضى يتوفرون على كيس واحد، الكبد الأيمن هو الأكثر عرضة للإصابة بنسبة 40 %. إصابة الكبد المصحوبة بإصابة الرئة وجدت عند 17 % من المرضى. العلاج الجراحي هو المستعمل و كان مصحوبا بعلاج دوائي عند 15 % من الحالات. التقنية الجراحية المستعملة هي قطع القبو البارز باستثناء حالة واحدة. و عموما فقد كانت النتائج المحصل عليها مرضية، حيث لم تتعد نسبة المرضية بعد الجراحة 5,7 % دون تسجيل أي حالة انتكاسة. وتبقى الوقاية أهم سبل العلاج في المناطق الموبوءة. الكلمات الأساسية الكيس العداري-الكبد-الطفل-الفحص بالصدى-قطع القبو البارز.

Résumé L'hydatidose est une anthrozoönose qui sévit à l'état endémique au Maroc, où elle représente un véritable problème de santé publique. Elle est due au développement, chez l'homme, de la forme larvaire du tænia du chien : Echinococcus granulosus, dont le foie et le poumon constituent les deux organes les plus touchés. Le but de notre étude rétrospective réalisée entre 2009 et 2010, au service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier universitaire Mohammed VI, est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du kyste hydatique du foie. Les patients colligés dans cette étude sont au nombre de 35 (22 garçons et 13 filles), soit un sexe ratio de 1,69. Ils sont âgés entre 4 et 15 ans (moyenne de 9 ans) et issus dans 68% du milieu rural, le contact avec les chiens est présent chez 81,5% des patients. L'expression clinique manque de spécificité avec domination de la douleur abdominale (85 %). L'échographie est le principal examen paraclinique qui permet de porter le diagnostic positif. Les kystes sont de type I chez 66% des patients, solitaires chez 63% et touchant le foie droit dans 40% des cas. La double localisation hépatopulmonaire est présente dans 17% des cas. Le traitement chirurgical à ciel ouvert a été utilisé chez tous nos patients, il est associé au traitement médical dans 15% des cas. La technique utilisée est conservatrice par résection du dôme saillant dans tous les cas excepté un cas de péricystectomie. Les résultats sont satisfaisants avec un faible taux de morbidité (5,7%) et sans aucun cas de récurrence. La prophylaxie demeure le meilleur traitement dans les zones d'endémie.

Mots clés kyste hydatique-foie-enfant-échographie-résection du dôme saillant.

Abstract Hydatidosis is an endemic anthrozoönosis in Morocco, it is a real public health problem. It is due to development, in humans, of the larval form of taenia of the dog : Echinococcus granulosus, the liver and the lung are the two most organs affected. The aim of our study retrospective realized between 2009 and 2010, at the department of pediatric surgery of Mohamed VI University Hospital study, is to report the epidemiological, diagnostic features and therapeutic management of the hydatid cyst of liver. Our series includes 35 patients (22 males and 13 females), with sex ratio of 1,69. The children's age is ranged between 4 and 15 years old (average of 9 years old). 68 % of them are coming from rural areas and 81,5% had a Contact with the dogs. The clinical expression lack of specificity and it is dominated by the abdominal pain (85 %). Ultrasound is the main paraclinical examination to establish the positive diagnosis. Cysts are of type I in 66 % of the cases. They were solitary in 63 % and localized in the right liver in 40 % of our patients. The hydatid cyst of liver associated to the lung one was found in 17%. The open surgical treatment is performed in all cases. It is associated with medical therapy in 15% of cases. Conservative procedure, which is the resection of the bulging dome, was used in all cases excepted one pericystectomy. Our results are satisfactory with weak rate of morbidity (5,7%), and none case of recurrence. Prophylaxis is the best treatment in endemic areas.

Key words hydatid cyst-liver-child-ultrasound-resection of the bulging dome.

Introduction

L'hydatidose ou échinococcose kystique est une parasitose provoquée par le développement chez l'homme de la forme larvaire du tænia du chien : Echinococcus granulosus. Le Maroc est parmi les pays endémiques, où ce fléau constitue un véritable problème de santé publique. Le contact avec les chiens est un facteur de risque majeur ainsi l'origine géographique [1]. Cette pathologie peut toucher tous les organes (poumon, foie, cerveau, rein...). Chez l'enfant, à l'inverse de l'adulte, l'hydatidose hépatique constitue la

deuxième localisation en termes de fréquence après celle du poumon. Cette étude a pour but de dégager : les particularités épidémiologiques du kyste hydatique du foie chez l'enfant dans la région de Marrakech, les aspects cliniques et paracliniques, et les différentes modalités et techniques thérapeutiques utilisées.

Matériel et méthodes

Notre étude porte sur l'analyse rétrospective des 35 cas d'hydatidose hépatique, colligés au service de chirurgie pédiatrique du centre

hospitalier universitaire (CHU) Mohamed VI de Marrakech sur une période de 2 ans, allant du 1 janvier 2009 au 31 décembre 2010. Le mode de recrutement de nos patients se fait par le biais de la consultation et des urgences. Les critères d'inclusion sont : les patients hospitalisés au service de chirurgie pédiatrique pour un kyste hydatique du foie (KHF), âgés entre 0-15 ans, quelque soit le sexe, ayant un KHF simple ou compliqué, isolé ou associé à une autre localisation et quelle que soit la méthode thérapeutique utilisée. Les informations exposées dans cette étude proviennent des registres d'hospitalisation, des dossiers des malades et des comptes rendu opératoires. Ces informations sont collectées grâce à une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats

Dans notre étude, l'hydatidose représente 2,2% de l'activité hospitalière de notre service, dont 45% présentent un KHF, 9% ont une double localisation hépato-pulmonaire, et 43% ont une atteinte pulmonaire. Dans les 35 cas de KHF colligés, on a 22 garçons et 13 filles avec un sexe ratio de 1,69, âgés entre 4 et 15 ans (moyenne de 9 ans), les patients proviennent dans 68% du milieu rural et la notion de contact avec les chiens est présente chez 81,5%. La symptomatologie clinique manque de spécificité et dominée par les douleurs abdominales 85%, l'ictère dans 8,5% des cas et la fièvre dans 23%, la découverte fortuite est présente chez 6% des patients. L'examen clinique objective une masse abdominale dans 37% des cas et une hépatomégalie dans 28,5%, le 1/5 des patients ont un examen normal. Une hyperéosinophilie a été détecté chez 46% des cas, l'échographie demeure l'examen de choix, elle rapporte que 63% des cas ont un kyste solitaire, le type I de Gharbi est présent chez 66% de nos malades et que le foie droit est atteint dans 40% contre 31,5% du foie gauche. Le scanner n'est pas pratiqué que pour 4 cas. Le traitement est exclusivement chirurgical à ciel ouvert avec résection du dôme saillant sauf un cas de périkystectomie, il est associé à l'Albendazole dans 15% des cas. Les fistules biliokystiques sont repérées chez 5 patients et traitées par des points en X. La durée moyenne de séjour est de 8 jours, les drains sont maintenus pendant 7 jours en moyenne. Le taux de morbidité est de 5,7%, sans aucun cas de récurrence.

Discussion

La localisation pulmonaire est la plus fréquente que celle du foie chez l'enfant, certains auteurs l'expliquent par le fait que le filtre hépatique chez l'enfant est « poreux » pour les embryons hexacanthes [2]. Par contre, dans notre série, on n'observe pas la prédominance d'une forme au dépend de l'autre, une série turque rapporte un indice de la localisation hépatique

par rapport à celle du poumon de 1,88 [3]. En ce qui concerne la répartition de KHF selon le sexe, on note une prédominance masculine observée dans la plupart des séries (tableau I), car les garçons s'occupant plus souvent des troupeaux, seraient plus fréquemment exposés au contact avec les chiens que les filles.

Tableau I. Le sexe ratio dans les différentes séries.

Série	Sexe ratio
Bencherifa[4]	1,41
Souiki [5]	1,86
Turkyilmaz [3]	1,8
Notre série	1,69

L'âge dans notre étude varie entre 4 et 15 ans avec une moyenne de 9 ans. Ceci rejoint les résultats des autres séries pédiatriques nationales [4,5], et cela peut être expliqué par la latence de la maladie. Bencherifa rapporte dans sa série (faite au CHU de Rabat) une hydatidose à l'âge de 2 ans [4], d'où la nécessité de suspecter un kyste hydatique devant un contexte clinique évocateur même chez un petit enfant. L'hydatidose est une affection rurale essentiellement, en raison de la proximité des troupeaux d'ovins et de caprins entourés de chiens [6], ces derniers gardent des contacts répétés et fréquents avec les enfants, ce qui entraîne le début de la maladie durant l'enfance et l'adolescence, et ça rejoint nos résultats : 68% des cas sont issus du milieu rural et 81,5% ont un contact avec les chiens. La symptomatologie clinique de la maladie n'est pas spécifique, dans notre série, la douleur de l'hypochondre droit est le maître symptôme chez 85% des cas. Ce résultat est proche à celui rapporté Bencherifa (78%) [4] et Turkyilmaz (78,5%) [3], et un peu plus élevé par rapport à la série de Souiki (faite au CHU de Fès) (57%) [5]. L'ictère doit évoquer une compression ou une rupture dans les voies biliaires, c'est un signe clinique principal chez l'adulte, à l'inverse de l'enfant [7], il est présent que dans 8,5 % des cas dans notre série, sachant bien que 15% de nos patients présentent des fistules bilio-kystiques. La fièvre est un signe aspécifique de la surinfection kystique, elle a été retrouvée dans 23% des cas, moins à celle rapportée par Bencherifa (56%) [4] et Turkyilmaz (40%) [3]. Dans notre série, la découverte fortuite, à l'aide d'une échographie abdominale, qui rentre dans le cadre d'un bilan d'extension d'un kyste hydatique du poumon ou pratiquée pour un autre motif, est présente dans 6% des cas contre 4,9% de Bencherifa [4] et 17,5% de Souiki [5], c'est une situation fréquente. L'examen clinique peut être tout à fait normal, avec une conservation de l'état général, comme on peut trouver une masse

abdominale, siégeant typiquement à l'hypochondre droit (HCD), palpée sous la forme d'une masse arrondie, rénitente à contour régulier et bien limité, non douloureuse et mobile avec la respiration, ou on constate une hépatomégalie (HPM) homogène, ferme, à bord inférieur non tranchant [8], le tableau II compare nos résultats avec les autres séries. En outre, l'examen physique doit rechercher des signes évoquant un kyste hydatique compliqué : un syndrome d'hypertension portale, un ictère ou un syndrome infectieux.

Tableau II. Fréquences des signes physiques dans les différentes séries.

	Souiki [5]	Bencherifa [4]	Notre série
Sensibilité de l'HCD	25%	12.2%	34%
Masse Abdominale	20%	*****	37%
HPM	47.5%	49%	28.5%
Fièvre	2.5%	*****	6%
Examen normal	17.5%	*****	20%

Le couple échographie abdominale radiographie thoracique est systématique dans notre série. L'échographie abdominale est l'examen de première intention, non invasif, peu coûteux et fiable. Dans les zones d'endémie, c'est le seul examen morphologique préopératoire dans 95% des cas, et ses incertitudes diagnostiques concernent 5% des KHF [9]. L'échographie sert à : poser le diagnostic et déterminer le type, le nombre, la topographie segmentaire, la taille de kyste hydatique, dépister une complication et à guider un geste instrumental. La classification la plus utilisée est celle de Gharbi et qui permet le diagnostic de manière quasi-pathognomonique les types II et III, le type V est évocateur, en revanche les types I et IV posant le problème de diagnostic différentiel, d'où l'intérêt de la sérologie hydatique et le scanner abdominal [10]. Dans notre série le type I est prédominant dans 66% des cas, les résultats rapportés par Bencherifa (58,5%) [4] et Souiki (77,5%) [5] s'accordent avec nos résultats, et cela du à l'intervalle entre l'infestation et la découverte du kyste, étant généralement courte, d'où la dominance des formes non compliqués. Le KHF est solitaire dans 63% des cas. Ce chiffre est élevé par rapport aux autres auteurs, Bencherifa (34.2%) [4] et Souiki (55%) [5], par contre Celebi rapporte un chiffre de 78,2% [11]. Le foie droit est le plus touché, vu le volume de son parenchyme et de sa branche portale. L'hyperéosinophilie concomitante à la phase d'invasion s'estompe rapidement, elle peut persister parfois, dans 7% à 15% des cas, à un niveau modéré. Sa réapparition doit être reliée à la possibilité d'une fissuration ou d'une

rupture du kyste [12]. En comparant notre série avec d'autres (Bencherifa et Souiki) [4,5], on peut dire que l'hyperéosinophilie n'est pas un élément fréquent ou d'orientation. Le traitement chirurgical est une indication de nécessité en cas de KHF compliqué et en cas de kyste superficiel à risque de rupture élevé. Dans les autres cas, le traitement chirurgical reste le traitement de référence, bien que des méthodes alternatives, notamment le traitement percutané, restent faisables dans des situations et sous des conditions bien précises [10,12]. Dans notre série, le traitement chirurgical à ciel ouvert est pratiqué chez tous nos patients, ainsi dans les autres séries nationales Bencherifa [4] et Souiki [5], ce dernier rapporte que 5,7% des cas ont bénéficié d'un abord laparoscopique. La résection du dôme saillant est réservée aux kystes uniques jeunes et périphériques ayant un péricyste souple et mince et sans communications biliaires majeures. Dans les pays d'endémie, c'est la méthode la plus utilisée, même qu'elle est douée d'une morbidité postopératoire non négligeable [8-10]. Cette technique est pratiquée, dans notre série, chez 97% des cas, Bencherifa [4] et Souiki [5], rapportent un taux de 100% et 97,5% respectivement. Dans notre série, on a utilisé l'Albendazole, chez 15% des cas en association avec le traitement chirurgical, à dose de 10mg/kg/j sous formes des cures cycliques de 20 jours entrecoupée de 10 jours de repos pendant 6 mois, dont le but est de prévenir la dissémination des Kystes hydatiques multiples, ce traitement cyclique est pratiqué dans les autres séries nationales (Bencherifa et Souiki). Par contre, des études récentes rapportent que le Praziquantal potentialise l'effet de l'Albendazole, ainsi que l'administration continue prouve sa supériorité [8]. Le traitement percutané n'a pas été pratiqué dans notre série, ni dans les autres séries nationales, les auteurs parlent de son efficacité chez l'enfant, mais d'autres études prospectives et randomisées sont souhaitables afin que cette méthode trouve une place dans la prise en charge du kyste hydatique [13]. Les principaux facteurs influençant le taux de morbidité sont la technique chirurgicale et l'existence ou non de complications biliaires [14]. Dans notre série la morbidité représente 5,7% contre 11,1% de Souiki et 5% de Bencherifa [5,4]. En ce qui concerne la récurrence, c'est difficile de faire la différence entre une vraie récurrence et un kyste méconnu, les facteurs incriminés dans la récurrence semble être : l'inoculation peropératoire, le scolicide utilisé et le rôle d'un geste conservateur. Dans notre série, le taux de récurrence est de 0%, comme la série de Souiki, contre 4,9% de Bencherifa [5,4].

Conclusion

Le KHF est fréquent dans notre contexte, et se

caractérise par la non spécificité du tableau clinique, d'où l'intérêt de l'échographie abdominale. Le traitement chirurgical reste le plus utilisé, pourtant d'autres alternatives thérapeutiques ont prouvé leur efficacité, comme le traitement médical à base de l'Albendazole et le traitement percutané. Mais la prévention reste le meilleur moyen pour lutter contre ce fléau, surtout dans les pays endémiques.

Références

- 1-Laamrani A, Lhor Y, Roudani M. Lutte contre l'hydatidose. Guide des activités de lutte, 2007. Disponible sur internet : <<http://www.sante.gov.ma/Departements/DELM/Maladies%20Parasitaires/Guide%20des%20activites%20de%20lutte%20contre%20Hydatidose.pdf>> (consulté le 25.12.2011).
- 2-Hafsa C, Belguith M, Golli M, Rachdi H, Kriaa S, Elamri A, et al. Imagerie du kyste hydatique du poumon chez l'enfant. *J Radiol* 2005;86:405-10.
- 3-Türkyilmaz Z, Sönmez K, Karabulut R, Demirogullari B, Gol H, Basaklar C, et al. Conservative Surgery for Treatment of Hydatid Cysts in Children. *World J Surg* 2004;28:597-601.
- 4-Bencherifa L. Le kyste hydatique du foie chez l'enfant. Thèse Doctorat Médecine, Rabat;2009, n°209, 145 pages.
- 5-Souiki T. Le kyste hydatique du foie chez l'enfant. Thèse Doctorat Médecine, Fès;2008,n°144,141 pages.
- 6-Bourée P, Bisaro F. Hydatidose : aspect épidémiologique et diagnostique. Elsevier Masson SAS antibiotiques 2007;9:237-45.
- 7-Lagardère B, Chevallier B, Cheriet R. Kyste hydatique chez l'enfant. EMC édition techniques pédiatrie 1995;4-350-B-10.
- 8-Vuitton DA, Bresson-Handi S, Delabrousse E, Mantion GA. Foie et maladies parasitaires. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:1122-37.
- 9-Zaouche A, Haouet K. Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) techniques chirurgicales - Appareil digestif 2006;40-775.
- 10-Sakhri J, Ben Ali A. Le kyste hydatique du foie. Elsevier Masson SAS *J Chir* 2004;6:381-89.
- 11-Celebi F, Salman AB, Erdoğan F, Oren D. Hydatid disease of the liver in children : Evaluation of surgical treatment. *The J of intern Medical research* 2002;30:66-70.
- 12-Carmoi T, Farthouat P, Nicolas X, Debonne M, Klotz F. Kystes hydatiques du foie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) hépatologie 2008;7-023-A-10.
- 13-Kabaalioglu A, Karaali K, Apaydin A, Melikoglu M, Sindel T, Luleci E. Ultrasound guided percutaneous sclerotherapy of hydatid liver cysts in children. *Pediatr Surg Int* 2006;16:346-350.
- 14-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. Editions John Libbey Eurotext cahiers d'étude et de recherches francophones /santé 2001;3:177-84.