

LA SURVEILLANCE POST OPÉRATOIRE DU KYSTE HYDATIQUE DU FOIE OPÉRÉ

F. CHEHAB, D. KHAIZ, A. BOUZIDI.

L'hydatidose est une affection non immunisante. La réinfestation est toujours possible, les kystes peuvent exister dans un même organe ou dans des organes différents à des âges différents. Tout ceci traduit le caractère récidivant de cette maladie et la nécessité d'une surveillance au long cours (1). Cette surveillance est basée sur l'examen clinique et surtout sur des critères radiologiques et immunologiques.

1 - CRITERES RADIOLOGIQUES

L'image échographique des cavités résiduelles est en général de taille inférieure au kyste opéré. La densité est souvent voisine de celle de la graisse, la paroi est épaisse et non tendue. Elle permet de différencier un kyste évolutif d'une cavité résiduelle (1).

L'aspect échographique de cette cavité est très variable, elle évolue selon 4 formes :

- évolution favorable vers la disparition complète.
- réduction progressive et comblement.
- évolution vers l'image cicatricielle.
- complication infectieuse et / ou hémorragique (poche compliquée).

Ces différents stades évolutifs dépendent du type de kyste, de sa taille, du nombre de kystes, du type d'intervention et du siège.

La récidive hydatique est observée en général après 6 mois, c'est l'intérêt d'un contrôle post opératoire immédiat de référence (1).

L'échotomographie est souvent gênée par les remaniements de la fibrose post opératoire et les aspects échographiques post opératoires immédiat et tardifs ne sont pas encore codifiés. Une étude faite par des auteurs tunisiens (2) a permis de proposer une classification en 4 stades évolutifs :

Service de Chirurgie Générale et Digestive (Aile III) - CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

- stade I : restitutio-integrum.
- stade II : image cicatricielle.
- stade III : cavité résiduelle simple ou compliquée.
- stade IV : kyste hydatique résiduel et / ou calcifié.

Cette échographie doit être faite tous les ans pendant les deux premières années.

Il y a des formes d'interprétation difficile, c'est l'intérêt d'un contrôle biologique avec titrages antigéniques.

Le télé thorax de contrôle garde un intérêt dans le suivi post opératoire lointain, un contrôle par an est justifié afin de dépister une localisation pulmonaire tout en sachant que la localisation pulmonaire vient en 2 ème position après le foie (31 %) et que l'association d'une localisation pulmonaire et hépatique est de 12 % (1).

2 - CRITERES IMMUNOLOGIQUES :

Habituellement le taux des anticorps s'élève nettement dans les semaines qui suivent l'intervention, atteignant un taux maximum au bout de 2 mois, puis décroît pour se négativer en 18 à 24 mois après l'acte chirurgical (3).

La persistance d'un taux élevé d'anticorps est en faveur d'un kyste hydatique oublié et leur réascension est en faveur d'une récidive dont le taux varie entre 10 - 40 % (1), situation fréquente lors d'un traitement conservateur. Une étude de NOZAIS, sur 235 cas d'hydatidose, rapporte des négativations sérologiques après 3,5 et 7 ans (4,5). La sérologie doit reposer préférentiellement sur deux techniques complémentaires, l'une qualitative (immuno-électrophorèse, électrosynthèse, ELISA), l'autre quantitative (immuno-fluorescence indirecte, hémagglutination indirecte).

Notre protocole comprend un prélèvement sanguin vers la 3ème semaine, la 8ème semaine, puis le 3ème mois durant la première année, tous les 6 mois la 2 ème année, enfin une fois par an. L'échographie est demandée tous les 6 mois et une radiographie pulmonaire par an (1).

CONCLUSION

Le kyste hydatique du foie demeure un véritable problème de santé publique en pays d'endémie. C'est une maladie

non immunisante. La réinfestation est toujours possible, c'est dire l'importance d'une surveillance post opératoire échographique et immunologique, en attendant une éradication de cette zoonose.

BIBLIOGRAPHIE

1 - A. BOUZIDI.

Kyste hydatique du foie.

Encycl. Méd. Chir. Hépatologie, 1993; 7 - 023 - A 10.

2 - K. NAIJA, K. AYACHI, ML. GHARBI.

Le kyste hydatique du foie opéré : intérêt du contrôle échographique.

Tunisie Méd, 1987, 65 (8 - 9) : 499 - 509.

3 - F. BAHRA.

Kyste hydatique du foie compliqué vu en urgence (à propos de 31 cas).

Thèse Méd. Casablanca, 1990, n°128.

4 - M.F. BIAVA., L. KURES.

Diagnostic biologique des échinococcoses.

Rev. Prat. 1990, 40 (3) : 201 - 204.

5 - J.P. NOZAIS, M. DANIS, M. LOISY, M. GENTILINI.

Le diagnostic sérologique de l'hydatidose. A propos de 235 cas.

Path. Biol. 1985, 33 (4) : 238 - 240.