



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2020

Thèse N°: 407

KÝSTE HYDATIQUE DE LA RATE À PROPOS DE 3 CAS ET REVUE DE LITTÉRATURE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2020

PAR

Madame Souhaila EL HILALI

Née le 08 Août 1994 à Rabat

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Kyste hydatique; Echinococcus granulosus; Rate; Diagnostic; Traitement

Membres du Jury :

Monsieur Ahmed BOUNAIM

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Moutassir MOUJAHID

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Said BENAMR

Professeur de Chirurgie Générale

Monsieur Jalil MDAGHRI

Professeur de Chirurgie Générale

Président

Rapporteur

Juge

Juge



UNIVERSITE MOHAMMED V

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

RABAT

1. DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969: Professeur-Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974: Professeur-Abdellatif BERBICH
1974 - 1981: Professeur-Bachir LAZRAK
1981 - 1989: Professeur-Taieb CHKILI
1989 - 1997: Professeur-Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003: Professeur-Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur-Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

<i>Doyen</i>	Professeur Mohamed ADNAOUI
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines</i>	Professeur Brahim LEKEHAL
<i>Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération</i>	Professeur Toufiq DAKKA
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie</i>	Professeur Younes RAHALI
<i>Secrétaire Général</i>	Mr. Mohamed KARRA

* Enseignants Militaires

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

2. PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne - <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI-Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF-Abdellatif	Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI-Mohamed	Médecine Interne - <i>Doyen de la FMPR</i>
Pr. OUZZANI-Taïbi Mohamed-Réda	Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH -Aïcha	Gynécologie -Obstétrique
Pr. TAZI-Saoud-Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI-Abderrahim	Anesthésie Réanimation- <i>Doyen de FMPO</i>
Pr. BAYAHIA-Rabéa	Néphrologie
Pr. BELKOUCHI -Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN-Belabbes-Abdellatif	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA -Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO-Amina	Ophtalmologie
Pr. BEZAD-Rachid	Gynécologie Obstétrique <i>Méd. Chef Maternité des</i>

Orangers

Pr. CHERRAH -Yahia	Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI-Omar	Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB-Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI-Rachida	Pharmacologie- <i>Dir. du Centre National PV Rabat</i>
Pr. TAOUFIK-Jamal	Chimie thérapeutique__

Décembre 1992

Pr. AHALLAT-Mohamed	Chirurgie Générale <i>Doyen de FMPT</i>
Pr. BENSOUDA -Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED-OUZZANI-Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI -Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI-Abdessamad	Neurochirurgie
Pr. FELLAT-Rokaya	Cardiologie
Pr. JIDDANE-Mohamed	Anatomie
Pr. TAGHY-Ahmed	Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI-Mimoun	Microbiologie

* Enseignants Militaires

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR-Noureddine
Pr. BEN-RAIS-Nozha
Pr. CAOUI-Malika
Pr. CHRAIBI -Abdelmjid

EMPA

Pr. EL AMRANI-Sabah
Pr. ERROUGANI-Abdelkader
Pr. ESSAKALI-Malika
Pr. ETTAYEBI -Fouad
Pr. IFRINE-Lahssan
Pr. RHRAB-Brahim
Pr. SENOUCI-Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques *Doyen de la*

Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale - *Directeur du CHIS*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie -Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR-Mohamed*
Pr. BENTAHILA -Abdelali
Pr. BERRADA-Mohamed-Saleh
Pr. CHERKAOUI-Lalla-Ouafae
Pr. LAKHDAR -Amina
Pr. MOUANE-Nezha

Urologie *Inspecteur du SSM*
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL-Redouane
Pr. AMRAOUI-Mohamed
Pr. BAIDADA-Abdelaziz
Pr. BARGACH-Samir
Pr. EL-MESNAOUI-Abbes
Pr. ESSAKALI -HOUSSYNI-Leila
Pr. IBEN ATTYA-ANDALOUSSI-Ahmed
Pr. OUAZZANI-CHAHDI-Bahia
Pr. SEFIANI-Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH-Amine-Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM-Rachid
Pr. BOULANOUAR-Abdelkrim
Pr. EL ALAMI-EL FARICHA-EL Hassan
Pr. GAOUZI-Ahmed
Pr. OUZEDDOUN-Naima
Pr. ZBIR-EL-Mehdi*

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur HMI Mohammed V*

* Enseignants Militaires

Novembre 1997

Pr. ALAMI-Mohamed-Hassan
Pr. BIROUK-Nazha
Pr. FELLAT-Nadia
Pr. KADDOURI-Noureddine
Pr. KOUTANI-Abdellatif
Pr. LAHLOU-Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI-CHAFIQ
Pr. TOUFIQ-Jallal
Pr. YOUSFI-MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp.Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR -ALI
Pr. BOUGTAB
Pr. ER-RIHANI -Hassan
Pr. BENKIRANE -Majid*

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*
Abdesslam Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID-Ahmed*
Pr. AIT-OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN-Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI-Jamal-Eddine
Pr. CHARIF-CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB-El Mahjoub
Pr. EL FTOUH -Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID-Brahim*
Pr. TACHINANTE-Rajae
Pr. TAZI MEZALEK-Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI-Saadia
Pr. AJANA -Fatima Zohra
Pr. BENAMR-Said
Pr. CHERTI-Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL-KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI-Amine
Pr. EL KHADER-Khalid
Pr. GHARBI -Mohamed-El Hassan
Pr. MDAGHRI-ALAOUI-Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp.Cheikh Zaid*
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI-Hicham*
Pr. BENABDELJLIL-Maria

Anesthésie-Réanimation
Neurologie

* Enseignants Militaires

Pr. BENAMAR-Loubna
Pr. BENAMOR-Jouda
Pr. BENELBARHDADI-Imane
Pr. BENNANI-Rajae
Pr. BENOUACHANE-Thami
Pr. BEZZA-Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI-IDRISSI Med-Larbi
Pr. BOUMDIN El-Hassane*
Pr. CHAT-Latifa
Pr. DAALI-Mustapha*
Pr. EL HIJRI-Ahmed
Pr. EL MAAQILI-Moulay Rachid
Pr. EL MADHI-Tarik
Pr. EL OUNANI-Mohamed
Pr. ETTAIR-Said
Pr. GAZZAZ-Miloudi*
Pr. HRORA-Abdelmalek
Pr. KABIRI-EL Hassane*
Pr. LAMRANI-Moulay Omar
Pr. LEKEHAL-Brahim

Est.

Pr. MEDARHRI-Jalil
Pr. MIKDAME-Mohammed*
Pr. MOHSINE-Raouf
Pr. NOUINI-Yassine
Pr. SABBAH-Farid
Pr. SEFIANI-Yasser
Pr. TAOUFIQ-BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI-Abderrahmane*
Pr. AMEUR-Ahmed *
Pr. AMRI-Rachida
Pr. AOURARH-Aziz*
Pr. BAMOU -Youssef *
Pr. BELMEJDOUB -Ghizlene*
Pr. BENZEKRI-Laila
Pr. BENZZOUBEIR-Nadia
Pr. BERNOUSSI -Zakiya
Pr. CHOHO-Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE-Bouchra
Pr. EL ALAMI EL-Fellous Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI-Mohamed *

Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Univ. Cheikh Khalifa*
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale *Directeur Hôpital Ibn Sina*
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique *V-D chargé Aff Acad.*

Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie *Dir.-Adj. HMI Mohammed V*
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie

* Enseignants Militaires

Pr. FILALI ADIB-Abdelhai
Pr. HAJJI -Zakia
Pr. JAAFAR-Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE-Yamina
Pr. MOUSSAOUI-RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL-Abdelilah
Pr. RAISS -Mohamed
Pr. SIAH -Samir *
Pr. THIMOU-Amal
Pr. ZENTAR-Aziz*

Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH-El Hassan
Pr. AMRANI-Mariam
Pr. BENBOUZID-Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE-Ahmed*
Pr. BOULAADAS -Malik
Pr. BOURAZZA -Ahmed*
Pr. CHAGAR-Belkacem*
Pr. CHERRADI-Nadia
Pr. EL FENNI-Jamal*
Pr. EL HANCHI -ZAKI
Pr. EL KHORASSANI-Mohamed
Pr. HACHI-Hafid
Pr. JABOUIRIK-Fatima
Pr. KHARMAZ-Mohamed
Pr. MOUGHIL -Said
Pr. OUBAAZ-Abdelbarre *
Pr. TARIB-Abdelilah*
Pr. TIJAMI -Fouad
Pr. ZARZUR-Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI-Abdellah
Pr. ALLALI-Fadoua
Pr. AMAZOUZI-Abdellah
Pr. BAHIRI-Rachid
Pr. BARKAT-Amina
Pr. BENYASS-Aatif
Pr. DOUDOUH-Abderrahim*
Pr. HAJJI-Leila
Pr. HESSISSEN-Leila
Pr. JIDAL-Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie *(mise en disponibilité)*
Pédiatrie
Radiologie

* Enseignants Militaires

Pr. LAAROUSSI-Mohamed
Pr. LYAGOUBI-Mohammed
Pr. SBIHI-Souad
Pr. ZERAIDI-Najia

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL-Lahsen*
Pr. BELMEKKI-Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH-Razika
Pr. BIYI-Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS-Mohamed El-Amine
Pr. BOULAHYA-Abdellatif*

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. *Directeur Hôpital Ibn Sina*

Marr.

Pr. CHENGUETI-ANSARI Anas
Pr. DOGHMI-Nawal
Pr. FELLAT-Ibtissam
Pr. FAROUDY-Mamoun
Pr. HARMOUCHE-Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU-Amine*
Pr. JROUNDI-Laila
Pr. KARMOUNI-Tariq
Pr. KILI-Amina
Pr. KISRA-Hassan
Pr. KISRA-Mounir
Pr. LAATIRIS -Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI-Badreddine*
Pr. MANSOURI-Hamid*
Pr. OUANASS-Abderrazzak
Pr. SAFI-Soumaya*
Pr. SOUALHI-Mouna
Pr. TELLAL-Saida*
Pr. ZAHRAOUI-Rachida

Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI-Khalid
Pr. ACHACHI-Leila
Pr. ACHOUR-Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA-Mahdi *
Pr. AMHAJJI-Larbi *
Pr. AOUI-Sarra
Pr. BAITE-Abdelouahed *
Pr. BALOUCH-Lhousaine *
Pr. BENZIANE-Hamid *

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique

* Enseignants Militaires

Pr. BOUTIMZINE-Nourdine
 Pr. CHERKAOUI-Naoual *
 Pr. EHIRCHIOU-Abdelkader *
 Pr. EL BEKKALI-Youssef *
 Pr. EL ABSI-Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI-Rachid
 Pr. EL OMARI-Fatima
 Pr. GHARIB-Noureddine
 Pr. HADADI-Khalid *
 Pr. ICHOU-Mohamed *
 Pr. ISMAILI-Nadia
 Pr. KEBDANI-Tayeb
 Pr. LOUZI-Lhoussain *
 Pr. MADANI-Naoufel
 Pr. MAHI-Mohamed *
 Pr. MARC-Karima
 Pr. MASRAR-Azlarab
 Pr. MRANI-Saad *
 Pr. OUZZIF-Ez -zohra *
 Pr. RABHI-Monsef *
 Pr. RADOUANE-Bouchaib*
 Pr. SEFFAR-Myriame
 Pr. SEKHSOKH-Yessine *
 Pr. SIFAT-Hassan *
 Pr. TABERKANET-Mustafa *
 Pr. TACHFOUTI-Samira
 Pr. TAJDINE-Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE-Mansour *
 Pr. TLIGUI-Houssain
 Pr. TOUATI-Zakia

Ophthalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio-vasculaire
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophthalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR-Ali *
 Pr. AGADR-Aomar *
 Pr. AIT ALI-Abdelmounaim *
 Pr. AKHADDAR-Ali *
 Pr. ALLALI-Nazik
 Pr. AMINE-Bouchra
 Pr. ARKHA-Yassir
 Pr. BELYAMANI-Lahcen *
 Pr. BJIJOU-Younes
 Pr. BOUHSAIN-Sanae *
 Pr. BOUI-Mohammed *

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie

* Enseignants Militaires

Pr. BOUNAIM-Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA-Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan-Toufik *
 Pr. DOGHMI-Kamal *
 Pr. EL MALKI Hadj-Omar
 Pr. EL OUENNASS-Mostapha*
 Pr. ENNIBI-Khalid *
 Pr. FATHI-Khalid
 Pr. HASSIKOU-Hasna *
 Pr. KABBAJ-Nawal
 Pr. KABIRI-Meryem
 Pr. KARBOUBI-Lamyia
 Pr. LAMSAOURI-Jamal *
 Pr. MARMADÉ-Lahcen
 Pr. MESKINI-Toufik
 Pr. MESSAOUDI-Nezha *
 Pr. MSSROURI-Rahal
 Pr. NASSAR-Ittimade
 Pr. OUKERRAJ-Latifa
 Pr. RHORFI-Ismail-Abderrahmani *

Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phthisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU-Mustapha
 Pr. AMEZIANE-Taoufiq*
 Pr. BELAGUID -Abdelaziz
 Pr. CHADLI-Mariama*
 Pr. CHEMSI-Mohamed*
 Pr. DAMI-Abdellah*
 Pr. DARBI-Abdellatif*
 Pr. DENDANE-Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI-Naima
 Pr. EL KHARRAS-Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ-Samir
 Pr. EL SAYEGH-Hachem
 Pr. ERRABIH-Ikram
 Pr. LAMALMI-Najat
 Pr. MOSADIK-Ahlam
 Pr. MOUJAHID-Mountassir*
 Pr. NAZIH-Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA-Fouad

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne *Directeur ERSSM*
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr. ZNATI-Kaoutar

Anatomie Pathologique

* Enseignants Militaires

Mai 2012

Pr. AMRANI-Abdelouahed	Chirurgie pédiatrique
Pr. ABOUELALAA-Khalil *	Anesthésie Réanimation
Pr. BENCHEBBA-Driss *	Traumatologie-orthopédie
Pr. DRISSI-Mohamed *	Anesthésie Réanimation
Pr. EL ALAOULMHAMDI Mouna	Chirurgie Générale
Pr. EL OUAZZANI-Hanane *	Pneumophtisiologie
Pr. ER-RAJI-Mounir	Chirurgie Pédiatrique
Pr. JAHID-Ahmed	Anatomie Pathologique
Pr. RAISSOUNI-Maha *	Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID-Samir	Pharmacologie
Pr. AIT ELCADI-Mina	Toxicologie
Pr. AMRANI-HANCHI Laila	Gastro-Entérologie
Pr. AMOR-Mourad	Anesthésie Réanimation
Pr. AWAB-Almahdi	Anesthésie Réanimation
Pr. BELAYACHI-Jihane	Réanimation Médicale
Pr. BELKHADIR-Zakaria Houssain	Anesthésie Réanimation
Pr. BENCHEKROUN-Laila	Biochimie-Chimie
Pr. BENKIRANE-Souad	Hématologie
Pr. BENNANA-Ahmed*	Informatique Pharmaceutique
Pr. BENSGHIR-Mustapha *	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA-Mohammed *	Néphrologie
Pr. BOUATIA-Mustapha	Chimie Analytique et Bromatologie
Pr. BOUABID-Ahmed Salim*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH-Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB-Ali *	Cardiologie
Pr. DENDANE-Tarek	Réanimation Médicale
Pr. DINI-Nouzha *	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF-EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL-KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI-Nizare	Neuro-chirurgie
Pr. ELGUERROUJ-Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. ELHARTI -Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI-Rachid *	Toxicologie
Pr. EL KABABRI-Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI-Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI-Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI-Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI-Hassane *	Radiologie
Pr. ERRGUIG-Laila	Physiologie

* Enseignants Militaires

Pr. FIKRI-Meryem
Pr. GHFIR-Imade
Pr. IMANE-Zineb
Pr. IRAQI-Hind
Pr. KABBAJ-Hakima
Pr. KADIRI-Mohamed *
Pr. LATIB-Rachida
Pr. MAAMAR-Mouna Fatima-Zahra
Pr. MEDDAH-Bouchra
Pr. MELHAOUI-Adyl
Pr. MRABTI-Hind
Pr. NEJJARI-Rachid
Pr. OUBEJJA-Houda
Pr. OUKABLI-Mohamed *
Pr. RAHALI-Younes
Pr. RATBI-Ilham
Pr. RAHMANI-Mounia
Pr. REDA-Karim *
Pr. REGRAGUI-Wafa
Pr. RKAIN-Hanan
Pr. ROSTOM-Samira
Pr. ROUAS-Lamiaa
Pr. ROUIBAA-Fedoua *
Pr. SALIHOUN-Mouna
Pr. SAYAH-Rochde
Pr. SEDDIK-Hassan *
Pr. ZERHOUNI-Hicham
Pr. ZINE-Ali *

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB-MOHAMED KARIM *

MARS 2014

Pr. ACHIR-Abdellah
Pr. BENCHAKROUN-Mohammed *
Pr. BOUCHIKH-Mohammed
Pr. EL KABBAJ-Driss *
Pr. EL MACHTANI-IDRISSI Samira *
Pr. HARDIZI-Houyam
Pr. HASSANI-Amale *
Pr. HERRAK-Laila
Pr. JANANE-Abdellah *
Pr. JEAIDI-Anass *

Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la Pharmacie*
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique

* Enseignants Militaires

Pr. KOUACH-Jaouad*
Pr. LEMNOUER-Abdelhay*
Pr. MAKRAM-Sanaa *
Pr. OULAHYAN-Rachid*
Pr. RHISSASSI-Mohamed.Jaafar
Pr. SEKKACH-Youssef*
Pr. TAZI-MOUKHA.Zakia

Génycologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM -Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA -Fadila
Pr. BEKKALI -Hicham *
Pr. BENZAOU -Salma
Pr. BOUABDELLAH -Mounya
Pr. BOUCHRIK -Mourad*
Pr. DERRAJI -Soufiane*
Pr. DOBLALI -Taoufik
Pr. ELAYOUBI EL-IDRISSI Ali
Pr. ELGHADBANE -Abdedaim Hatim*
Pr. ELMARJANY-Mohammed*
Pr. FEJJAL -Nawfal
Pr. JAHIDI-Mohamed*
Pr. LAKHAL-Zouhair*
Pr. OUDGHIRI -NEZHA
Pr. RAMI -Mohamed
Pr. SABIR-Maria
Pr. SBAIDRISSI-Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE-Meryem
Pr. TAHIRI-Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU-Amine
Pr. ELASRI-Fouad*
Pr. ERRAMI-Noureddine*
Pr. NITASSI-Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABBI-Rachid*
Pr. ASFALOU-Ilyasse*

Microbiologie
Cardiologie

* Enseignants Militaires

Pr. BOUAYTI-ElArbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB-Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI-Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI-Jawad	Anatomie
Pr. OURAINI-Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE-Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. ZRARA-Abdelhamid*	Immunologie

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL-Mina	Anatomie
Pr. SOULY-Karim	Microbiologie
Pr. TAHRI-Rajae	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF-Taoufiq *	Néphrologie
Pr. ACHBOUK-Abdelhafid *	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. ANDALOOUSSI-SAGHIR-Khalid *	Radiothérapie
Pr. BABAHAHABIB Moulay-Abdellah *	Gynécologie-obstétrique
Pr. BASSIR-RIDA-ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR-TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL-MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF-Sidi Mohammed *	Chirurgie Générale
Pr. BOUZELMAT-Hicham *	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS-Jalal *	Traumatologie-orthopédie
Pr. CHAFRY-Bouchaib *	Traumatologie-orthopédie
Pr. CHAHDI-Hafsa *	Anatomie Pathologique
Pr. CHERIF-ELASRI Abad *	Neurochirurgie
Pr. DAMIRI-Amal *	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI-Nawfal *	Anesthésie-réanimation
Pr. ELALAOUI-Sidi-Yassir	Pharmacie Galénique
Pr. ELANNAZ-Hicham *	Virologie
Pr. ELHASSANI-Moulay ELMehdi *	Gynécologie-obstétrique
Pr. ELHJOUJI-Aabderrahman *	Chirurgie Générale
Pr. ELKAOUI-Hakim *	Chirurgie Générale
Pr. ELWALI-Abderrahman *	Anesthésie-réanimation
Pr. ENNAFAA-Issam *	Radiologie
Pr. HAMAMA-Jalal *	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI-Bouchaib *	O.R.L
Pr. HJIRA-Naoufal *	Dermatologie
Pr. JIRA-Mohamed *	Médecine Interne
Pr. JNIENE-Asmaa	Physiologie
Pr. LARAQUI-Hicham *	Chirurgie Générale
Pr. MAHFOUD-Tarik *	Oncologie Médicale

* Enseignants Militaires

Pr. MEZIANE-Mohammed *
Pr. MOUTAKI-ALLAH Younes *
Pr. MOUZARI-Yassine *
Pr. NAOUL-Hafida *
Pr. OBTEL-Majdouline
Pr. OURRAL-Abdelhakim *
Pr. SAOUAB-Rachida *
Pr. SBITTI-Yassir *
Pr. ZADDOUG-Omar *
Pr. ZIDOUH-Saad *

Anesthésie-réanimation
Chirurgie Cardio-vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-réanimation

* *Enseignants Militaires*

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

3. PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR-Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI-OUHABI-Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUL-KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI-SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR-M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr .BARKIYOU-Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE-Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE -Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA-Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay ElAbbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI-Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI JamalEddine	Biologie
Pr. OULAD-BOUYAHYA IDRISSE-Med	Chimie Organique
Pr. REDHA-Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI-Driss	Pharmacognosie
Pr. YAGOUBI-Maamar	Environnement,Eau et Hygiène
Pr. ZAHIDI-Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 11/06/2020

KHALED .Abdellah

*Chef du Service des Ressources Humaines
FMPR*

** Enseignants Militaires*







Sommaire

Introduction	1
Historique	4
Rappels	7
I. Embryologie de la rate :	8
II. anatomie de la rate :	10
1. Anatomie de morphologie	10
2. Anatomie de topographie :	11
III. histologie de la rate:	14
IV. physiologie de la rate:	16
V. parasitologie de la rate :	16
VI. Cycle parasitologique :	20
VII. L'atteinte splénique : physiopathologie	21
Observations	23
Discussion	32
I. Epidémiologie :	33
II. Etude clinique :	36
1. CDD :	36
2. Examen clinique:	37
III. Examens paracliniques :	38
1. Anamnèse:	38
2. Clinique :	Error! Bookmark not defined.
3. Biologie :	38
4. Imagerie :	39
IV. Diagnostic différentiel :	Error! Bookmark not defined.
V. Traitement:	44
1. Objectifs :	44
2. Moyens et indications :	44
2.1. Traitement médical :	44
2.2. Le traitement percutané :	Error! Bookmark not defined.

2.3. Traitement chirurgical :	Error! Bookmark not defined.
VI. Prophylaxie	47
Conclusion	49
Résumés	51
Bibliographie	55



Introduction

L'hydatidose (ou échinococcose) se définit par l'ensemble des manifestations secondaires au développement larvaire chez l'homme ;qui s'insere de façon accidentelle dans le cycle parasitaire de cette cestodose ;d'un tenia de petite taille appelé echinococcus granulosus presente dans l'intestin du chien (hote definitif) à l'état adulte.

Son développement au niveau du parenchyme splénique définit l'hydatidose de la rate.

C'est une maladie très répandu dans les pays du moyen-orient et du pourtour méditerranéen , comme le Maroc. actuellement on note une recrudescence meme dans les pays developpés (1).

Meme dans les pays d'endémie , la localisation au niveau de la rate reste rare avec un taux qui varie entre 0.5% et 6% [2].

Le kyste hydatique de la rate est exceptionnellement primitif et isolé puisqu'il survient le plus souvent dans un cadre d'atteinte abdominale multiviscérale , cette atteinte diffuse associées à la fréquence élevée des complications font toute la gravité de la maladie et rendent l'hydatidose splénique grave.

L'association de la sérologie hydatique et de l'imagerie médicale permet de poser le diagnostic dans 90% des cas [3].

Actuellement les options du traitement d'hydatidose disponible sont : le traitement pharmacologique , instrumental et chirurgical (splénectomie totale ou partielle) [4]

A noter que la prophylaxie reste le meilleur traitement qui à la fois peut et doit agir à pluseurs niveaux de la chaine épidémiologique.



Rappel historique

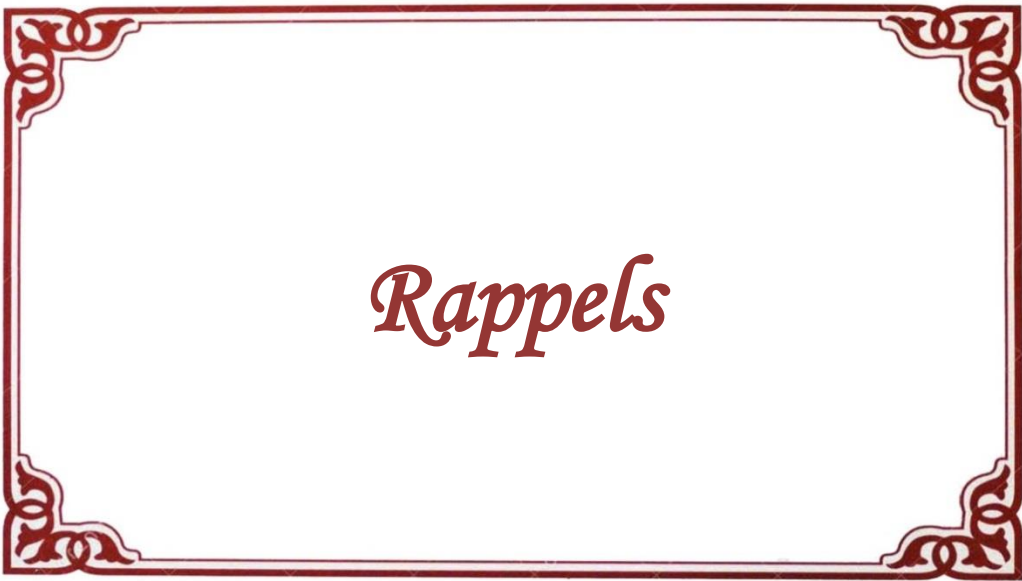
Depuis l'antiquité Hipocrate et Gallien ont signalés la présence du kyste hydatique chez l'humain au niveau du foie . tandis que l'origine parasitaire à été suspectée par Redi et certains auteurs à la fin du 17ème siècle,

En 1783 Goeze à identifié au niveau de la cavité tumorale des scolex appartenant à un cestode.

La maladie est caractérisée par plusieurs dates qui l'ont marquée :

- 1821 : BRECKER a mis en évidence le parasite responsable.
- 1836 : VONN SIEBOLL a démontré son mode de transmission
- 1863: LEUCHART et HENBNER ont reproduit leur cycle expérimentale à partir d'un scolex humain, au laboratoire.
- 1868: TROUSAU décrit pour la première fois la clinique de la maladie.
- 1886: POZI réalise la première périkystectomie.
- 1902: Mise en évidence du mécanisme anaphylactique que provoque le parasite.
- 1951: à Aigre , le 1^{er} congrès au monde sur le KH sur les options thérapeutiques de la maladie.
- 1955: LARGOTT à réalisé et pour la 1^{ere} fois une résection du dôme saillant.
- 1982: apparition de la classification échographique de Gharbi .
- 1961-1996 : FICHERMEN établit des tests immunologiques , par CAPRONAN l'électrophorèse et utilisation de l'ultrasonographie pour le diagnostic du kyste hydatique.
- 1919 : A Marrakech, les premiers documents d'ordre exclusivement vétérinaires furent recueillis par BOUIN et JASAZ.

- 1924-1925: DEKHESTER et MARTINE ont rapportés une série de 24 cas de kystes hydatiques à l'hôpital de Fès pendant 27 mois .
- 1956: ALHBABI démontre dans sa thèse le taux de l'hydatidose au Maroc.
- 1981: le Maroc a été classé par l'oms parmi les pays d'endemie hydatique.[5], [6]
- 1791: BETLOT décrit pour la première au cours d'une autopsie un KHR [7]



I. Embryologie de la rate :[8]

la rate à une origine exclusivement mésenchymateuse ,Contrairement au thymus.

A la 5ème semaine du développement embryonnaire, l'ébauche splénique apparaît comme un épaissement mésenchymateux du bord gauche de l'estomac.

Cette dernière s'organise en un réticulum pénétré et traversé par des vaisseaux sanguins.

Chez le fœtus, et entre le 5ème et jusqu'au 7ème mois ,la rate assurent à la fois une fonction myéloïde et lymphoïde.

La fonction myéloïde arrête juste après la naissance .

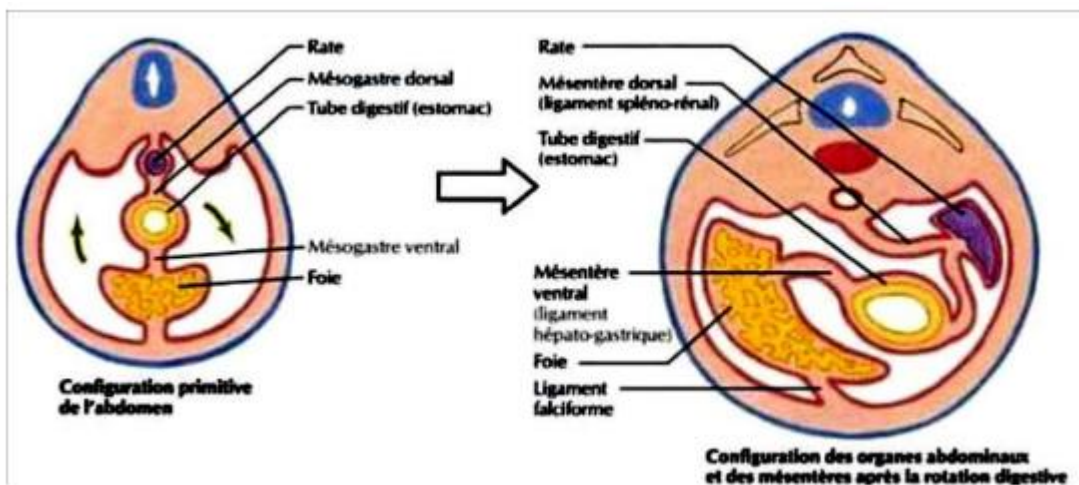


Figure 1 : Embryologie de la rate [9]

On peut observer de nombreuses variations embryologiques :

- Des anomalies de position : suite à un défaut de maturation des ligaments gastro-splénique et spléno-rénale, la rate devient très mobile pouvant migrer au niveau de l'abdomen ou bien le pelvis : on parle d'ectopie de la rate.
- Des anomalies de nombre : asplénie ; rates surnuméraires ou encore une rate divisée en plusieurs parties appelée polysplénie

II. Anatomie :

1. Morphologie de la rate

1.1. configuration externe :

La rate est un organe lymphoïde branché sur la circulation portale et qui naît dans le mésogastre dorsal.

D'une forme d'un gros grain de café, la rate est située dans l'espace sous-phrénique gauche entre le 9^{ème} et le 11^{ème} EIC.

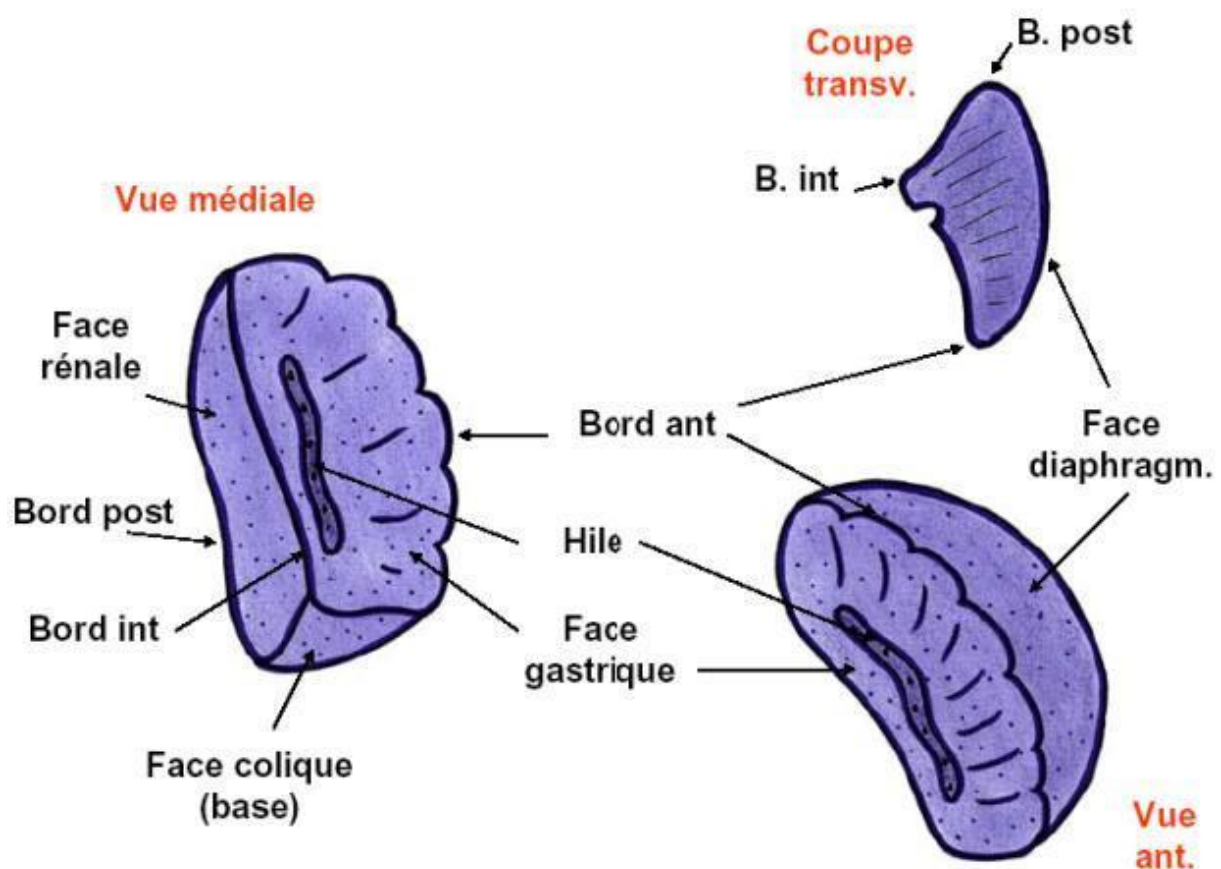


Figure 2 : Configuration externe et forme de la rate .

1.2. Dimensions ,poids ,Couleur et consistance,:

Sa couleur est pourpre foncé, de consistance ferme et de cohésion faible, friable, et se déchire au moindre traumatisme .

Dimensions :

Longueur : 12 cm

Epaisseur : 4 cm

Largeur : 8 cm

Poids : varie entre 150-300gr

N.B : avec l'âge le poids de la rate diminue progressivement.

1.3. Elements de liaisons :

La rate ne possède aucun moyens de fixité ni avec un organe ni avec la paroi mais elle se caractérise par la présence des rapports péritoneaux qui la laisse libre dans sa loge cellulo-fibreuse et certains ligaments :

- Ligament phrénico-splénique en haut.
- Ligament phrénico-colique gauche sur lequel repose la base splénique en bas.
- L'épiploon pancréatico-splénique qui relie le hile de la rate à la queue du pancréas et contient le pédicule splénique en arrière
- l'épiploon gastro-splénique il relie la rate à l'estomac, et contient le pédicule gastro-épiploïque gauche et les vaisseaux courts.

De ça on peut déduire que la pression intra abdominale et les différents organes de la loge sous phrénique gauche sont les principaux éléments permettant la stabilisation de la rate [10,11].

2. L'anatomie de topographie :

On lui distingue :

❖ Deux faces :

La face viscérale [12] : repose sur la face costale du diaphragme , répond au poumon gauche entouré de sa plèvre et aux 9^{eme} au 11^{eme} cote, elle est légèrement convexe et lisse .

La face diaphragmatique [12] : Elle présente le hile et 3 surfaces, gastrique, rénale et colique :

- Le hile : fissure horizontale par lequel les nerfs et les vx pénètrent et sortent . par sa partie inféro-anterieur il répond a la queue du pancréas.[13]
- Surface gastrique: Supra-hilaire, par le ligament gastro-splénique elle est en rapport avec la grande courbure de l'estomac.
- Surface rénale : Infra-hilaire et postérieure, répond au rein gauche dans sa face anterieur et à la surrénale gauche chez l'enfant.
- Surface colique : Infra-hilaire et antérieure, répond au ligament phrénico-colique gauche et à l'angle colique gauche .

❖ Deux bords:

- Bord posterieur: séparant la surface gastrique de la face diaphragmatique, d'aspect crénelé, il répond à la paroi de l'hypochondre gauche (15)
- Bord anterieur: sépare la surface rénale de la face diaphragmatique. Emoussé, ce bord pénètre entre la partie supérieure du bord externe du rein gauche et le diaphragme . (14)(15).

❖ **Deux pôles:**

- pôle supérieur: Etalé, répond au ligament phrénico-colique gauche et à l'angle colique gauche .(15)
- Pôle inférieur: répond à la grosse tubérosité de l'estomac (14)

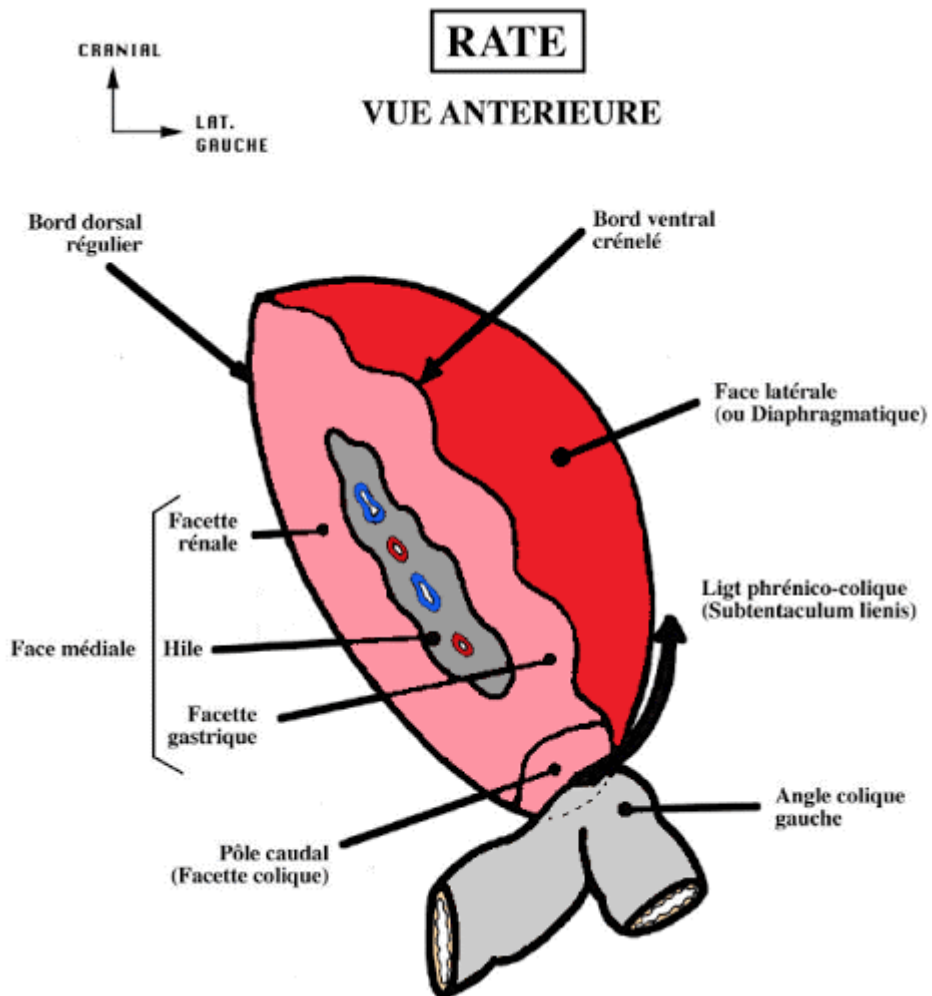


Figure 3 : Morphologie de la rate

Histologie de la rate:[21]

La rate est enveloppée dans une capsule fibro-musculaire à partir duquel emerge des travées conjonctives divisant le parenchyme splénique en 2 régions :pulpe blanche et une pulpe rouge.

La pulpe blanche représente 10 % de la masse splénique, formée de nodules lymphoïdes dispersés, constituée de lymphocytes Tet B.

La pulpe rouge occupe 79% de la masse splénique formé d'un tissu lâche richement vascularisé (cordons de Billroth) contenant des macrophages.

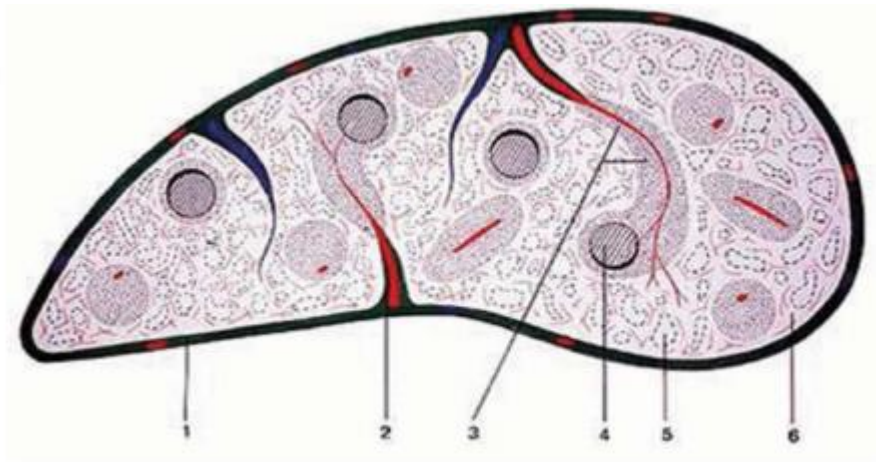


Figure 4 : Composition de la rate [22]

1. capsule splénique épaisse et dense ;
2. Travées riches en fibres élastiques et contenant les gros vaisseaux ;
3. manchons péri artériolaires, amas de lymphocytes ;
4. centres germinatifs (zone sombre riche en macrophages et immunoblastes et zone claire riche en lymphocytes et cellules dendritiques) ;
5. Sinusoïdes veineux ou larges espaces vasculaires contenant de nombreux éléments sanguins et délimités par un endothélium discontinu perméable à tous les éléments figurés du sang ;
6. Cordons de Bill Roth, situés entre les sinusoides, contenant tous les éléments du sang, et riches en macrophages.

III. Physiologie de la rate:

La rate assure deux principales fonctions à savoir une immunitaire et une autre hématopoïétique [22].

+Pulpe rouge: .

Épuration du sang :de toute substance étrangère circulant dans le sang. C'est la fonction la plus permanente.

Rate et immunité : La rate est le lieu où se rencontrent les antigènes circulants et les lymphocytes ; la rate joue donc un rôle dans l'immunité humorale.

Erythroclase : Phagocytose par les macrophages présents et actifs des hématies vieilles, anormales ou lésées. Le fer sera directement par la transferrine vers la moelle osseuse . et les pigments gagnent le foie.

Rate et hématopoïèse : pendant la vie fœtale et entre le 5^{ème} et le 7^{ème} mois. L'hématopoïèse se déroule exclusivement au niveau de la rate.

+Pulpe blanche: produit des lymphocytes B responsable de la production des anticorps après leur transformation en plasmocytes.[24].

IV. parasitologie :

1. Agent causal :

Le ténia *E. granulosus* est un ténia de petite taille appartenant à la règne des animalia , à la famille des taeniidae , à l'embranchement des platyhelminthes, et à la classe des cestodes .(11)

Il se présente essentiellement sous trois formes :

Adulte qui vit attaché aux villosités de l'IG de l'HD(chiens)

Œuf avec un embryon exacanthé au milieu.

la forme larvaire ou kyste hydatique .

2. Forme adulte :

Présente en un nombre important dans l'intestin des chiens. Elle comporte
Comme la plupart des cestodes, trois parties est qui sont :

un corps ,un cou court et grele et un scolex piriforme avec 4 ventouses de
forme arrondies et un saillant rostre muni de double couronne de crochets .

(Figure 2). (37)



Figure 5 : Scolex d'*Echinococcus granulosus*. (105)

La fixation à l'intestin grele de l'HD du parasite est assurée par les
ventouses et les crochets.

La durée de vie du parasite atteint six mois à deux ans. (44)

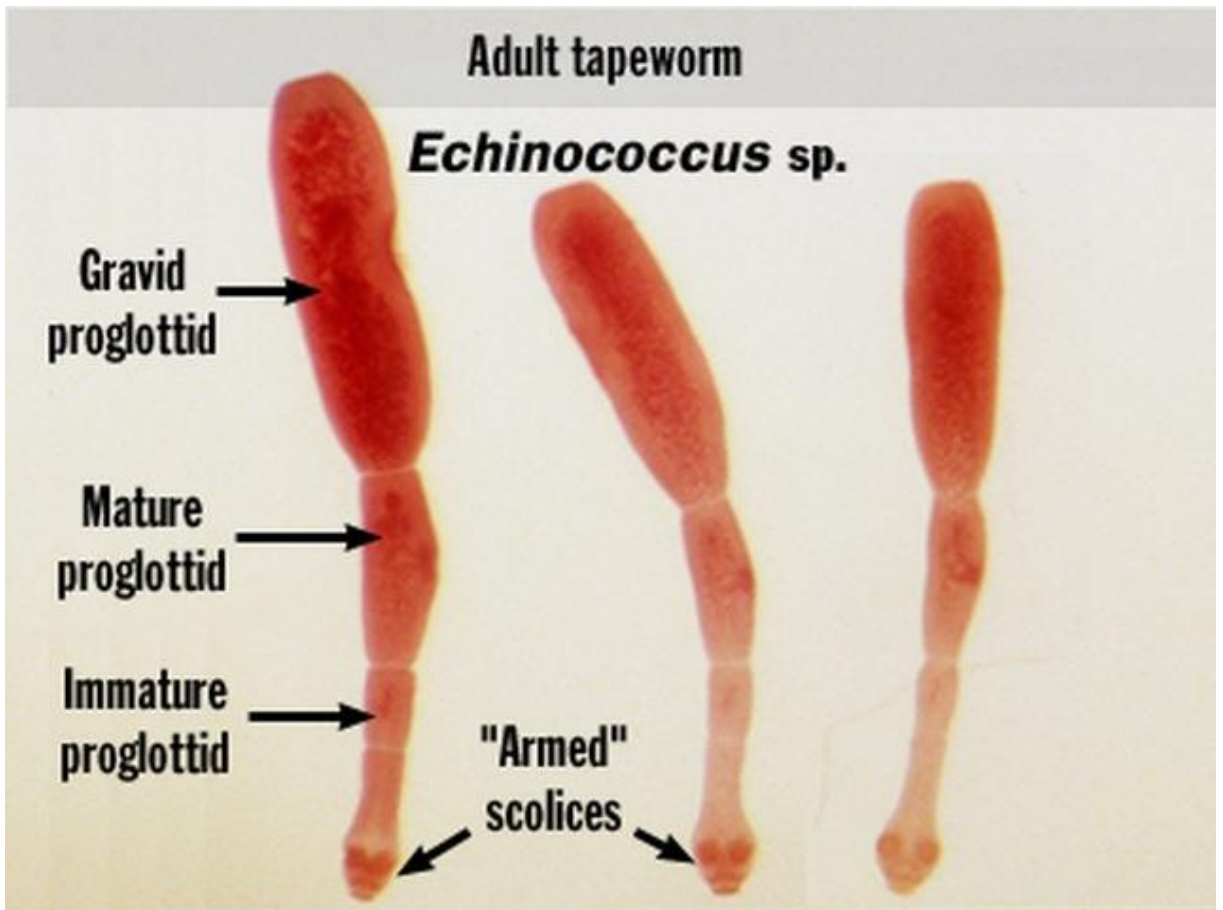


Figure 6 : Forme adulte du parasite *E. granulosus*

3. Œuf (44):

Entourée d'un embryophore épais et strié, l'œuf a une forme ovoïde, et contient un embryon exacanthé, à 6 crochets .

Dans le milieu extérieur se déroule la maturation de l'œuf, sur le sol sa durée de survie est fonction du degré de température et d'humidité (44) :

A+ 20°C sa durée de vie est d'un mois .

A+ 7°C elle est de 15 mois.

A- 10°C elle est de 4 mois ,

A +30 °C il survit à trois semaines dans l'eau et le sable humide (99).

Lorsque l'hygrométrie est faible L'œuf mort en trois jours

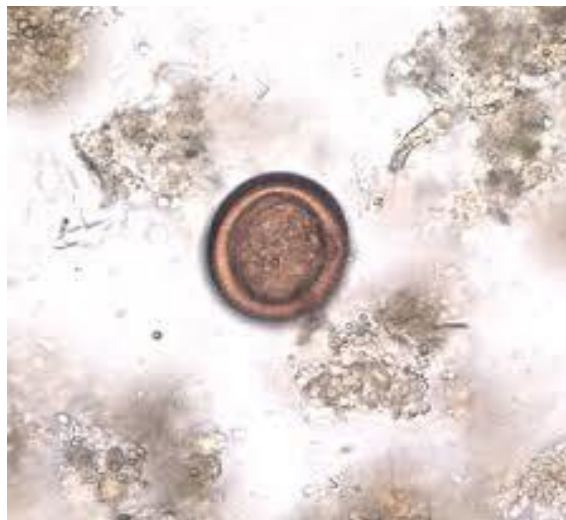


Figure 7 : image d'un œuf d'Echinoc. gran. agrandie (x300) Au microscope

4. Kyste hydatique ou Forme larvaire (55):

L'espèce de l'hôte et le viscère parasite sont des éléments qui conditionnent la maturation du kyste qui est lente. Suite à une forte infestation ou un bourgeonnement exogène, Un même organe peut contenir un très grand nombre donnant une hydatidose multivésiculaire (121).

V. Cycle parasitologique (Figure 4) :

C'est un cycle naturel qui évolue en 2 phases chez un hôte définitif et un autre intermédiaire (figure 10).

L'agent responsable est un ténia présent au niveau de l'intestin grêle de l'HD qui habituellement un carnivore de la famille des canidés, (tel que le chien , le loup le chacal, etc) . il présente 3 ou 4 anneaux , appelé aussi anneau germinatif, le dernier anneau, renferme 400 à 800 embryophores ou œufs. l'anneau germinatif et après sa maturation sera éliminé avec les déchets du chien infestant dans le milieu extérieur ainsi les pâturages et les eaux . le parasite dans sa forme larvaire est se trouve normalement chez l'HI qui est un herbivore de la famille des ovins (tel que le mouton , porc, cheval, le bœuf, , dromadaire, etc.). L'infestation de l'HI se fait après consommation de l'herbe et de l'eau souillés par les déjections de l'HD contenant les œufs [2-5], alors que l'infestation de l'HD se fait après ingestion des abats infestés d'un HI. Ainsi on se trouve dans un cercle vicieux.[1, 6]. Alors l'homme qui constitue une impasse parasitaire s'insère accidentellement dans ce cycle parasitaire soit par contact direct avec les chiens infectés ou après consommation d'aliments ou d'eau souillés par les déchets d'un carnivore porteurs du parasite [2, 7-9]

Les conditions climatiques défavorable; rencontrés dans les pays secs et chauds; aident au développement dans le milieu extérieur de l'oeuf .

VI. L'atteinte splénique physiopathologie :

La principale voie de contamination de la rate est la voie systémique [42].

la paroi intestinale est traversé par l'embryon, qui arrive par la veine porte au foie (1er filtre) pour s'y localiser ou bien gagner par voie cave les poumons (2ème filtre), où n'importe quel autre organe comme la rate via la circulation systémique.

Le second mode de contamination, est possible suite à une rupture d'un kyste hydatique souvent hépatique en intra-péritonéale. Ou bien via d'autres voies comme la voie lymphatique, la voie veineuse porto-splénique rétrograde, ou par contiguïté trans-pariétale gastrique ou colique.

le taux élevé de KHR isolé est expliqué par ces hypothèses physiopathologiques [43].

Les premières études du développement d'*Echinococcus granulosus* dans la rate ont été présentées par Borgeon: l'embryon hexacanthe est embolisé à la périphérie des capillaires spléniques, et puis progressivement la masse incompressible du kyste va comprimer les capillaires spléniques situés à la périphérie, Cette inflammation aseptique du parenchyme splénique s'étend au-delà de la capsule, favorisant la formation des attaches avec les organes adjacents notamment l'estomac, le côlon et le diaphragme, ce qui prédispose à un risque de rupture du kyste dans les structures anatomiques avoisinantes .

Le KHR peut être associé à d'autres localisations mais il est habituellement unique [44].

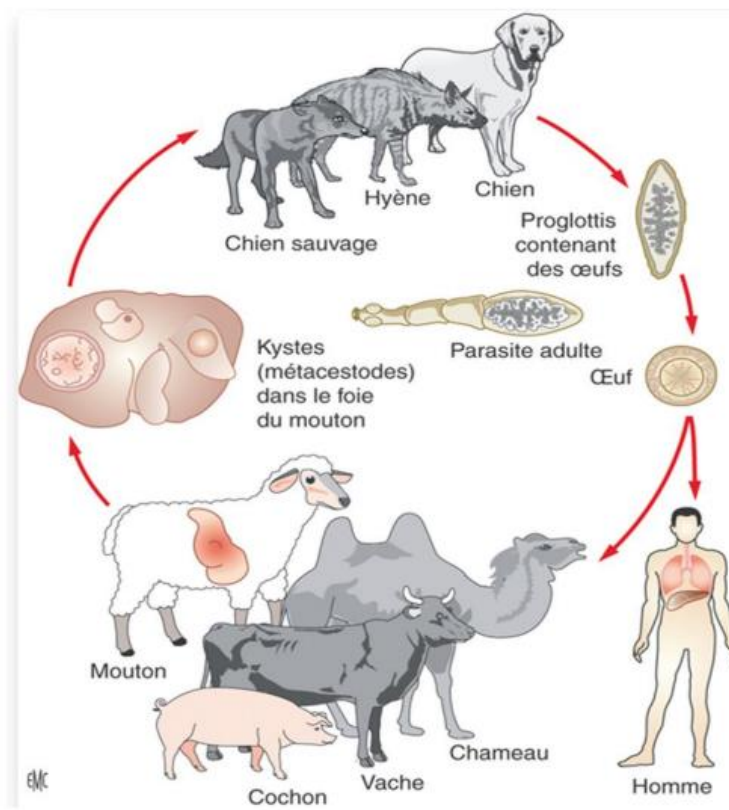


Figure 8 : Cycle biologique de l'hydatidose



OBSERVATION N° :1

Mme F.A âgée de 52 ans , femme au foyer, mariée et mère de 4 enfants, originaire de Settat et habitante dans un milieu rural, sans antécédents pathologiques médicaux-chirurgicaux.

Par contre on note une notion de contact avec les chiens. La patiente a été transférée au service de chirurgie de l'hôpital militaire Avicenne en 2005 pour la prise en charge d'une formation kystique splénique.

Le patient consultait suite à l'apparition 2mois avant d'une douleur abdominale de type pesanteur associée à des troubles de transit et des nausées post prandiaux. Sans fièvre ni AEG.

A l'admission, l'examen clinique avait montré une patiente apyrétique ,en bon état général, on retrouvait une masse palpable au niveau de l'hypochondre gauche avec splénomégalie à l'examen abdominal, mais le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Devant ce tableau clinique, un bilan radiologique avait été demandé :

Une échographie abdominale été réalisée, et avait montré une masse kystique de siège épigastrique de 12 cm de diamètre sur 10 cm

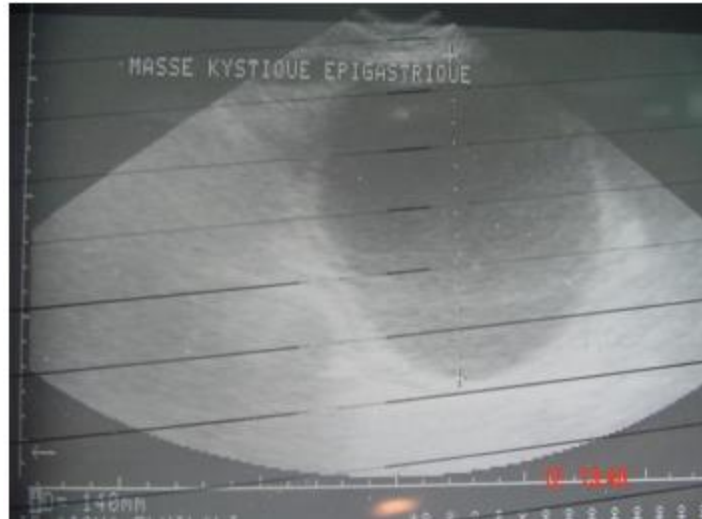


Figure 9 : Une image échographique m.e.e une masse kystique de siège épigastrique de 12 cm de diamètre sur 10 cm

En complément un scanner abdominopelvien a été réalisé et avait mis en évidence une formation kystique englobant presque la totalité de la rate mesurant 140,7 mm de diamètre sur 120,9mm en faveur d'un kyste hydatique de stade 1, à confronter aux données de la clinique et de la biologie.

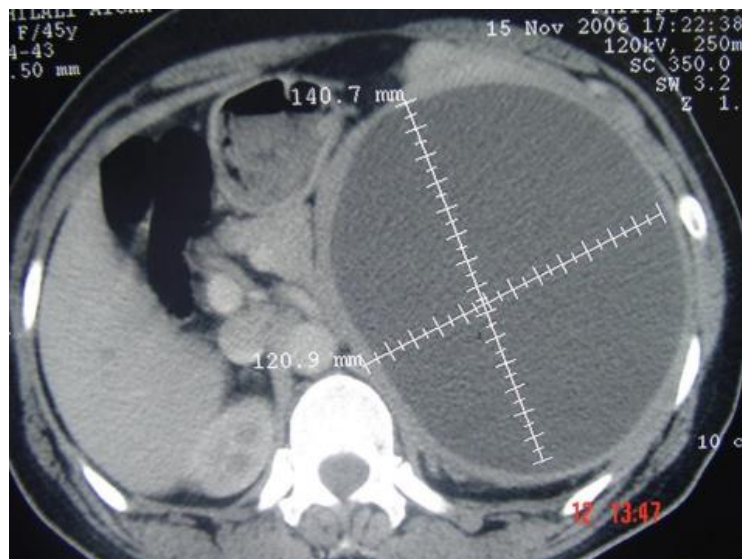


Figure 10 : image scannographique montrant un kyste hydatique géant de la rate de 14 cm de diamètre

Une radiographie pulmonaire était sans anomalie.

Un traitement chirurgical avait été retenu. Un bilan préopératoire fut réalisé (NFS, Ionogramme, ECG, Radio pulmonaire) et s'est avéré normal.

L'intervention s'est déroulée sous anesthésie générale et ventilation artificielle. La patiente fut mise en décubitus dorsal. L'abord chirurgical a été réalisé par une laparotomie médiane sus ombilicale permettant de montrer un kyste hydatique splénique.

nous avons réalisé une splénectomie totale emportant le kyste hydatique en entier.

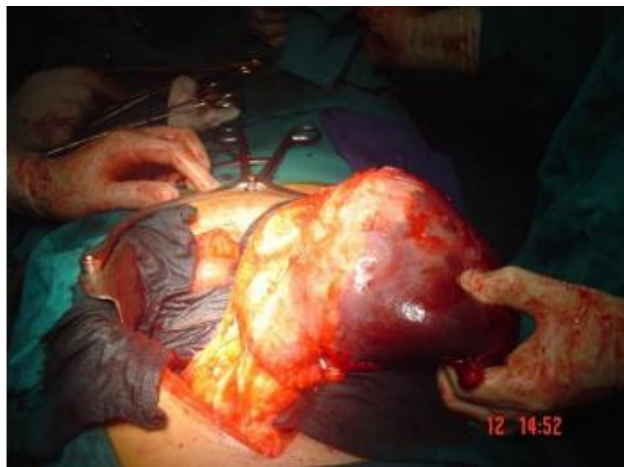


Figure 11 : Vue opératoire m.e.e un kyste hydatique de la rate (Photo Pr Moujahid)

Les suites opératoires étaient simples avec une bonne évolution sur les plans clinique et radiologique.

La patiente a été mise sous antibiothérapie pendant deux ans. Une vaccination prophylactique anti pneumococcique et anti hémophilus et anti méningococcique a été administrée trois semaines plus tard .

Sur un recul de quatre ans aucun signe de récurrence.

OBSERVATION N° 2 :

Mme M.A âgée de 27 ans mariée, mère de 4 enfants, femme au foyer, originaire et habitante à RABAT.

La patiente ne présentait ni antécédents médicaux, ni antécédents chirurgicaux.

Adressée au Service de Chirurgie Générale pour prise en charge d'une masse splénique de découverte fortuite à l'échographie abdominale suite à une douleur de l'hypochondre gauche sans autres signes associés.

A l'admission, l'examen abdominal retrouvait un abdomen souple , le reste d'examen clinique était normal. Une échographie abdominale ainsi qu'une TDM abdominale ont été faites au service, et avaient montré un kyste hydatique de la rate stade 1 (figure 3)



Figure 12 : image scannographique m.e.e un kyste hydatique de la rate classé stade 1

Dans le cadre d'un bilan à la recherche d'autres localisations, une radiographie Pulmonaire était sans anomalie.

Un traitement chirurgical avait été retenu.

Un bilan préopératoire fut réalisé (NFS, Ionogramme, ECG, Radio pulmonaire) et s'est avéré normal.

La patient était opérée par coelioscopie sous anesthésie générale, intubation trachéale et ventilation artificielle ; nous avons réalisé un open coelio avec mise en place du trocart d'optique et insufflation du CO2 à 12 mm HG , mise en place d'autres trocarts à instruments , l'exploration a montré un kyste médio splénique qui se prête bien avec une bonne exposition et après protection du champ opératoire par des compresses imbibées à l'eau oxygénée , nous avons réalisés une petite fenestration au crochet coagulateur avec aspiration du contenu du kyste , il n'avait pas de membrane prolifère, nous avons réalisées une résection du dôme saillant du kyste avec a la fin un drainage de la cavité résiduelle et de la gouttière pariéto colique gauche par deux drains de Redon.



Figure 13 : Vue opératoire m.e.e un kyste de la rate par voie coelioscopique

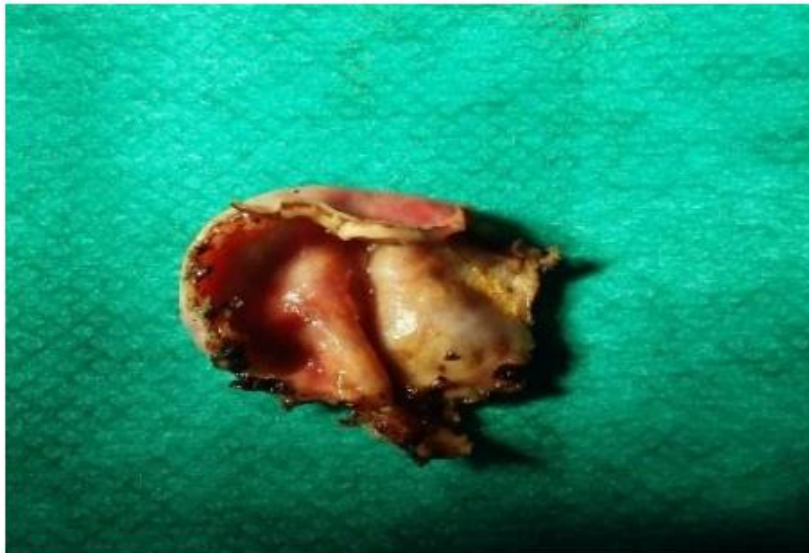


Figure 14 : résection du dôme saillant d'un kyste splénique par coelioscopie.

La patiente a quitté le service au troisième jour après ablation des drains.
Les suites post opératoires étaient simples.

Sur un recul de trois ans la patiente n'a pas présentée des signes de récurrence.

Observation n 3:

Melle A.A âgée de 21 ans ,sans antécédents particuliers; admise au service de chirurgie 1 de l'hôpital militaire Mohamed V à Rabat avec un tableau de douleur au niveau de l'hypocondre gauche associé à des nausée et un amaigrissement chiffré à 6kg en une durée de trois mois.

L'examen clinique avait montré une sensibilité à la palpation de l'hypocondre gauche avec une splénomégalie. Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

Le bilan biologique a montré un taux de leucocytes normale avec une hypereosinophilie modérée.

Une échographie abdominale a montré une image kystique de la rate ; foie et pancréas sans aucune anomalie.

Le complément par un scanner abdominopelvien (fig1et2) avait montré une image kystique de la rate avec des images de membrane flottante évocatrice d'un kyste hydatique à confronter aux données cliniques et biologiques.



Figure 15 : image scannographique m.e.e un kyste hydatique de la rate

La sérologie hydatique était positive.

Patiente opérée par voie sous costale gauche avec réalisation d'une splénectomie totale .

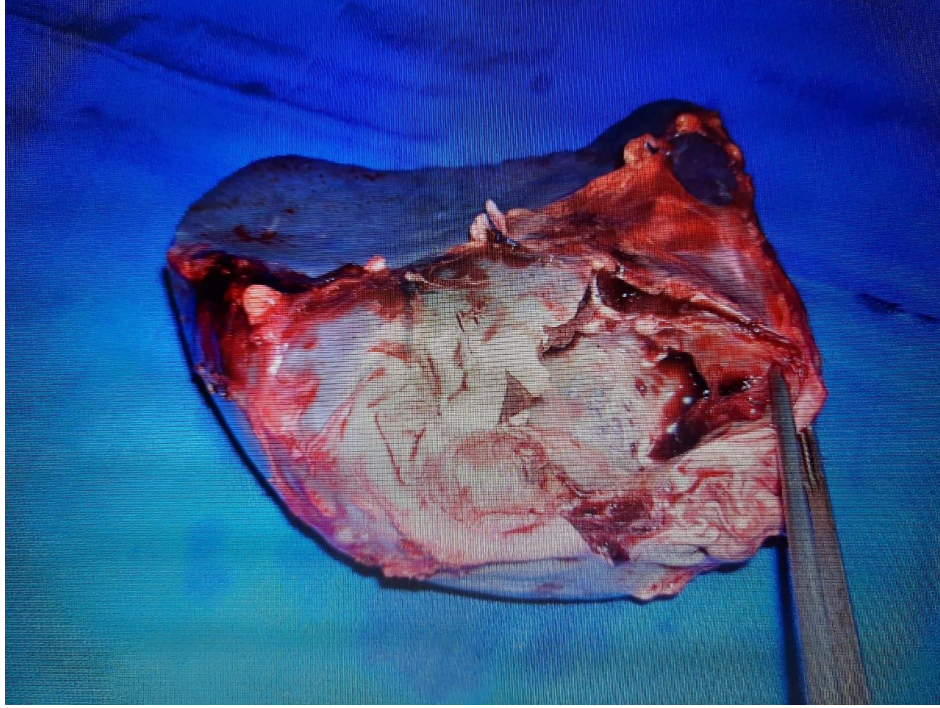


Figure 16 : Pièce opératoire d'une splénectomie montrant d'un kyste hydatique



Discussion

I. Epidémiologie :

1. Incidence du KHR en fonction d'autres localisations:

L'hydatidose hépatique est la localisation la plus fréquente avec un taux de 84 % en 2008, suivi de l'hydatidose pulmonaire qui survient en second rang avec un taux de 12 % en 2008 .[19]

Une fois que les poumons et le foie sont dépassés, l'hydatidose peut se retrouver dans n'importe quel organe du corps.

Même en zone d'endémie la localisation dans la rate reste rare [20], et survient après le foie et le poumon au 3^{ème} rang [6], avec une fréquence selon les séries d'études qui varie de 0,5% à 6,3% (Tableau 1).

La fréquence de l'hydatidose splénique au Maroc est de 0,8% après l'hydatidose du foie (52,7%) et du poumon (36,6%) [21].

Auteurs	Fréquence de la localisation hydatique splénique en %
Uriatre [7]	0,62%
Mahjor [21]	0,81%
Zaitt [101]	2%
Al-Jawabreh [102]	2,3%
Amer [103]	2,6%
Ranjber-Bahaddori [105]	2,75%
Ball [104]	2,85%
Eckenique Elizondo [32]	2,82%
Safiolas [31]	5,45%
Zmerlli [56]	6%
Ozogol [29]	7,2%

Tableau 1 : incidence du KH en fonction d'autres localisations

2.Incidence en fonction de l'origine du malade :

Le milieu rural constitue l'origine la plus fréquente des patients qui se présente avec une hydatidose dans le monde , notamment le Maroc .(Tableau 2)

	1980-1992	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Milieu urbain	30.5%	40%	35%	32.2%	35%	37%	38%
Milieu rural	69.5%	60%	65%	67.8%	65%	63%	62%

Tableau 2 : fréquence de l'hydatidose selon le milieu de résidence [5]

3.Incidence en fonction de l'âge :

La fréquence du kyste hydatique augmente considérablement avec l'âge.

Selon la majorité des séries de cas , les adultes jeunes dont l'âge varie entre 25 et 45 ans sont les plus touchés, avec un âge moyen de découverte qui se situe vers 40 ans.

Auteurs	Moyenne d'âge
Moujahid [22]	35ans
Ousadden [25]	37ans
Eckenique Elizondo [32]	36ans
Ozogol [29]	41,1 ans
alMalki [30]	41,9 ans

Tableau 3 : Moyenne d'âge selon différents auteurs.

4.Incidence en fonction du sexe:

Selon la majorité des séries de cas, les femmes sont les plus touchées par l'hydatidose avec un taux estimé à 70 %, ceci est du à l'implication des femmes dans les soins aux chapeaux et aux chiens par-rapport aux hommes. Sans oublier le rôle des facteurs immunologique et hormonaux .

	Féminin	Masculin
Ozogol [29]	82,7%	17,3%
alMalki [30]	75%	25%
Eckenique Elizondo [32]	56%	44%
Ousadden [25]	47%	53%
Atmatizidis [26]	37%	63%
Moujahid [22]	32,3%	67,7%
Safioleas [31]	29%	71%

Tableau 4 : incidence en fonction du sexe d'après différents auteurs.

II. Etude clinique :

1. Circonstances de découverte :

La douleur : est isolée dans presque 20% des cas et constitue le motif le plus fréquent de consultation .[54]

Ses caractéristiques sont :

Siege : au niveau de l'hypochondre gauche ou épigatrique .

Type : pouvant aller d'un inconfort ou sensation de pesanteur jusqu'aux crampes épigatriques .

Intensité : d'intensité variable

Chez les patient porteurs des kystes volumineux, On observe une douleur plus importante au niveau de l'hypochondre gauche [31], très variable, évoluant par crises violentes et excacerbée par certaines positions, comme le DLG .

Devant cette douleur on peut évoquer d'autres diagnostics tel que :

- un syndrome abdominal aigu,
- une affection thoracique quand cette douleur est plus haute ,bloquant la respiration .
- une crise de colique néphrétique quand c'est une douleur accompagnée par des irradiations pelviennes et lombaires . [28]

L'irradiation de la douleur dépend de la localisation du kyste, tandis que les accès douloureux sont expliqués par les adhérences qui se créent à la faveur du développement du kyste et par des phénomènes d'infarcissement splénique. [53]

Dans notre série, 2 patients ont consultés pour ce motif.

- le 2^{ème} motif le plus fréquent après la douleur est une masse de l'hypochondre gauche [22], [25]. Il s'agit généralement d'une masse palpable, molle, non douloureuse, à contours nets, d'évolution lente [54], [55].

Dans notre série aucun patient n'a consulté à cause de ce motif.

- La découverte fortuite se fait à l'occasion :

- Des examens complémentaires pour une symptomatologie non spécifique. [22], [25], [4]
- Des examens complémentaires réalisés pour une autre pathologie.
- Un dépistage dans une zone d'endémie.

Dans notre série, la découverte a été fortuite chez une seule patiente.

2. Examen physique:

L'examen physique trouve souvent au niveau de l'HG ou l'épigastre une masse solide, arrondie, suivant les mouvements respiratoires du muscle diaphragmatique [26].

Il peut également trouver une masse arrondie et solide, au niveau de l'HG donnant le contact lombaire, prêtant confusion avec les tumeurs du reins. [31]

III. Etude paraclinique :

Le diagnostic repose sur une combinaison entre : l'anamnèse, la clinique, la biologie et la radiologie.

1. Anamnèse :

Parmi les éléments qui orientent vers de le diagnostic de l'hydatidose sont : La profession (bouchers, bergers, agriculteurs ...), l'origine rurale et la présence de contact avec des chiens.

2. Biologie :

2.1. Eléments d'orientation :

•**La numération formule sanguine (NFS) :** L'hyperéosinophilie, se définie par une valeur des polynucléaires éosinophiles sanguins supérieure à la normale, elle est rencontrée chez environ 25-35% des patients..

Cette élévation est généralement peu marquée, sauf dans certaines situations et elle est souvent associée à des manifestations allergiques.

Toutefois, sa présence ou son absence ne permet ni de confirmer ni d'éliminer le diagnostic, [26], [62] , car rencontrée dans plusieurs situations et dans divers spécialités médicales [62]

Dans notre série, l'hyperéosinophilie n'a été retrouvée que chez un seul malade.

2.2. Examens immunologiques : pose le diagnostic

l'IDR de Cazoni : c'est une réaction d'hypersensibilité immédiate de type anaphylactique, qui consiste à introduire un antigène hydatique purifié standardisé dans le derme .

Il est considéré comme positive quand on assiste à l'apparition après 10 mn d'une papule rouge oedemateuse , mesurant 1-2 cm, entourée d'une zone rouge.

3. Imagerie :

3.1. L'ASP :

Elle a peu d'interet , elle permet de mettre en évidence au niveau de l'hypochondre gauche, une masse tissulaire molle avec des calcifications périphériques ou un effet de masse sur l'estomac et / ou le rein gauche et /ou le côlon gauche

3.2. Téléthorax :

Il permet de mettre en évidence, un épanchement pleurale ou une élévation de la coupole diaphragmatique gauche , il permet aussi de rechercher une localisation pulmonaire associée . [26]

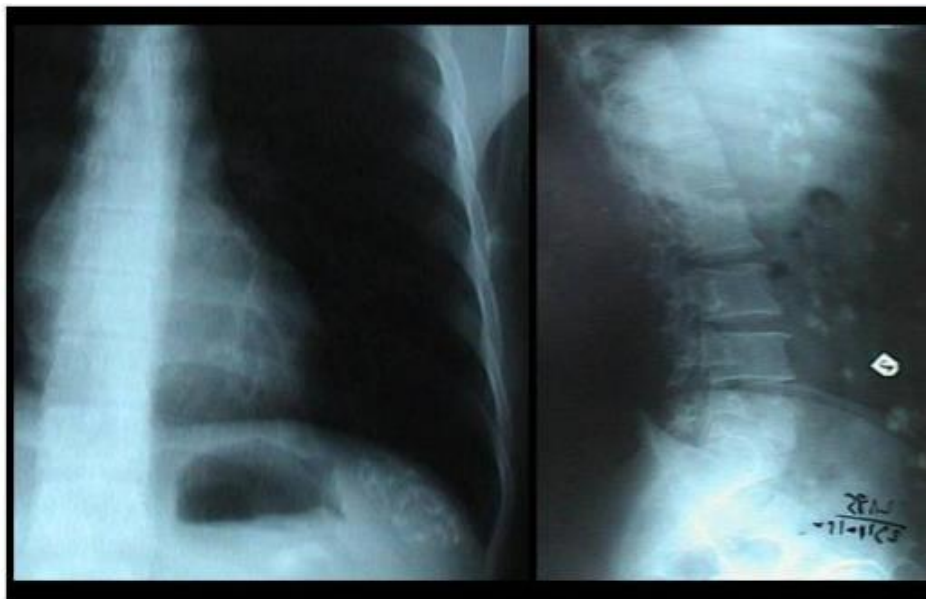


Figure 17 : Images radiographique des poumons de face et de l'abdomen de profil montrant un kyste hydatique de la rate calcifié .

3.3. Imagerie abdominale :

L'échographie est l'examen de choix , elle permet de montrer directement l'image du kyste, déterminer son siège , préciser sa taille et ses rapports avec les organes de voisinage [28] . Cet examen est efficace dans 70 à 100% des cas .

On admet la classification de Gharbi pour toutes les localisations de la maladie hydatique notamment splénique.

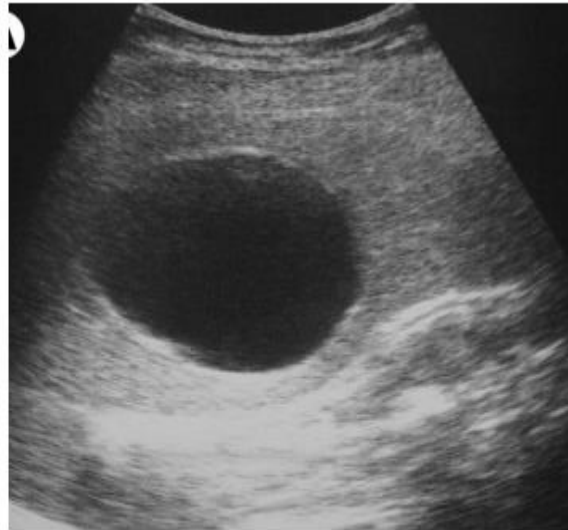


Figure 18 : image échographie m.e.e un kyste hydatique splénique type I



Figure 19 : image échographique montrant un kyste hydatique splénique de type IV .

3.4. La TDM :

C'est un examen d'une bonne sensibilité estimée à 100% .

Elle permet de confirmer le diagnostic mais aussi de donner des informations sur le siège exacte , le nombre , le type ,le contenu et les rapports avec les organes de voisinage [29], [1], [66], [67]. Elle permet également la recherche d'autres localisations associées, la surveillance des lésions et la détection des recidives.

Elle n'est pas systématique , indiquée surtout dans les cas où l'échographie n'arrive pas à poser le diagnostic secondairement à des difficultés liées au patient comme les obèses, en présence d'un excès de gaz intestinaux, ...) ou en cas de complications de la maladie [68], et dans les formes pseudotumorales .



Figure 20 : Image scannographique abdominal montrant un large kyste hydatique couvrant la totalité du parenchyme splénique[26].

3.5. L'IRM:

L'IRM généralement ne devrait pas être réalisée avec les examens de première ligne pour le diagnostic des malades suspectés ou porteurs de KH [79] car il n'apporte pas des éléments diagnostiques majeurs par rapport à la TDM, sauf chez les patients à la sérologie négative et à l'échographie et TDM non concluant où elle s'avère importante.

L'IRM peut différencier entre les différents kystes, parasitaires, non parasitaires ou traumatiques en montrant une image caractéristique de l'hydatidose sous forme d'un hyposignal entourant la lésion kystique splénique hyper intense, appelé le "RIM Sign". Ce dernier est mieux visualisé en séquence T2.

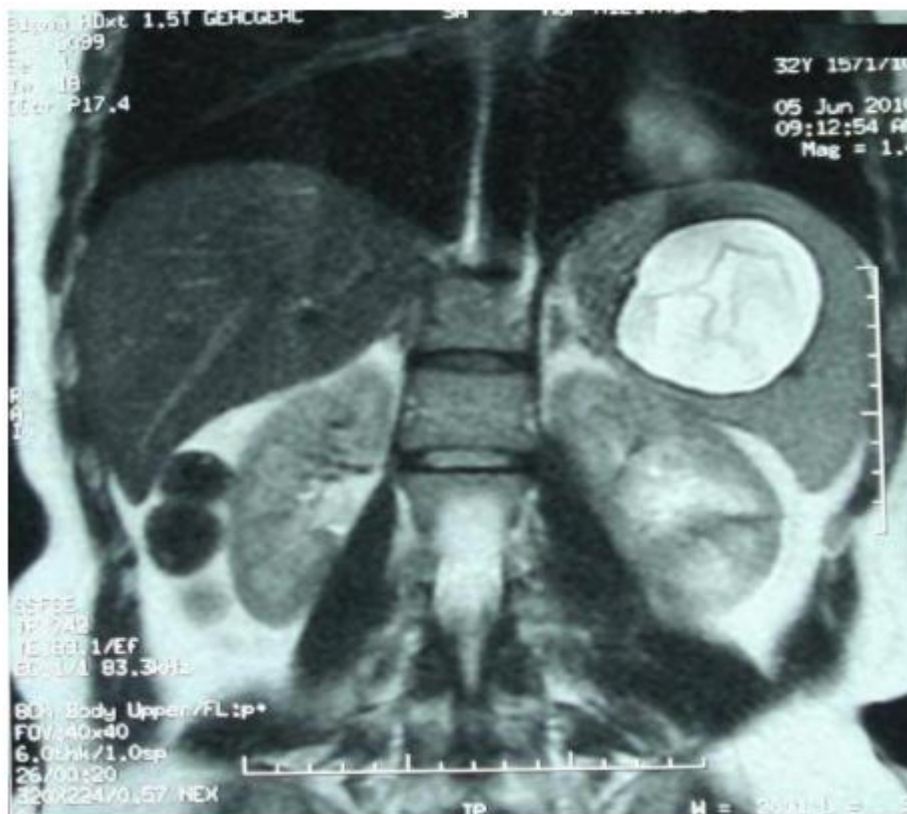


Figure 21 : un KH splénique sur une coupe sagittale d'IRM [69]

IV. Traitement:

1. BUT :

Le but essentiel du traitement est l'élimination du parasite par excrèse du kyste et de son contenu afin de protéger le patient des risques de complications et de récurrences, tout en conservant la fonction splénique quand c'est possible.

2. Moyens et indications :

Le traitement du kyste hydatique est presque toujours chirurgical.

La prise en charge de l'hydatidose a connu de nombreux progrès grâce à l'amélioration et l'apparition de nouveautés thérapeutiques.

2.1. Traitement médical :

Les dérivés Benzimidazolés sont des composés organiques de synthèse, de structure homogène regroupant un imidazolé, un benzène, et des substituants (Figure 15, 16,17).

2.1.1. Mécanisme d'action :

Le mécanisme d'action des dérivés BZD repose sur l'inhibition de l'absorption ; par les nématodes intestinaux, les cestodes et leurs larves intratissulaires ; du glucose ce qui sera à l'origine d'une baisse endogène du glycogène, qui elle-même responsable d'une chute de l'ATP essentielle à la reproduction du parasite et indispensable à la vie.

Il se déroule une désorganisation et lyse cellulaire secondaire à un blocage des fonctions tubulaires .

2.1.2. Pharmacocinétique :

La majeure partie de la dose ingérée (estimée à 80%) des dérivés BZD est éliminée dans les selles sous forme inchangée , tandis qu'une très faible dose (estimée à 20%) est éliminée dans les urines . Deux BZD ont prouvés après leurs évaluation ,une bonne tolérance générale et une efficacité certaine contre le KH.

- Le Mébendazole, Vermox® comprimés à 500 mg ;
- L'Albendazole, Zentel®, comprimés à 400 mg et suspension à 4%

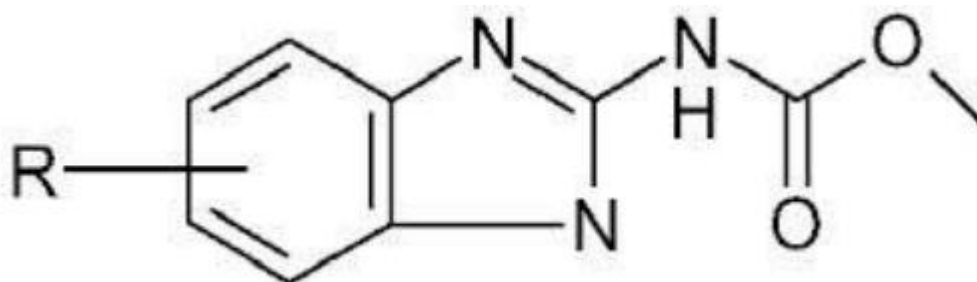


Figure 22 : Structure de dérivé Benzimidazolé

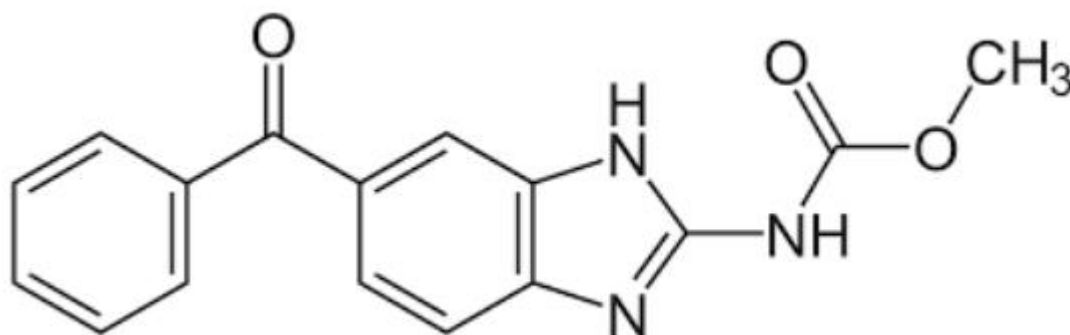


Figure 23 : Structure du Mébendazole

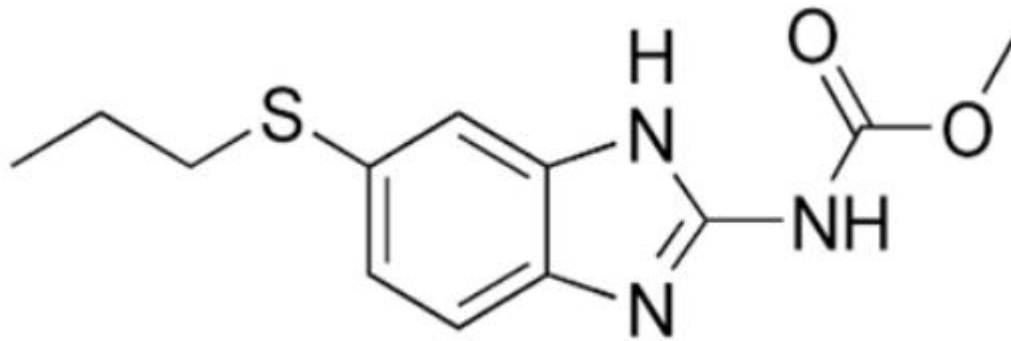


Figure 24 : Structure de l'Albendazole

2.1.3. Indications :

Les indications au traitement avec les dérivés BZD sont:

- En présence de contre indications opératoires.
- En cas d'échinococcose multiples au niveau d'un ou plusieurs organes.
- A titre préventif en pré et post-opératoire afin de prévenir la dissémination.

2.1.4. Contre-indications : La chimiothérapie est contre-indiquée :

- En cas de maladies hépatiques chroniques graves et de dépression de la moelle osseuse ;
- En cas d'un stade précoce d'une grossesse;
- En présence d'un risque de rupture si kystes géant .
- En cas de kystes inactifs ou calcifiés .

2.1.5. Effets indésirables :

Les effets secondaires sont nombreux, et parfois grave. Ils comprennent :

- La neutropénie,
- La protéinurie,

- L'hépatotoxicité modérée (augmentation transitoire des transaminases),
- Des troubles gastro-intestinaux,
- L'alopécie transitoire
- La tératogénicité au cours des premiers mois de grossesse.

Les doses recommandées pour le traitement du KH sont :

•ABZ : 10-12 mg par kg de poids corporel /par jour , en deux doses fractionnées et en postprandiale .

Pratiquement, les adultes reçoivent 800 mg / jour en deux doses uniques de 400 mg chacune par cure de 28 jours séparées de 15 jours [174] .

•MBZ : la dose habituelle est de 40-50mg par kg de poids corporel, par jour ;en trois doses fractionnées pendant au moins 3-6 mois.

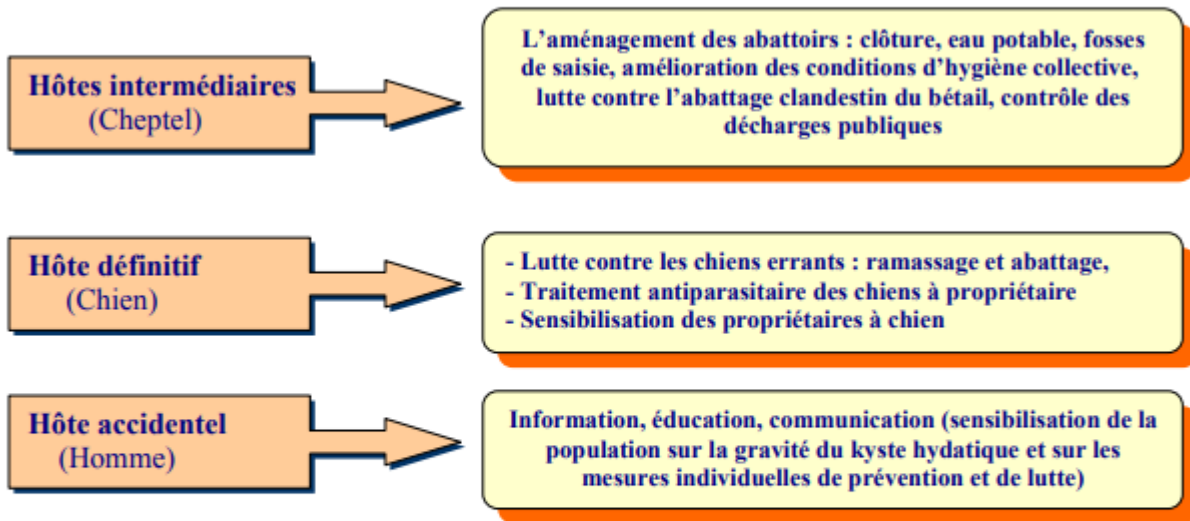
Il est recommandé de prendre le traitement avec un repas riche en graisse afin d'améliorer l'absorption intestinale des BZD.

V. Prévention

1. Stratégie de La lutte contre l'Hydatidose :

La lutte contre l'Hydatidose /Echinococcose repose sur trois axes :

Axe I : L'application de mesures de prévention visant à interrompre le cycle biologique à l'intérieur des hôtes et entre l'hôte définitif et les hôtes intermédiaires



Axe II : Le dépistage précoce des personnes atteintes de kyste hydatique et leur prise en charge médicale

Axe III : La disponibilité d'un arsenal législatif et réglementaire approprié

Ces axes constituent l'ossature de la stratégie de lutte autour desquels se déploieront les différentes actions qui visent la réduction de l'incidence de l'Hydatidose/Echinococcose.



Conclusion

L'hydatidose est une cestodose cosmopolite sevrissant en mode endémique ; dans les pays en voie de développement où co-existe un contact étroit entre l'homme et les herbivores (surtout dans les zones rurales)

Bien qu'il soit rare le kyste hydatique de la rate est une maladie parasitaire qui doit être connue du fait de sa grande latence clinique et la fréquence élevée de ses complications graves et potentiellement mortelles.

La maladie se révèle le plus souvent par une splénomégalie et une douleur de l'hypochondre gauche. La découverte fortuite n'est pas rare . Toutefois la maladie peut se présenter sous forme de signes de compression des organes adjacents .

Le diagnostic repose surtout sur l'échographie qui est l'examen clé. La TDM reste nécessaire dans certains cas où l'examen échographique seul n'est pas concluant , pour la mise en évidence et avec précision la localisation et les rapports exacts du kyste .

La chirurgie qu'elle soit conservatrice ou non reste le traitement de base.

On peut proposer d'autres alternatives au traitement chirurgical dans certaines situations particulières tel que le traitement médical représenté par l'Albendazole et le traitement percutané aussi appelé PAIR.

Vaut prévenir que traiter ; ce qui confère à la prophylaxie qui repose sur des mesures d'ordre général et des mesures individuelles ,un rôle important dans le traitement de la maladie hydatique



RESUME

L'hydatidose splénique est une maladie parasitaire très fréquente auquel il faut penser devant toute douleur trainante de l'hypochondre gauche, surtout dans un pays endémique comme le Maroc, particulièrement si des antécédents évocateurs sont retrouvés.

le diagnostic est confirmé par une combinaison entre l'échographie, la sérologie hydatique voire la tomographie qui est nécessaire dans certaines situations

La chirurgie est le traitement de choix, souvent conservatrice, et parfois associée aux benzimidazolés.

Toutefois, la prophylaxie demeure le meilleur traitement qui peut intervenir à différents niveaux de la chaîne épidémiologique.

ABSTRACT

Splenic hydatidosis is a very common parasitic disease that must be remembered before any dragging pain of the left hypochondrium, especially in a endemic country like Morocco, especially if evocative antecedents are found

The diagnosis is confirmed by a combination of ultrasound, hydatid serology or computed tomography , wich is necessary in some situations
Surgery is the treatment of choice, often conservative, and sometimes associated with benzimidazole,

However, prophylaxis remains the best treatment that can occur at different levels of the epidemiological chain

العنوان

العنوان : الأكياس العذارية للطحال

من طرف : سهيلة الهلالي

المشرف : الأستاذ منتصر مجاهد

الكلمات الأساسية : كيس عنزاي- طحال - التشخيص والعلاج- المشوكة.

مرض الكيس العذاري هو موضع نادر لمرض طفيلي منتشر في بلدنا حيث يشكل مشكلة حقيقية للصحة العامة .

يعتبر الطحال ثالث موضع من حيث التردد بعد الكبد و الرئة

الهدف من هذه الدراسة هو تحديد المعطيات الوبائية للمرض، دراسة انعكاساته الإكلينيكية، دراسة أهمية الفحوص البيولوجية و الفحوص بالأشعة في التشخيص و كذا تحديد طرق العلاج الجراحي و أهمية العلاج الطبي. تبلغ عن ثلاث حالات للكيس العذاري للطحال ثم اكتشفها في مصلحة الجراحة العامة الأول في المستشفى العسكري بالرباط.

العرض الرئيسي هو الم في الجزء العلوي الأيسر للبطن، كما ثم العثور على كتلة بالجزء العلوي الأيسر للبطن في الفحص البدني في حالتين. في حين كانت الأمصال العذارية سلبية في حالتين و ايجابية في حالة واحدة. ثم تحديد تشخيص بالفحص بالصدى للبطن و التصوير المقطعي المحوسب.

قمنا باستئصال كلي للطحال لدى حالتين، في حين ثم استئصال القبة البارزة في الحالة الثالثة، بالنسبة لفترة النقاهة فكانت طبيعية.

خلاصة: الكيسة المائية للطحال هو تشخيص وجب التفكير فيه أمام الم مزمن في الجزء العلوي الأيسر للبطن، خصوصا في بلد كالمغرب حيث ينتشر هذا المرض، وبشكل أكبر إذا وجدت سابقا تذكر بالمرض. التخطيط بالصدى وأحبانا التصوير المقطعي هو فحص ضروري لاثبات التشخيص. الجراحة هي وسيلة العلاج الرئيسية، محافظة في اغلب الأحيان وتكون أحيانا مصاحبة للعلاج الطبي بالالبيندازول بعد الجراحة. ومع ذلك، تظل الوقاية خير من العلاج.



Bibliographie

- [1]. Noghabbi, Azadeh-Jabbari, Kasraa,Roufiane, and Mohamed-Razza Moti. "Con-comitant Splénique and Hépatique Hydatidosis: Report of Two Cases and Review of the Literature."
- [2]. Hazam, Amr – Najmedine, Afes – Cherif-Abdelhadi - Ali Kachaou – Sallah-Boujelbane - Mohamed Beyrouiti – Indian Journal of Surgery Indian -J.Surg – 2013,
- [3]. Keya-C, Uçtam Y,-Kataniş R (2010) Splenic hydatid cyst attacking retroperitoneum. Türkiye Parazitoloji ..
- [4]. Sami-AkbAlat – Nilgan.Sogotcu – Cengiz Eris – journal de la gastroenterologie J.Gastrointest.Surg – 2011
- [5]. « Guide de lutte contre l'Hydatidose- Echinococcose ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.pncl.gov.ma/fr/Publication/guide/Pages/Guide-de-lutte-contre-1%27Hydatidose--Echinococcose.asp>.
- [6]. A-Ouzouit, « Hydatidose.Péritonéale.Experience.du.service de Chirurgie C.centre .hospitalier. universitaire .Avicenne », These, 2017.
- [7]. D.-Uriertre, A.-Pomres, C.-Martin, A.-Cande, N.-Alonzo, et G.M. Buno, « Splenic .hydatidosis », Am.-J. Trop.-Med., mai. 1993.
- [8]. JW-Larsan, C.G.-Schoenwolf, B.-,Prauer, C.,-Bleyle, et D.-Francis-West, Embryologie. humaine, 1ere édition. Bruxelles: De.Bock, 2014.
- [9]. D.Bouchet et G.-Juilleret, Anatomie.topographique, descriptive et fonctionnelle, tome 4 : L'abdomen, la région .rétro-péritonéale, le petit bassin, le périnée, 2e édition. Paris: Editions Mazon, 1990.
- [10]. P.J.Chevrellet. Anatomie .clinique 1: Le tronc : la rate. page 301-375

- [11]. D.-Bochet, C.-Juilleret Anatomie-topographique, descriptive et fonctionnelle 6:l'abdomen La région.rétropéritonéale, Lepetit bassin, le. La rate : page 1992- 2010.
- [12]. D.-Kamina et C.Gouazé, Anatomieclinique : Tome2, Thorax, abdomen, 3e édition.-Paris-Malone, 2012.
- [13]. Elvier -Mazon« Anatomie T2 » ..
- [14]. A.Bochet et G-Juilleret, Anatomie.topographique, descriptif et fonctionnel. Elsvier .Mazon, 1993.
- [15]. D-,Kemna, Anatomie. clinique, 2e éd. Maloiiine.
- [16]. D.-Nater, Atlas de.human.anatomie, 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elvier, 2014.
- [17]. L.K. More, F. T. D. Phd, F.A.-Daley, M.A. A. R.U.A.R, et WP.D. Ph.D.,Clinically.Oriented.Anatomy, th Ed. Lipincot Williams , 2008.
- [18]. F.-Moatasian,-Richard, et D.J.-Smith, « Hydatidosis: aglobal .problem of. increasing .importance », Bull.-Who, 1987.
- [19]. P.-Mooro et MP. -ScKantz, « Echinococcosis: a.review », Int. J. Infect., mars 2009,
- [20]. D.-Akbalat, A. -Sogùtçu, et E.-Chris, « Hydatid Disease ofthe Spleen: Single-Center.Experience .anda Brief.Literature.Review », J. , oct. 2014.
- [21]. M.- Mahjur, M.-ElIdrisi, M.-Ayojil, et-F.-Berkia, « Enquête rétrospective .sur .l.'hydatidose. au .Maroc
- [22]. M.-Mojahed, T.M.-Tajddine, F.-Ackour, et I.M.-Janatti, « Kyste hydatique de la rate. À. Propos. De. 36 .cas. Expérience .of service », J. Afr. Hépatogastroentérologie, , déc. 2008,
- [23]. A. ;-Borgon, « Echinococcose-splénique », J-Chir, vol. 70, p. 708, 1962.

- [24]. K.-Sabaddini, « Les kystes hydatiques de la rate. », Kystes,Hydatiques Rate,
- [25]. F.-Oussaden , « Kystes.hydatiques ... la .rate: chirurgie. radicale .ou. conservatrice? », Pan Afr. Med. J., , juin 2009,.
A.-Atmatizidis, C. ;Papasiogaz, B.,Mireliz, T.-Pavilid, et T. -Papasiogaz, « Spleen-Preserving .Surgery for .Splenic .Echinococcosis», Dig. Surg., 2004.
- [26]. B.-Spkaz et T.-Gierris, « Complication .spectaculaire. d'unkyste .hydatique. géant .de .la. rate. La rupture dans le côlon. », J., 1972.
- [27]. A.-Belakddar « Les .kystes. hydatique .de .la .rate. About 26observation., 1985.
- [28]. C.-Ozogol et al.,-« Splenic-Hydatid.Cysts: 17 Cases », Indian J., déc. 2014.
- [29]. E.O.F-IMalki, « Le traitement.conservateur.du .kyste. hydatique.de .la rate », p. 5.
- [30]. D.-Msali, S.-Wali, Z.-Souari, F.- sourati, D.-glidi, Y. ;-Saknon, I. Bayrouiti. Le. kyste.hydatique .de.la.rate. About.33 case. Lyon.Chir.1994, , , févr. 2001.
- [31]. M.H. Hasimi:Hydatic.cyst.of.the spleen. J. Fac. Baghdad.1983, 25(2):58-62.
- [32]. S.-Saad,-D. Hemdi, S.-Zoari et al. Le.kyste. hydatique. Du.rein. A propos de 27cas. Sem Hosp Paris 1992
- [33]. A.-mzyad, F.-Mostapha, W.-Mourzy Spinad.hydatid.in Egypt. Jourpt.oc parasitic 1998;
- [34]. R;Bay, D.P-Singhi, P.-athak et al.rimary.multiple.intracerebral echinococcosis in a young child. Jour.Trop .Ped 2004;52:58-62

- [35]. B.-Pouree, T.-Phullier, C.-fillat Hydatidose.musculaire.du.mollet. About 1.case. Bull.soc.path.exot 1983 ;
- [36]. G.-Farme, C.-Neves,-Lafarche et.al. Une.observation d'hydatidose musculaire.instructive.-Med.malInf 1996.
- [37]. F. -Gauer, F.-David, Lourttat- ;Jacoba. Échinococcose.étendue.du.fémur : about.one.case . Med Mal Inf 2002; 35: 176-9.
- [38]. C.-ghayri, Ma.-Kouadja, D.-abouda et al. Kyste hydatique du coeur et des vaisseaux 3 observations.
- [39]. C.Amrrani, C.-Zouaida,-Bellabbes et al.-Hydatidose : à.propos.de quelques.localisations.habituelles.
- [40]. D.Dali,M.Banani, C.-Bockama.Les.Kystes.hydatiques.du diaphragme. Lyon Chir1997.
- [41]. F.-Laada,F.Larmitte, S.-Henekine-Mucci, et al.Kyste.hydatique.primitif de.la.thyroïde,
- [42]. G.-Sayz, F.-Pentto, D.-Apt et al. Kyste.hydatique.de.la.langue.leading to diagnosis.of.multiple.localizations.
- [43]. M.H- Zahawi, K.O.-LHamed, A.-belkhayl. The.possible.role.of.the.age.of the.human.host.in.determining.the.localization.of.hydatid cyss. Ann Trop Med.Parasit 1998; 94:.
- [44]. M. -Fervey, J.H. -Neidhart, G.-Guelha. Conservative.surgery.for.splenic hydatid.cyst. Journal ofPediatric Surgery.
- [45]. M.-Khouri, B.Abyad, C.,Gegea, C.-Nabot, W.-JEbour -Laparoscopic treatment.ofhydatid.cysts.o?the liver and the.spleen. Surg Endosc.
- [46]. M. Mareti, B. Jeylot, et M. Lounggy, « Les.kystes.hydatiques.de.la.rate. Moyens.actuels.de.leur.diagnostic. », Méd. Chir. Dig. 4(2): 6-8, 1975.

- [47]. L.Jenati, S. -Pallier, E.-Affi, et L.-Moullay, « Localisations.inhabituelles dukyste.hydatique »,.
- [48]. Z.-Smerli, D.-Ayoud, M. -Horckani, L.-Dami, C. lOuakdi, et R.M.-Ben Slama, «kyste.hydatid.du.rein : diagnostic ;et.treatment »,
- [49]. N.W.-Don Sener, F.-Riffay, L-Strikhe, S.-beck imagerie.par.resonance magnétique.of.thoracic.hydatid.disease-,23
- [50]. D.-Dive. L'échinococose.primitive. Mazon édit. Paris 1948
- [51]. M. S-Fukar et A.S-Pukar, « Giant.solitary.hydatid.cyst.of.spleen—A.case report »,
- [52]. L.-Carabi, I.-Yurtzeve, I.-Yuruer, N- Osen, et M.-Kasim, « Splenic hydatid.cyst », Can. J...
- [53]. E.J.Kachn, M.-Girzyn, et O.-Bletri, « Orientation.diagnostique.devant l'hyper-éosinophilie »,
- [54]. C.-Bazzari, D.-Baignon, B.-Nackega, C.-Lazou, J-Gigot, et C.-Ayeddi, « L'hydatidose : Echinococose.d'importation.en.Belgique »,
- [55]. C.-Chadrry, D.-Hishnan, D.-Jayswal, B.-Kehl, et V.-Sakenna, « SPLENIC.HYDATIDOSIS », Med. J. Armed Fo
- [56]. W-Rasheed, Z-Sargar, et B-Belwani, « Hydatid.cyst.of.spleen: A diagnostic.challenge », North-Am. J-
- [57]. B-Zadeghi, N-Zaderpour, E-brahimpur, et S-Zaffar, «kyste hydatique non parasitaire », MiddleEast J.-Dig.
- [58]. K-Nako et al., « Dermoid.cyst of the.spleen: Report.of.a.case », p. 4.
- [59]. JEchert, Éd., WHO/OIE manual on Echinococcosis in humans and animals: a zoonosis of global concern. Paris: World Organisation for Animal Health, 2000.
- [60]. S.J-Keystone, « Drugs 5 y après: Mebendazole », Ann. Intern. Med.

- [61]. G-E-Syngounas, S.A-Leventys, F.E-Sakaz, D-M-Hadley, D-A-Lamppadyrios, et C-P-Karvoniz, « Successful traitement of intracerebral hydatid cysts with albendazole: case report and review of the literature »,
- [62]. L-D.Morys, « Pre-operative albendazole therapy for hydatid cyst », Br. J.
- [63]. H-Kzerumly, H-Höklyk, L-Gönlozen, T-Kas, et A-Rmanvermez, « l'effet de l'albendazole on the prevention of secondary hydatidosis », Hepatogastroenterology., vol. 48, no 32, p. 258-260, mars. 2001.
- [64]. M.S.Carbet et al., « Time Lapse and Comorbidities Influence Patient Knowledge and Pursuit of Medical Care after Traumatic craniectomy », J. Trauma Acute Care Surg., vol.63, no 3, p. 387–413, févr. 2009,.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- > Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- > Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- > Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- > Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- > Les médecins seront mes frères.*
- > Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- > Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- > Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- > Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية :

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الانسانية.
 - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - < وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرقي جاعلا صحة مريضى هدى فى الأول.
 - < وألا أفشى الأسرار المعهودة إلى.
 - < وأن أحافظ بكل ما لدى من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لى.
 - < وأن أقوم بواجبى نحو مرضاى بدون أى اعتبار دىنى أو وطنى أو عرقى أو سياسى اجتماعى.
 - < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الانسانية منذ نشأتها.
 - < وألا أستعمل معلوماتى الطبية بطرىق يضر بحقوق الانسان مهما لاقىت من تهديد.
 - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرقى.
- والله على ما أقول شهيد.



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة

سنة : 2020
رقم: 407

الأكياس العدارية للطحال بصدد 3 حالات مع استعراض الأدبيات

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2020

من طرف

السيدة سهيلة الهلالي
المزودة في 08 غشت 1994 بالرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : كيس عداري؛ المشوكة؛ طحال؛ التشخيص والعلاج

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيد أحمد بونعيم

مشرف

أستاذ في الجراحة العامة

عضو

السيد منتصر مجاهد

أستاذ في الجراحة العامة

عضو

السيد سعيد بنعمر

أستاذ في الجراحة العامة

السيد جليل مدغري

أستاذ في الجراحة العامة