HEPATO-GASTRO & ONCOLOGIE DIGESTIVE

KYSTES DU FOIE ET DU PANCRÉAS : CE QU'IL FAUT SAVOIR !

Quand opérer un kyste hépatique ?

Non-parasitic liver cysts – Indications for surgical treatment

Ephrem Salamé

CHU de Tours, Avenue de la république, 37044 Tours cedex 09

@ Correspondance : E. Salamé
e.salame@chu-tours.fr

▼ Résumé

Le kyste hépatique est une maladie bénigne de découverte souvent fortuite et ne présente aucun risque de dégénérescence. Le diagnostic de certitude est parfois difficile à poser en particulier en cas de complications. Le kyste hépatique peut augmenter de volume et ainsi devenir symptomatique voire présenter certaines complications comme la rupture, l'hémorragie ou l'infection. Les kystes compressifs, symptomatiques ou compliqués sont une indication pour un traitement chirurgical. Ce dernier vise à évacuer le contenu du kyste et réaliser une fenestration en réséquant le dôme saillant pour éviter qu'il ne se remplisse sous tension par la suite. Cette intervention se fait en routine par laparoscopie et a de très bons résultats.

• **Mots clés :** kyste hépatique, diagnostic, fenestration, laparoscopie

▼ Abstract

Non parasitic liver cysts is a non-malignant cystic tumor and normally asymptomatic. The diagnosis could be difficult particularly in case of complicated cysts. Symptoms can appear in large cysts and complications are represented by compression, rupture, hemorrhage or infection. Surgical treatment has to be considered only in case of symptomatic and complicated cysts. Surgery aims to decompress the cyst and to realize a deroofing avoiding the recurrence of the cyst and the symptoms. Mini-invasive laparoscopic surgery is routinely performed with excellent results.

• ***Key words:*** *non parasitic liver cysts, diagnosis, deroofing, miniinvasive laparoscopic surgery*

Le kyste hépatique (KH) ou « kyste hépatique simple » encore appelé, de façon impropre, « kyste biliaire du foie », est une malformation congénitale qui correspond à une dilatation kystique d'une voie biliaire aberrante, à contenu clair, ne communiquant pas avec l'arbre biliaire [1].

> ***Le kyste hépatique est une malformation congénitale qui correspond à une dilatation kystique d'une voie biliaire aberrante***

Sa prévalence est estimée aux environs de 5 % [2] avec prédominance féminine (sex-ratio de 1,5 à 4 femmes pour un homme).

Bien qu'il existe depuis l'enfance, il peut n'être connu et identifié qu'à l'âge adulte. Son volume peut augmenter avec l'âge, jusqu'à atteindre un diamètre de 20 cm sans risque de dégénérescence.

Dans la majorité des cas, il est unique mais on peut observer des kystes multiples (trois à quatre en général). Quand leur nombre dépasse 20 kystes et que s'y associent de multiples kystes rénaux, on parle de « polykystose hépato-rénale », une maladie autosomique dominante beaucoup plus rare [3].

Pour citer cet article : Salamé E. Quand opérer un kyste hépatique ? Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 839-843. doi : 10.1684/hpg.2019.1866

Copyright : John Libbey Eurotext, 2019
doi : 10.1684/hpg.2019.1866

La plupart du temps, le diagnostic du KH est fait à l'échographie ou à l'imagerie en coupes (tomodensitométrie ou IRM) de façon fortuite (*figure 1*). La surveillance d'un KH asymptomatique n'est pas justifiée et aucun traitement n'est indiqué.

« La surveillance d'un kyste hépatique asymptomatique n'est pas justifiée et aucun traitement n'est indiqué »

Les kystes hépatiques compliqués

Dans de très rares cas notamment quand ils deviennent volumineux, ils peuvent devenir symptomatiques et/ou se compliquer. Le diamètre moyen des KH compliqués est estimé à 9,2 cm (3-20) [4]. Les symptômes sont variables et dépendent de la taille du kyste et de sa topographie. En cas de complication, il devient plus difficile de différencier un KH d'un cystadénome (*figure 2*), d'un kyste parasitaire voire une tumeur nécrosée.

Lorsqu'on parle d'un KH compliqué [5-9], il s'agit d'une des formes suivantes.

« En cas de complication, il devient plus difficile de différencier un kyste hépatique d'un cystadénome, d'un kyste parasitaire voire une tumeur nécrosée »

Kystes compressifs

C'est la complication la plus fréquente (10 %).

Par son volume, le kyste biliaire peut entraîner une compression des organes de voisinage responsable de :
– douleurs ;
– fatigue ;
– pesanteur ;
– masse abdominale palpable ;
– satiété précoce ;
– nausées ;
– vomissements.

En cas de KH localisé au niveau du dôme hépatique, la compression peut entraîner une gêne respiratoire voire une dyspnée. Dans de très rares cas, ces kystes du dôme du foie peuvent provoquer des épanchements pleuraux ou de troubles du rythme cardiaque.

La compression peut également toucher des structures vasculaires comme la veine cave inférieure [10] ou la veine porte. Une compression peut atteindre les voies biliaires (*figure 1*) et parfois entraîner une perturbation du bilan hépatique voire dans certains cas, un ictère [11].

Il est souvent très difficile de rattacher la symptomatologie uniquement au KH. Une confrontation anatomoclinique fine est indispensable pour établir un lien de causalité avant de porter une indication opératoire pour le traitement du KH.

Kystes hépatiques hémorragiques

C'est une complication rare (5 %). L'hémorragie intrakystique est souvent peu sévère (saignement contenu en intrakystique en l'absence de rupture kystique) mais, en général, responsable de douleurs abdominales brutales diminuant progressivement [11]. Elle est très rarement responsable d'un choc hypovolémique. L'échographie est souvent réalisée en première intention, mais c'est l'IRM qui permet de confirmer le diagnostic (hypersignal T1).

Du fait de l'hétérogénéité liée à l'hématome intrakystique, différencier un kyste biliaire hémorragique d'une tumeur hépatique kystique peut s'avérer difficile [8]. À noter que certaines hémorragies intrakystiques peuvent être asymptomatiques et se manifester plus tardivement par une surinfection du KH.

Kystes biliaires surinfectés

C'est une complication très rare (1 %) qui représente une indication opératoire formelle.

Le tableau clinique s'apparente à celui d'un abcès hépatique. Si l'indication opératoire est impérative, elle est toutefois à réaliser dans un deuxième temps, après drainage radiologique ou chirurgical associé à un traitement antibiotique adapté.

Rupture kystique

C'est aussi une complication rare (< 1 %).

La rupture du contenu kystique, en intrapéritonéal, peut entraîner des douleurs abdominales parfois subaiguës ou chroniques, faisant discuter un traitement chirurgical prophylactique. En effet, la survenue d'un épisode de rupture kystique peut ne pas récidiver et le traitement chirurgical peut ne pas être justifié dans ce cas.

Le traitement chirurgical des kystes hépatiques compliqués

Dès que le diagnostic de KH compliqué, ou symptomatique est porté, la prise en charge interventionnelle doit être envisagée [6]. Plusieurs méthodes ont été utilisées pour traiter les complications des KH et visent, en première intention, à réduire la tension au sein du kyste et éviter la récidive de la complication ou des symptômes : ponction-aspiration avec injection de produits sclérosants/fenestration avec résection du dôme saillant du KH. La ponction aspiration seule peut, parfois être indiquée pour établir un lien de causalité entre les symptômes et le KH en tension [12].

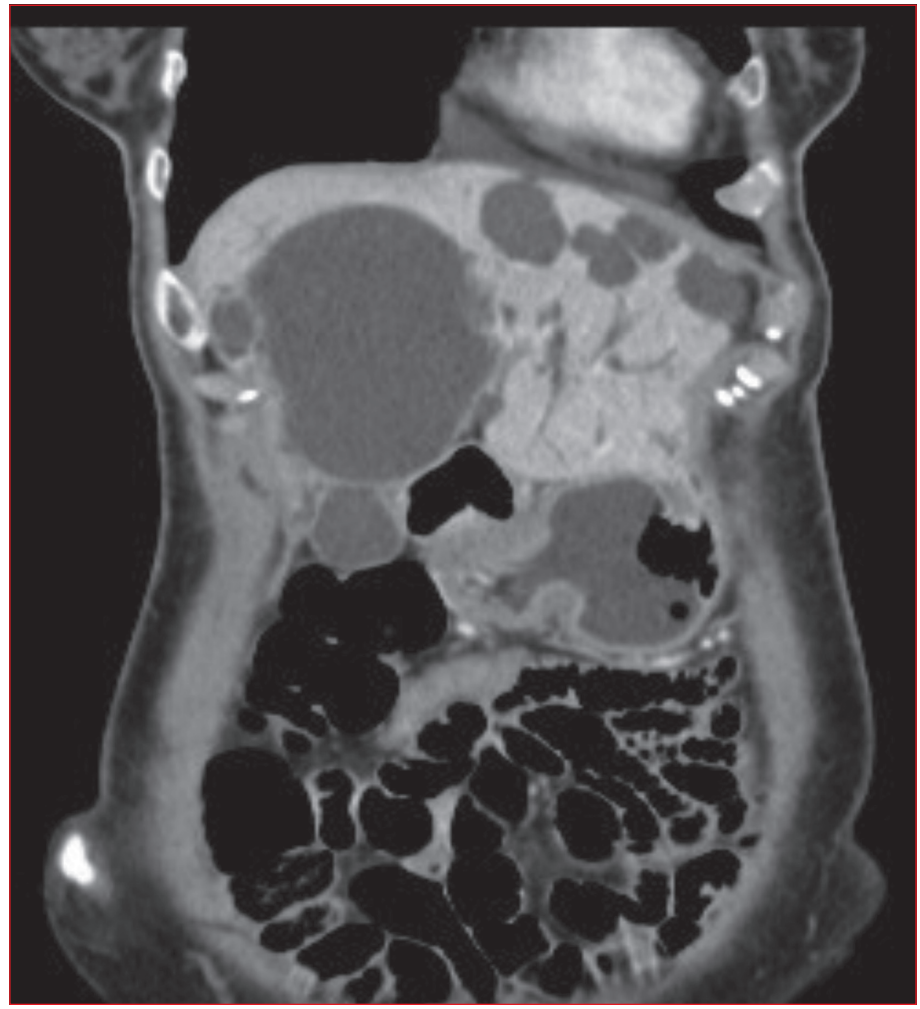


Figure 1 • Kyste hépatique avec syndrome compressif : gêne épigastrique, bilan hépatique perturbé (cytloyse 2-3 N/cholestase anictérique GGT 10N) avec dilatation des voies biliaires gauches.

« Dès que le diagnostic de kyste hépatique compliqué, ou symptomatique est porté, la prise en charge interventionnelle doit être envisagée »

Le traitement chirurgical consiste en la réalisation d'une fenestration ou, marsupialisation, du kyste au sein de la cavité péritonéale [13], ce qui correspond à la résection du dôme saillant réalisée le plus souvent par laparascopie [4, 6, 14-22]. Avec cette technique, les taux de morbidité et de mortalité sont faibles et les résultats excellents. Les malades ont une réhabilitation post-opératoire rapide et retournent très vite à leur vie normale.

« Le traitement chirurgical consiste en la réalisation d'une fenestration, ou marsupialisation, du kyste au sein de la cavité péritonéale »

L'expérience laparoscopique des chirurgiens est importante pour atteindre certains KH situés au niveau du dôme du foie droit ou postérieur en raison de leur exposition souvent difficile. Le recours à la chirurgie par voie ouverte est exceptionnel.

En cas de récidive des symptômes après fenestration ou en cas de doute diagnostique, la kystectomie voire la résection hépatique sont à retenir.

La ponction aspiration – Sclérothérapie

La ponction aspiration avec sclérothérapie entraîne une guérison rapide des symptômes mais est associé à un taux de récidive très important de 75 % [4, 23-25]. La récidive doit être interprétée avec prudence. Elle ne doit signifier que la récidive des symptômes et non la persistance du KH à l'imagerie.

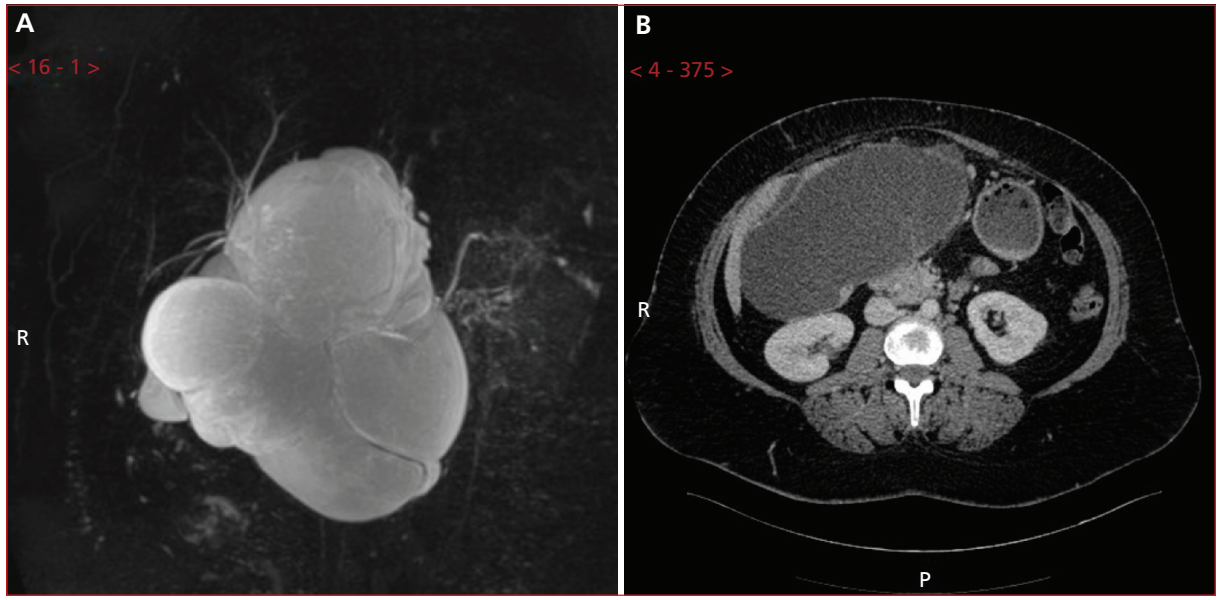


Figure 2 • Cysadénome mucineux biliaire. À noter la présence sur le temps T2 de l'IRM de cloisons intrakystiques (A) et d'une paroi épaissie qui prend le contraste en tomodensitométrie avec injection (B).

« La ponction aspiration avec sclérothérapie entraîne une guérison rapide des symptômes mais est associé à un taux de récidive très important de 75 % »

Si les techniques conservatrices (aspiration/fenestration) donnent de bons résultats, puisque les parois du KH ne sont plus sous tension, l'imagerie post-opératoire montre cependant l'aspect inchangé du KH. Après la résection hépatique ou la kystectomie, *a priori* non justifiée en première intention, les KH disparaissent à l'imagerie en coupes.

TAKE HOME MESSAGES

- Les kystes hépatiques ont une prévalence à 5 % et sont le plus souvent asymptomatiques.
- Les kystes hépatiques asymptomatiques ne relèvent d'aucune surveillance, ni de traitement.
- Les complications (compression/hémorragie/infection/rupture) sont rares mais sont symptomatiques.
- Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas de kystes hépatiques symptomatiques.
- L'intervention chirurgicale se fait en routine par laparoscopie et consiste en une vidange du kyste et la résection du dôme saillant.

Liens d'intérêts :
l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

1 • **Dhumeaux D. Congenital cystic diseases of the intra and extrahepatic bile ducts. *Gastroenterol Clin Biol* 2005 ; 29 : 878-882.**

2 • Caremani M, Vincentin A, Benci A, Sassoli S, Tacconi D. Echographic epidemiology of non-parasitic liver cysts. *J Clin Ultrasound* 1996 ; 21 : 115-118.

3 • The European Polycystic Kidney Disease Consortium. The polycystic disease 1 gene encodes a 14 kb transcript and lies within a duplicated region on chromosome 16. *Cell* 1994 ; 77 : 881-94.

4 • Mazza OM, Fernandez DL, Pekolj J, *et al*. Management of nonparasitic hepatic cysts. *J Am Coll Surg* 2009 ; 209(6) : 733-9.

5 • **Gigot JF, Métairie S, Etienne J, *et al*. The surgical management of congenital liver cysts. The need for a tailored approach with appropriate patient selection and proper surgical technique. *Surg Endosc* 2001 ; 15 : 357-363.**

6 • Martin IJ, McKinley AJ, Currie EJ, Holmes P, Garden OJ. Tailoring the management of nonparasitic liver cysts. *Ann Surg* 1998 ; 228(2) : 167-72.

7 • Tocchi A, Mazzoni G, Costa G, *et al*. Symptomatic nonparasitic hepatic cysts. Options for and results of surgical management. *Arch Surg* 2002 ; 137 : 154-8.

8 • Kitajima Y, Okayama Y, Hiarai M, *et al*. Intracystic hemorrhage of a simple liver cyst mimicking a biliary cystadenocarcinoma. *J Gastroenterol* 2003 ; 38 : 190-3.

9 • Ammori BJ, Jenkins BL, Lim PCM, Prasad KR, Pollard SG, Lodge PJ. Surgical strategy for cystic disease of the liver in a Western hepatobiliary center. *World J Surg* 2002 ; 26 : 462-9.

10 • Lermitte E, Pessaux P, Jousset Y, *et al*. Compression of the inferior vena cava with thrombus: A rare complication of solitary liver cyst. *Ann Chir* 2002 ; 127 : 776-8.

11 • Ishikawa H, Uchida S, Yokokura Y. Nonparasitic solitary huge liver cysts causing intracystic hemorrhage or obstructive jaundice. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002 ; 9(6) : 764-8.

12 • Gigot JF, Jadoul P, Que F, *et al*. Adult polycystic liver disease: is fenestration the most adequate operation for long-term management? *Ann Surg* 1997 ; 225(3) : 286-94.

13 • **Lin TY, Chen CC, Wang SM. Treatment of non-parasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann Sug* 1968 ; 168(5) : 921-927.**

14 • Szabó LS, Takács I, Arkosy P, Sápy P, Szentkereszty Z. Laparoscopic treatment of nonparasitic hepatic cysts. *Surg Endosc* 2006 ; 20(4) : 595-597.

15 • Gigot JF, Legrand M, Hubens G, *et al*. Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique. *World J Surg* 1996 ; 20(5) : 556-61.

16 • Kabbej M, Sauvanet A, Chauveau D, Farges O, Belghiti J. Laparoscopic fenestration in polycystic liver disease. *Br J Surg* 1996 ; 83(12) : 1697-1701.

17 • Dagher I, Franco D. Cystic disease of the liver and biliary tract (except hydatid cyst). Role of surgery. *Gastroenterol Clin Biol* 2005 ; 29 : 875-7.

18 • Garcea G, Pattenden CJ, Stephenson J, Dennison AR, Berry DP. Nine-year single-center experience with nonparastic liver cysts: diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 2007 ; 52(1) : 185-91.

19 • Tan YM, Chung A, Mack P, Chow P, Khin LW, Ooi LL. Role of fenestration and resection for symptomatic solitary liver cysts. *ANZ J Surg* 2005 ; 75(7) : 577-580.

20 • Neri V, Ambrosi A, Fersini A, Valentino TP. Laparoscopic treatment of biliary hepatic cysts: short- and medium-term results. *HPB (Oxford)* 2006 ; 8(4) : 306-10.

21 • Ardito F, Bianco G, Vellone M, *et al*. Long-term outcome after laparoscopic fenestration of simple liver cysts. *Surg Endosc* 2013 ; 27(12) : 4670-4.

22 • De Reuver P, van der Walt I, Albania M, Samra JS, Hugh TJ. Long-term outcomes and quality of life after surgical or conservative treatment of benign simple liver cysts. *Surg Endosc* 2018 ; 32(1) : 105-13.

23 • **Drenth JP, Chrispijn M, Nagorney DM, Kamath PS, Torres VE. Medical and surgical treatment options for polycystic liver disease. *Hepatology* 2010 ; 52(6) : 2223-30.**

24 • Wijnands TF, Görtjes AP, Gevers TJ. Efficacy and Safety of Aspiration Sclerotherapy of Simple Hepatic Cysts: a systematic review. *AJR Am J Roentgenol* 2017 ; 208(1) : 201-7.

25 • Erdogan D, van Delden OM, Rauws EA, *et al*. Results of percutaneous sclerotherapy and surgical treatment in patients with symptomatic simple liver cysts and polycystic liver disease. *World J Gastroenterol* 2007 ; 13(22) : 3095-100.