**Hydatidose thoracique multivésiculaire : à propos de 40 cas**

Ben Amara K1, ABDELKBIR A1, Essid R1, BOUASSIDA 1, Maazaoui S 2, MARGHLI A1

1 Service de chirurgie thoracique Hôpital Abderrahmen Mami de l’Ariana Tunisie

2 Service de pneumologie Pavillon 2, Hôpital Abderrahmen Mami de l’Ariana Tunisie

**Introduction**

L’échinococcose humaine est une zoonose causée par des parasites, les ténias du genre Echinococcus. La multivésiculation du kyste hydatique(KH) est rarement rencontrée au niveau thoracique et due à des facteurs mécaniques.

Notre but était de décrire les particularités cliniques et radiologiques ainsi que le traitement chirurgical des kystes hydatiques multivésiculaires au niveau du thorax.

**Patients et Méthodes**

Entre 2015 et 2020, les patients opéré pour un KHM thoracique dans le service de chirurgie thoracique de l’hôpital Abderrahmane Mami de l’Ariana en Tunisie ont été colligé.

**Résultats**

Notre étude comportait 39 patients: 14 hommes et 25 femmes, avec un âge moyen de 39 ans [8–76 ans]. Des antécédents de KH étaient retrouvés dans 16 cas (2 KH hépatiques, 2 KH spléniques, 2 KH de la paroi thoracique, 9 KH pulmonaire et un KH de la cuisse). Les douleurs thoraciques et l’hémoptysie de faible abondance étaient les symptômes prédominants. Le siège des KHM identifiés grâce à la tomodensitométrie était: basal (16 cas), pariétal (7cas) et médiastinal (1cas). L’atteinte était latéralisée à droite dans 26 cas, à gauche dans 9 cas et bilatérale dans 4 cas. L’imagerie avait permis de retrouver d’autres localisations hydatiques concomitantes : hépatique (13 cas) et péritonéale (1 cas). Tous les patients ont été opérés. Les voies d’abord étaient : une thoracotomie postéro-latérale (29 cas), une thoracotomie latérale( 1 cas), une sternotomie(1 cas), une mini-thoracotomie vidéoassistée, un abord électif(3 cas) et la voie de Roos (1cas). Les gestes étaient : une kystectomie(13cas), une péri-kystectomie totale(8cas) et partielle(8cas), une résection costale (6cas), une mise à plat de poche pariétale (2cas),et une résection du dôme saillant (6 cas). La durée moyenne du drainage était de 4jours. L’évolution était favorable chez 33 patients. Un cas de décès post opératoire par détresse respiratoire et une récidive hydatique chez 6 patients ont été notés.

**Conclusion**

Le KHM est une entité rare. Des contraintes mécaniques sont la cause de cette multivésiculation, ce qui expose au risque d’une hydatidose pleurale secondaire. La résection chirurgicale devrait ainsi être réalisée en monobloc pour éviter cette contamination.