

**Volumineux Kystes
Hydatiques Musculaires à
propos de trois cas****Voluminous Muscle
Hydatid cysts about three
cases**

Ouzaa M.R¹, Moujahid M², Benchekroun M¹,
Zadoug O¹, Bennis A¹, Zine A¹, Tanane M¹,
Jaafar A¹.

RESUME

Le kyste hydatique est une infection parasitaire cosmopolite qui constitue un problème de la santé publique dans les zones d'élevage des pays en voie de développement. Sa symptomatologie clinique est le plus souvent pauvre. L'imagerie est d'un apport considérable et permet de poser le diagnostic. Son traitement est chirurgical. Les auteurs rapportent deux localisations exceptionnelles du kyste hydatique au niveau du muscle fessier et une au niveau des muscles ischio-jambiers colligées dans le service de Traumatologie-Orthopédie I de l'hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat. Le but de ce travail c'est de mettre le point sur une affection rare qui peut revêtir une forme trompeuse

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article

1 : Service de Traumatologie-Orthopédie I, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc. 2 : Service de Chirurgie viscérale II, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V. Rabat. Maroc.

Tous les patients étaient de sexe féminin. Le diagnostic clinique a été posé en préopératoire dans tous les cas. L'imagerie médicale a confirmé le diagnostic. Le traitement était essentiellement chirurgical et qui a consisté en une périkystectomie dans tous les cas. Le recul n'a montré aucun signe de récurrence.

L'hydatidose musculaire est une affection rare et l'atteinte des muscles fessier et ischio-jambier paraît exceptionnelle ; il faut toujours y penser chez des sujets vivant dans un pays à endémie élevée. L'éradication de cette affection repose sur la prophylaxie.

Le kyste hydatique à localisation musculaire est une affection rare à développement lent, les auteurs insistent sur l'importance du diagnostic pré opératoire ; sur la difficulté diagnostique et les modalités thérapeutiques.

MOTS-CLÉS : Kyste hydatique, muscle fessier, muscles ischio-jambiers, périkystectomie.

ABSTRACT

The hydatid cyst is a cosmopolitan parasitic infection which is a problem of public health in the breeding areas of developing countries. Its clinical presentation is often poor. The imaging is of considerable contribution and makes it possible to pose the diagnosis. His treatment is surgical. The authors report two exceptional locations of hydatid cyst at the gluteal muscle and at the hamstrings muscles collected in the Traumatology-Orthopedic I Department of the Mohamed V Military Training Hospital in Rabat. The aim of this work is to put the item on a rare condition that may take a form that can roam misleading diagnosis.

All patients were female. The clinical diagnosis was made preoperatively in all cases. Medical imaging confirmed the diagnosis. The treatment was essentially surgical and which consisted of a pericystectomy in all cases. The decline showed no signs of recurrence.

The muscular hydatid disease is a rare disease and achieving the gluteal and hamstring muscles seem exceptional; always thinking in individuals living in highly endemic countries. The eradication of this disease based on prophylaxis.

The hydatid cyst muscle location is a rare affection that has a slow development; the authors emphasize the importance of preoperative diagnosis; on the diagnostic difficulty and therapeutic modalities.

Keywords: Hydatid cyst, gluteal muscle, hamstrings muscles, pericystectomy.

INTRODUCTION

L'hydatidose musculaire primitive est une entité rare même en zones endémiques. Sa fréquence varie de 1 à 5 % (1) de l'ensemble de la maladie Hydatique. Ce qui réalise le plus souvent une source de retard diagnostique.

Nous rapportons deux cas de kyste hydatique musculaire primitive localisés au niveau du muscle fessier et un cas au niveau des muscles ischio-jambiers et nous proposons de discuter cette pathologie avec les données de la littérature.

OBSERVATIONS CLINIQUES

CAS N°1

Une femme de 45 ans présentait une grosse tuméfaction de la face postérieure de la cuisse droite évoluant depuis huit ans et qui augmentait progressivement de volume entraînant une gêne avec une sensation de pesanteur à la marche. L'échographie des parties molles réalisée a mis en évidence au niveau de la loge des ischio-jambiers la

présence d'un processus lésionnel bien limité kystique renfermant des vésicules filles (Fig.1). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) objectivait une formation kystique multi cloisonnée au niveau de la loge postérieure de la cuisse mesurant 190X63X54 mm avec un rehaussement périphérique en faveur d'un kyste hydatique type III (Fig.2a et 2b).



Fig 1: Echographie montrant la présence d'un processus lésionnel kystique renfermant des vésicules filles mesurant 140X65X55 mm, en faveur d'un kyste hydatique type 3.

La patiente a bénéficié d'une voie d'abord postérieure, une périkystéctomie de toute la masse après isolement et protection du kyste et un lavage abandon à l'eau oxygénée puis un drainage aspiratif de la cavité résiduelle par deux drains de Redon. Les suites opératoires sont simples sans aucun signe de récurrence sur un recul de deux ans.

CAS N°2

Une jeune femme de 29 ans consultait pour une tuméfaction indolore et rénitente de la région fessière droite, mesurant 14 cm de diamètre sans signes inflammatoires en regard évoluant depuis 5ans. L'échographie montrait une masse de densité hydrique, homogène, sans cloisons internes et sans anomalie hépatosplénique.

La tomodensitométrie objectivait une image évocatrice d'un kyste hydatique type

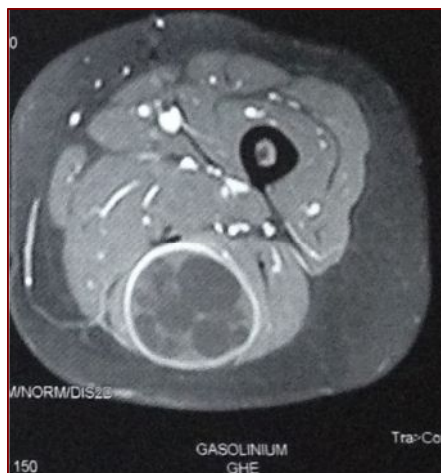


Fig2a: IRM en coupe axiale de la cuisse droite en pondération T2 montrant une formation kystique multi cloisonnée au niveau de la loge postérieure de la cuisse avec un rehaussement périphérique en faveur d'un kyste hydatique type III.



Fig2b: IRM en coupe coronale en pondération T2 montrant une formation kystique multi cloisonnée mesurant 190X63X54 mm au niveau de la loge postérieure de la cuisse avec un rehaussement périphérique en faveur d'un kyste hydatique type III.

I (Fig.3). La ponction per opératoire de la masse ramenait un liquide eau de roche. Une courte incision verticale élective découvrait qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de type I, contractant des adhérences avec le sphincter anal. Un lavage à l'eau oxygénée est réalisé ainsi qu'une extraction de la membrane prolifère. Les suites postopératoires sont simples sans aucun signe de récurrence jusqu'à ce jour.

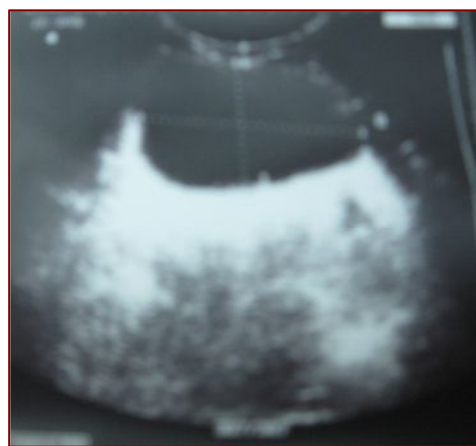


Fig3: Echographique montrant une masse de densité hydrique, homogène, sans cloisons internes à paroi régulière et à contenu liquidien en faveur d'un kyste hydatique type 1.

CAS N°3

Une patiente de 60 ans attestait une tuméfaction de la partie supéroexterne de la fesse droite, rénitente de sept cm de diamètre évoluant dans un contexte d'apyrexie et sans signes inflammatoires en regard. L'échographie objectivait la présence d'une masse kystique à paroi régulière et à contenu homogène liquidien de sept cm en faveur d'un kyste hydatique. Le scanner retrouvait en arrière de la crête iliaque droite la présence d'une masse kystique liquidienne avec rehaussement pariétal au contact de la partie supérieure du muscle fessier et faisant saillie dans le tissu graisseux sous-cutané, en faveur d'un kyste hydatique (Fig.4).

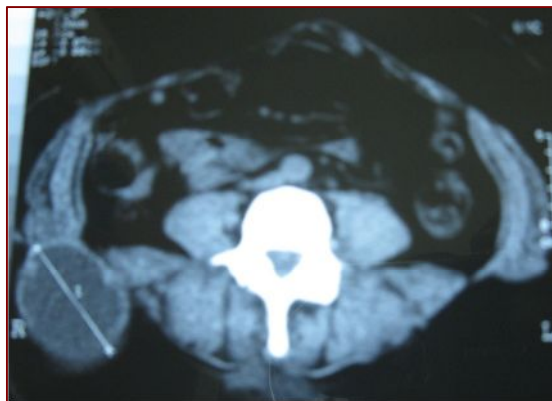


Fig4 : Scanner montrant une lésion kystique de densité liquidienne au contact de la partie supérieure du muscle fessier en faveur d'un kyste hydatique.

La tuméfaction est abordé par une voie élective après protection par des champs imbibés d'eau oxygénée, isolement du kyste (Fig.5), ponction-aspiration qui ramenait un liquide claire eau de roche, extraction de la membrane prolifère (Fig.6), toilette abondante à l'eau oxygénée, puis périkystectomie emportant toute la coque du kyste hydatique (Fig.7) et un drainage aspiratif de la cavité résiduelle et du tissu sous-cutané. Les suites postopératoires sont simples. Aucune récurrence à deux ans de contrôle.

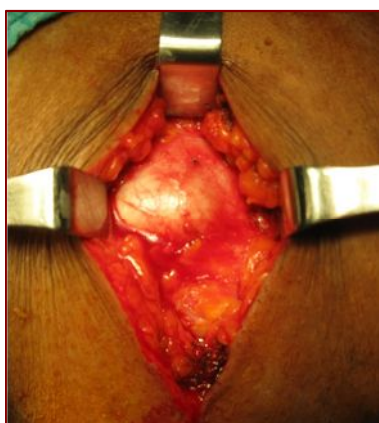


Figure 5: Voie d'abord élective du kyste fessier.

DISCUSSION

L'hydatidose humaine est une infection parasitaire cosmopolite due au

développement de la forme larvaire d'échinococcus granulosus. Elle est relativement fréquente en pays d'endémie, en particulier dans les pays du bassin méditerranéen, d'Afrique du Nord et d'Amérique latine (2,3) et représente un problème de santé publique dans les zones d'élevage des pays en développement.

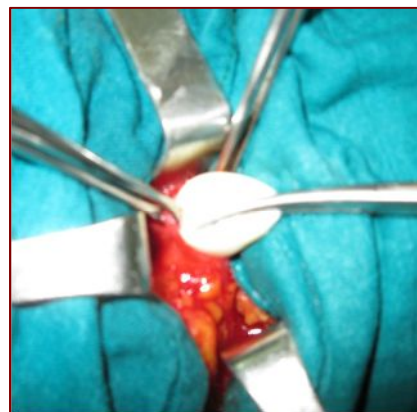


Figure 6 : Extraction de la membrane prolifère.



Figure 7 : Périkystectomie totale emportant la totalité du kyste.

L'hôte habituel est le chien, l'homme étant l'hôte intermédiaire. Les œufs embryonnés, éliminés dans le milieu extérieur avec les selles du chien, sont ingérés, pénètrent la paroi digestive, gagnent par le système porte le foie, parfois dépassent le foie par les veines sus hépatiques et parviennent aux poumons. Plus rarement, la localisation peut se faire en n'importe quel point de l'organisme.

D'autres localisations inhabituelles ont été rapportées notamment l'os 1 à 3%, plèvre ou péritoine 4 à 7%, rate et rein 2 à 5%, cerveau 1 à 5%, cœur 0,5 à 2% des localisations hydatiques. Plus exceptionnellement la thyroïde, le pancréas, les ovaires, les articulations, les parties molles sous cutanées et musculaires (3).

La fréquence de l'hydatidose musculaire varie selon les auteurs de 1 à 5%. Les localisations musculaires rapportées sont le diaphragme, le grand pectoral, le biceps brachial, le sartorius et le muscle psoas (4).

Le muscle est généralement très résistant à l'hydatidose car il tend à cloisonner et à encapsuler la larve de même que l'activité contractile et la production d'acide lactique (4,5).

Cliniquement, le kyste hydatique musculaire est de symptomatologie pauvre se résumant en une tuméfaction musculaire indolore d'allure non inflammatoire augmentant progressivement de volume et évoluant lentement dans un contexte de conservation de l'état générale (5) comme c'est le cas chez toutes nos patientes.

Il peut rester longtemps asymptomatique ou se compliquer de fistulisation à la peau avec issue de vésicules filles ou comprimer les structures vasculo-nerveuses adjacentes (6). La surinfection et la fissuration du kyste peuvent donner un tableau de choc anaphylactique (7).

La sérologie hydatique est peu sensible, le plus souvent négatif. Elle peut être utile pour la surveillance du traitement lorsque qu'elle est positive (8).

La radiographie standard permet d'une part de montrer des calcifications intra kystique en cas de kyste vieilli et d'autre part d'éliminer une localisation osseuse (9).

L'échographie est l'examen clé du diagnostique. Elle permet, dans les formes typiques, de préciser la nature liquidienne

de la masse et de classer le kyste selon la classification de Gharbi. Cependant, il existe des formes atypiques où la lésion est soit mixte, soit solide pseudotumorale où un complément scanographique est indispensable. La tomодensitométrie confirme le diagnostic et permet de mieux préciser le siège du kyste et d'éliminer certaines affections pouvant prêter confusion (2,4,10).

L'IRM est le Gold standard en pathologie hydatique des parties molles. Elle permet, d'une part, grâce au rehaussement périkystique après injection de gadolinium de poser le diagnostic de l'hydatidose des tissus mous et d'autre part, par son abord multiplan, est plus précise dans la détermination de la morphologie, la topographie et les rapports avec les structures voisines notamment vasculo-nerveuses (11), indispensables au planning chirurgical.

Le traitement est essentiellement chirurgical, c'est le seul traitement radical permettant de confirmer le diagnostic et d'assurer une guérison complète. La protection des berges opératoires par l'utilisation de champs opératoire imbibés de sérum salé hypertonique ou d'eau oxygénée permet de prévenir la dissémination locale du scolex. Le procédé chirurgical idéal est de réaliser une exérèse en monobloc du kyste avec périkystectomie totale. Cependant, en cas d'absence habituelle de plans clivage surtout si le kyste est infecté ou profond adhérent aux éléments vasculo-nerveux avoisinants, une aspiration du kyste suivie d'une résection du périkyste s'avère utile prévenant ainsi sa rupture accidentelle pouvant relarguer un grand nombre de scolex viables (12) ou provoquer au maximum un choc anaphylactique (13).

Un traitement médical par albendazole est préconisé en association avec la chirurgie en pré- et post opératoire pour prévenir les récurrences (14) ou seul à fortes doses dans

les formes inopérables pour minimiser le risque de dissémination (15).

CONCLUSION

L'hydatidose musculaire est une affection rare, il faut toujours y penser chez des sujets vivant dans un pays à endémie élevée devant toute masse des parties molles et demander des examens complémentaires nécessaires pour poser le diagnostic et éviter des erreurs thérapeutiques.

L'éradication de cette affection repose sur la prophylaxie par l'éducation sanitaire des populations, la surveillance de l'abattage des animaux, le traitement des chiens domestiques et l'euthanasie systématique des chiens errants.

REFERENCES

- 1- Jerbi Omezzinea S., Abidb F., Mnifc H., Hafsa C., Thabeta I., Abderrazekc A., Sassi b.N., H.A. Hamzaa. Kyste hydatique primitif de la cuisse. Une localisation rare. Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique 96 (2010) : 105-108.
- 2- Amar M.F., Chbani B., Lahrach K., Marzouki A., Boutayeb F. Kyste hydatique primitif de la cuisse révélé par une cruralgie. À propos d'un cas. Journal de Traumatologie du Sport 27 (2010):146-148.
- 3- Moujahid M., Tajdine M.T., Achour A., Janati M.I. Une localisation exceptionnelle du kyste hydatique : à propos de deux cas. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 3 (2009):167-170.
- 4- Durakbasa M.O., Kose O., Islam N.C., Kilicoglu G. A primary hydatid cyst of the gracilis: a case report. J Orthop Surg 15 (2007): 118-120.
- 5- Tekin R., Avci A., Tekin R.C., Gem M., Cevik R. Hydatid cysts in muscles: clinical manifestations, diagnosis, and management of this atypical presentation. Rev Soc Bras Med Trop 48 (2015):594-598.
- 6- Necati O., Ramazan I., Serdar A., Murat P., Sahin C., Hakan E, et al. Hydatid cysts in muscle: a modified percutaneous treatment approach. Int J Infect Dis 11 (2007): 204-208.
- 7- Guthrie J.A., Lawton J.O., Chalmers A.G. Case report: the MR appearances of primary intramuscular hydatid disease. Clin Radiol 51 (1996): 377-379.
- 8- Bonitacino A., Carino R., Caratozzolo M. L'échographie dans l'hydatidose. Symposium international sur l'hydatidologie. Med Chir Dig 18 (1989):301-312.
- 9- Ben M'Rad S., Mathlouthi A., Merai S., Ghrairi H., Mestiri I., Ben Miled M'Rad K., et al. Hydatidose multiple de la cuisse : place de l'imagerie par résonance magnétique. J Radiol 79 (1998): 877-879.
- 10- Alouini Mekki R., Mhiri Souei M., Allani M., Bahri M., Arifa N., Jemni Gharbi H., Kochtali H., Tlili Graïess K. Kyste hydatique des tissus mous : apport de l'IRM (A propos de trois observations). J Radiol 86 (2005):421-425.
- 11- Soufi M., Lahlou M.K., Messrouri R., Benamr S., Essadel A, Mdaghri J., Mohammadine E., Taghy A., Settaf A., Chad B. Kyste hydatique du psoas : A propos de deux cas. J Radiol 91 (2010):1292-1294.
- 12- Jerbi Omezzinea S., Abidb F., Mnifc H., Hafsa C., Thabeta I., Abderrazekc A., Sassi N., Hamzaa H.A. Kyste hydatique primitif de la cuisse. Une localisation rare. Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique 96 (2010) :105-108.
- 13- Guthrie J.A., Lawton J.O., Chalmers A.G. Case report: the MR appearances of primary intramuscular hydatid disease. Clin Radiol 51 (1996): 377-379.
- 14- Redouane O., Zouhir A., Ouchrif Y., Issam E., Mohammed K., Moulay Omar L., Ahmed E., Mustapha M., Berrada M.S. Locally recurrent subcutaneous and muscular hydatid cysts of the leg: an unusual case report. Pan African Medical Journal. 21 (2015):282-287.
- 15- Karaoglanogleen N., Gorguner M., Eroglu A. Hydatid disease of the rib. Ann Thorac Surg 71 (2001):372-3.

