

**Paralysie du nerf sciatique
révélant une hydatidose en
Chapelet de la cuisse.****Paralysis of the sciatic
nerve revealing hydatidosis
of the thigh.**

M. Boussaidane, R.Badaoui, H.Benomar J. Boukhriss, D. Benchebba, S. Bouabid, B.Chafry, M. Boussouga.

RESUME

L'hydatidose primitive musculaire est rare même en zone endémique, elle représente 1-4 % de l'ensemble des localisations, et peut prendre l'aspect d'une tumeur des tissus mous. La symptomatologie clinique est insidieuse et peu évocatrice, à l'origine d'un retard diagnostique fréquent. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 62 ans qui a consulté pour une lourdeur de la jambe gauche avec boiterie (steppage), dont l'exploration a abouti au diagnostic de kyste hydatique de la loge postérieure de la cuisse.

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

* Service de traumatologie orthopédie II de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V -Rabat - Maroc

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a été d'un grand apport, montrant un aspect très évocateur d'un kyste hydatique primitif musculaire et précisant ses rapports avec les structures avoisinantes. Le traitement de l'échinococcose musculaire est chirurgical,

permettant ainsi la guérison, mais avec un risque de récurrence.

MOTS-CLÉS : Kyste hydatique primitif, Cuisse

ABSTRACT

Primary muscular hydatidosis is rare even in the endemic zone, it represents 1-4% of all the localizations, it can take the appearance of a soft tissue tumor. The clinical symptomatology is insidious and not very suggestive, causing a frequent diagnostic delay. We report the case of a 62-year-old man who consulted for heaviness of the left leg with lameness (steppage), whose investigation led to the diagnosis of hydatid cyst of the posterior compartment of the thigh. Magnetic resonance imaging (MRI) has been of great benefit, showing a very evocative aspect of a primitive muscular hydatid cyst and specifying its relationship with surrounding structures. The treatment of muscular echinococcosis is surgical, thus allowing healing, but with a risk of recurrence.

Keywords: Primary hydatid cyst; Thigh

INTRODUCTION

L'échinococcose est une maladie cosmopolite touchant aussi bien l'homme que de nombreux mammifères [1]. due au développement dans l'organisme du cestode *Echinococcus granulosus*. Sa fréquence reste élevée en Amérique du Sud, dans le pourtour

méditerranéen, au Moyen-Orient et en Asie de l'Est [2]. L'hydatidose est caractérisée par la formation de kystes intratissulaires prédominant dans le foie et les poumons [3]. L'atteinte musculaire ne représente que 1-4 % des hydatidoses [4], et peut prendre l'aspect d'une tumeur des tissus mous.

OBSERVATION CLINIQUE

Mr H.M, âgé de 62 ans habitant à la campagne au Maroc, sans antécédents médicaux chirurgicales, adressé en consultation de traumatologie –orthopédie pour des paresthésies du membre inférieur gauche avec sciatalgies évoluant depuis un an et demi ; dont l'évolution était marquée par apparition progressive d'une tuméfaction siégeant au niveau de la face post de la cuisse gauche. La symptomatologie s'est aggravée par l'installation d'une lourdeur de la jambe gauche. L'examen clinique retrouve un patient en bon état général, apyrétique, boiterie à la marche avec steppage, et une Voussure au niveau de la partie supérieure de la cuisse gauche à l'inspection, sans signes de compression vasculaire en regard. La palpation a mis en évidence la présence de deux tuméfactions non battantes de consistance ferme, mobiles par rapport au plan superficiel et adhérentes par rapport au plan profond ; La première siège au niveau du 1/3 sup de la loge postéro-médiane de la cuisse gauche, dont le + grand diamètre est de 6cm, et La 2ème siège au niveau du 1/3 inférieur de la loge postéro-médiane de la cuisse gauche, dont le + grand diamètre est de 3cm . L'examen neurologique a objectivé une paralysie du nerf sciatique.

Les radiographies standard montraient une tumeur des tissus mous et un os normal. L'échographie a mis en évidence la présence de trois formations kystiques en Chapellet au niveau de la région postérieure de la cuisse ; une supérieure anéchogène mesurant 72x49mm, les deux autres kystes multi vésiculaires mesurant respectivement 96x41mm et 74x34mm avec deux petits kystes

appendus en sus poplité de 14 et 16 mm (figure1).

L'IRM réalisée après l'échographie dans le but d'obtenir une cartographie préopératoire. Dans la loge postéro-médiale de la cuisse gauche l'examen montrait la présence de trois formations kystiques contigües étendues sur les 2/3 inférieure de la cuisse à contenu uni et multi- vésiculaire et à paroi régulière, elles refoulent et écartent les muscles ischiojambiers et réalisent une masse trilobée étendue sur une hauteur de 21cm, compatible avec des kystes hydatiques des parties molles de la cuisse (figure2). Le scanner thoraco-abdominal ne montrait pas d'atteinte hépatique ni pulmonaire.

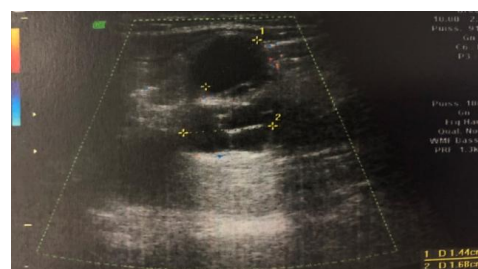


Figure 1 : Échographie de la cuisse gauche montrant une formation kystique bien limitée multivésiculaire dans la loge postérieure de la cuisse.



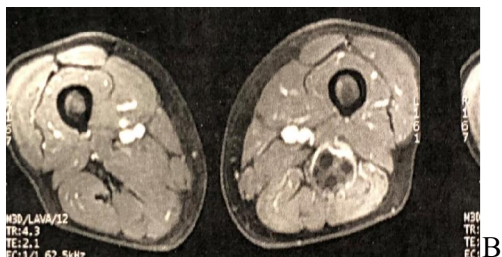


Figure 2 : Imagerie par résonance magnétique des membres inférieurs. Image multikystique de la loge postérieure de la cuisse gauche en coupe coronale (A) et en coupe axiale (B).

Le bilan biologique n'a pas montré d'hyperéosinophilie. La sérologie hydatique demandée était fortement positive.

Une exérèse totale des formations kystiques a été réalisée associée à un lavage au sérum salé hypertonique; à l'exploration chirurgicale, le nerf sciatique était en contact direct avec les formations kystiques qui le comprime, prenant ainsi un aspect aplatie. Une libération soigneuse avec délicatesse du nerf sciatique a été réalisée (figure 3, 4, 5). L'examen macroscopique du kyste permettait de visualiser de nombreuses vésicules intrakystiques (figure 6). L'examen microscopique des vésicules mettait en évidence des protoscolex. Un traitement par albendazole a été instauré pour une durée de 3 mois avec une surveillance mensuelle du bilan hépatique. Aucune récurrence n'a été observée après une année de surveillance clinique et radiologique avec nette amélioration de la symptomatologie douloureuse sans récupération fonctionnelle.



Figure 3 : Vue opératoire de la masse.



Figure 4 : vue opératoire montrant un aspect aplatie du nerf sciatique au contact de la formation kystique.



Figure 5 : vue opératoire montrant l'aspect du nerf sciatique après résection des formations kystiques en monobloc.



Figure 6: Pièce opératoire de kyste hydatique après ouverture. Présence de nombreuses vésicules filles intrakystiques.

DISCUSSION

L'hydatidose primitive musculaire est rare même en zone endémique, et son incidence est mal définie [5, 6]. Cette rareté pourrait être expliquée par des conditions locales ; comme l'activité contractile des muscles ainsi que la production de l'acide lactique toxique au développement des larves [7]. L'atteinte musculaire primitive décrite dans la littérature concerne la musculature de la paroi thoracique [8], le grand pectoral [9], le sartorius [10], le quadriceps [11] et le glutéus [12].

Sur le plan clinique, l'atteinte musculaire se manifeste par l'apparition progressive d'une

masse, souvent indolore, et sans altération de l'état général. Parfois en cas de kyste volumineux, c'est la gêne fonctionnelle ou la neuropathie par compression qui amène le patient à consulter [13]. C'est le cas de notre patient.

L'échographie est l'examen clef devant toute suspicion d'hydatidose des parties molles [5, 14,15]. Dans les cas typiques, elle permet de montrer une image ronde hypoechogène, plus ou moins hétérogène, à parois lisse, avec visualisation de vésicules filles [3,7] ; donnant un aspect en nid d'abeille. La classification de l'OMS des kystes hydatiques en actif et inactif n'est valable que pour les localisations hépatiques [16].

L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic de l'hydatidose musculaire ; elle permet une analyse minutieuse des kystes, et une étude cartographique de l'extension locorégionale de la lésion ainsi que ses rapports avec les pédicules vasculo-nerveux [6, 14,15].

Dans les cas douteux et atypiques, La ponction biopsie échoguidée ou scannoguidée peut être utile au diagnostic sans risques majeurs pour beaucoup d'auteurs [6,12,18]. Cependant, les résultats des analyses microscopiques de la biopsie à l'aiguille ne sont pas toujours concluants [18].

Dans les formes hépatiques et pulmonaires La sérologie de l'hydatidose est très sensible, alors qu'elle n'est positive que dans environ 25 % dans les autres formes [4]. Une sérologie négative n'exclue pas le diagnostic.

Le traitement de choix de l'échinococcose musculaire est chirurgical. Consistant en exérèse en monobloc avec périkystectomie totale emportant le kyste en entier sans effraction de sa paroi, associée à un lavage par un agent scolicide, et utilisation des champs imbibés de sérum salé hypertonique, afin d'éviter la dissémination locale [12, 18,19]. cependant l'exérèse en monobloc n'est pas toujours facile à réaliser ; surtout en cas d'absence de plans de clivage, lorsque le kyste

est infecté et les adhérences aux éléments vasculo-nerveux sont serrées [20].

En raison de leur mauvaise diffusion dans le liquide kystique [19], le traitement médical par les dérivés imidazolés (albendazole) dans les localisations solitaires de l'appareil locomoteur reste discuté, est surtout réservé aux cas inopérables ou en complément à la chirurgie lorsque le kyste s'est compliqué de rupture [12,21].

La surveillance clinique, radiologique et biologique au long cours (tous les 3 mois, pendant 2 ans) est nécessaire afin de dépister une récurrence locale ou à distance [22].

CONCLUSION

L'hydatidose musculaire est une entité pathologique rare, l'imagerie et la sérologie orientent le diagnostic. L'exérèse est le traitement de choix mais la prévention reste le meilleur moyen pour lutter contre la maladie hydatique, quelle que soit sa localisation.

REFERENCES

- 1- SAKKASA : Kyste hydatique primitif de la cuisse à manifestation douloureuse au niveau de la hanche. À propos d'un cas et revue de la littérature. *Rev Chir Orthop*, 1993, 79,226-228.
- 2- Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. *Clin Microbiol Rev* 2004;17:107–35.
- 3- McManus DP, Gray DJ, Zhang W, Yang Y. Diagnosis, treatment, and management of echinococcosis. *BMJ* 2012;344:e3866.
- 4- Orhan Z, Kara H, Tuzuner T, Sencan I, Alper M. Primary subcutaneous cyst hydatid disease in proximal thigh: an unusual localisation: a case report. *BMC Musculoskelet Disord* 2003;4:25.
- 5- Akjouj S, El Kettani N, Raissouni Z, Semlali S, Aziz N, Amil T, et al. Quel est votre diagnostic ? Kyste hydatique du bras. *J Radiol* 2006;87:989—91.
- 6- Cissé AM, Nassar I, Hammani L, Dafiri R, Imani F. Hydatidose primitive et étendue de la cuisse : aspect radiologique inhabituel. *J Radiol* 2002;83:1778—80.

- 7- Abhishek V, Patil VS, Mohan U, Shivswamy BS. Abdominal wall hydatid cyst: case report and review of literature. *Case Rep Surg* 2012;2012:e583294.
- 8- Alvarez-Sala R, Gomez de Terreros FJ, Caballero P. Echinococcus cyst as a cause of chest wall tumor. *Ann Thorac Surg* 1987;43:689–90.
- 9- Abdel-Khaliq RA, Othman Y. Hydatid cyst of pectoralis major muscle. Case report and note on surgical management of muscle echinococcosis. *Acta Chir Scand* 1986;152:469–71.
- 10- Rask MR, Lattig GJ. Primary intramuscular hydatidosis of the sartorius. Report of a case. *J Bone Joint Surg* 1970;52A:582–4.
- 11- Ozkoc G, Akpınar S, Hersekli MA, Ozalay M, Tandogan R. Primary hydatid disease of the quadriceps muscle: a rare localization. *Arch Orthop Trauma Surg* 2003;123:314–6.
- 12- Combalia A, Sastre S. Kyste hydatique du muscle glutéal. Deux cas. *Revue de la littérature. Rev Rhum* 2005;72:851–7.
- 13- Tuna S, Duymus TM, Yanik HS, Durakbasa MO, Mutlu S, Erdem S. Hydatidcyst of biceps brachii associated with peripheral neuropathy. *Int J Surg Case Rep* 2015;8:C150–3.
- 14- Durakbasa MO, Kose O, Islam NC, Kilicoglu G. A primary hydatid cyst of the gracilis: a case report. *J Orthop Surg* 2007;15:118–20.
- 15- Hammami T, Noomane F, Ketata M, Ganneme Y, Nasr M, Zouari K, et al. Kyste hydatique musculaire de la cuisse. À propos de trois observations. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2002;88:193
- 16- Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop* 2010;114:1–16.
- 17- Alouini Mekki R, Mhiri Souei M, Allani M, Bahri M, Arifa N, Jemni Gharbi H, et al. Kyste hydatique des tissus mous : apport de l'IRM (à propos de trois observations). *J Radiol* 2005;86:421–5.
- 18- Daoudi A, Loudiyi WD, Elibrahimi A, Elmrini A, Chakour K, Boutayeb F. Le kyste hydatique sous-cutané solitaire de la région glutéale : une localisation inhabituelle. À propos d'un cas. *Ann Chir Plast Esthet* 2008;53:448–51.
- 19- Daoudi A, Shimi M, Lahrach K, Elibrahimi A, Loudiyi WD, Amar MF, et al. Échinococcose isolée du muscle flexor digitorum profundus : à propos d'un cas. *Chir Main* 2009;28:175–9.
- 20- Meddeb N, Bachrouch N, Elleuch M, Sahli H, Cheour E, Labib S, et al. Kyste hydatique des adducteurs de la cuisse. Aspect IRM, à propos d'un cas. *Bull Soc Pathol Exot* 2001;94:106–8.
- 21- Kazakos CJ, Galanis VG, Verettas DA, Polychronidis A, Simopoulos C. Primary hydatid disease in femoral muscles. *J Int Med Res* 2005;33:703–6.
- 22- Thauinat O, Priollet P. Hydatidose hépatique. *Presse Med* 2004;33:30.

