

## KYSTE HYDATIQUE PRIMITIF DU PSOAS : 9 CAS TUNISIENS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Bedioui H<sup>1</sup>, Nourira K<sup>2</sup>, Daghfous A<sup>1</sup>, Ammous A<sup>1</sup>, Ayari H<sup>1</sup>, Rebai W<sup>1</sup>, Chebbi F<sup>1</sup>,  
Ksantini R<sup>1</sup>, Fteriche F<sup>1</sup>, Jouini M<sup>1</sup>, Kacem MJ<sup>1</sup>, Menif E<sup>2</sup>, BenSafta Z<sup>1</sup>

1 - Service de Chirurgie A, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

2 - Service de Radiologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

*Med Trop* 2008 ; 68 : 261-266

**RÉSUMÉ** • Le muscle psoas est une localisation exceptionnelle du kyste hydatique ne représentant que 1 à 3% des cas. Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette entité. Notre étude est rétrospective consécutive portant sur 9 cas de kystes hydatiques primitifs du psoas colligés entre 1980 et 2006 dans le service de chirurgie A de l'Hôpital La Rabta. Il s'agissait de 6 hommes et 3 femmes dont l'âge moyen était de 42,8 ans. La symptomatologie était atypique dominée par les douleurs retrouvées dans 6 cas. La découverte était fortuite dans deux cas. L'examen physique retrouvait une masse du flanc dans 7 cas. Le diagnostic était confirmé par la radiologie (échographie et/ou tomodensitométrie) dans 8 cas. Dans 1 cas, le diagnostic d'abcès du psoas était posé à tort chez un patient porteur d'un kyste hydatique infecté. La sérologie hydatique pratiquée dans 4 cas était positive dans 3 cas. Tous les patients étaient opérés. La voie d'abord était extra péritonéale (Leriche) dans 7 cas et transpéritonéale à travers une laparotomie médiane dans 2 cas. Le geste a consisté dans tous les cas en une kystectomie partielle laissant une calotte de périkyste contre les éléments vasculo-nerveux. La mortalité était nulle. Un seul patient s'est compliqué en postopératoire d'une infection urinaire. Le suivi moyen était de 2,5 ans. Au cours de la surveillance postopératoire, une seule récurrence locale était diagnostiquée à 4 ans postopératoire ayant nécessité une nouvelle intervention.

**MOTS-CLÉS** • Kyste hydatique - Echinococcose - Muscle psoas - Tunisie.

.....

### PRIMARY HYDATID CYST OF THE PSOAS MUSCLE: DESCRIPTION OF 9 CASES IN TUNISIA AND REVIEW OF THE LITERATURE

**ABSTRACT** • The psoas muscle is an uncommon location for hydatid cyst accounting for only 1 to 3% of cases. The purpose of this report is to describe the epidemiologic, clinical, paraclinical, and therapeutic features of primary hydatid cyst of the psoas muscle. A retrospective study conducted in Surgery Department A at the Rabta Hospital in Tunisia compiled a total of 9 cases of primary hydatid cyst of the psoas muscle treated between 1980 and 2006. There were 6 men and 3 women with a mean age of 42.8 years. Symptomatology was nonspecific with pain in 6 cases. Discovery was coincidental in two cases. Clinical examination detected a mass in the presents of an abdominal mass in 7 cases. Radiologic findings (ultrasound and/or CT scan) confirmed diagnosis in 8 cases. In one case a mistaken diagnosis of psoas muscle abscess was made in a patient with an infected hydatid cyst. Serological tests were performed in 4 cases and were positive in 3. All patients underwent surgical treatment. The extraperitoneal approach (Leriche) was used in 7 cases and the transperitoneal approach via median laparotomy in 2. In all cases the surgical procedure consisted of partial cystectomy leaving a part of the pericystic against neurovascular structures. There was no operative mortality. The only postoperative complication was urinary infection in one patient. Mean follow-up was 2.5 years. One local recurrence was observed 4 years after surgical treatment and required reoperation.

**KEY WORDS** • Hydatid cyst - Echinococcosis - Psoas muscle - Tunisia.

Le psoas est une localisation exceptionnelle du kyste hydatique même dans les pays d'endémie hydatique comme la Tunisie. La physiopathologie de l'atteinte musculaire du psoas reste hypothétique et imprécise. La symptomatologie est atypique et frustre expliquant en grande par-

tie le retard diagnostique et thérapeutique. L'approche diagnostique reste basée sur l'échographie mais surtout le scanner. Le traitement est chirurgical et se doit de traiter le parasite tout en prévenant les récurrences.

Nous rapportons une série de 9 cas de kystes hydatiques primitifs du psoas à travers laquelle nous essayons d'évaluer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette localisation exceptionnelle tout en essayant de comparer nos résultats à ceux d'une revue exhaustive de la littérature.

• Correspondance : h\_bdioui@yahoo.fr

• Article reçu le 11/02/2007, définitivement accepté le 19/05/2008.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude est rétrospective consécutive ayant inclus 9 cas de kystes hydatiques primitifs du psoas entre Janvier 1980 et Décembre 2006, opérés dans le service de chirurgie générale A de l'Hôpital La Rabta. Nous avons relevé pour chaque patient les données épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques et peropératoires. La surveillance postopératoire, réalisée tous les 3 mois pendant les deux premières années puis tous les 6 mois pendant 3 ans, comportait un examen clinique, une sérologie hydatique et une échographie abdominale.

Toutes les données ont été analysées avec le logiciel SPSS 10.0. Nous avons mené une revue exhaustive de la littérature par une recherche sur les moteurs de recherche PubMed, Embase et Cochrane library. Nous avons recherché les cas de kyste hydatique du psoas dans la littérature anglophone et francophone ce qui nous a permis de retrouver 17 publications sur le sujet entre 1980 et 2006 colligeant ainsi au total 23 cas. Nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, morphologiques et thérapeutiques de tous ces cas avec le logiciel SPSS 10.0 pour faciliter l'expression des données en moyenne et en pourcentage et ce afin de dresser les différents profils des malades et de les comparer à ceux de notre série.

## RÉSULTATS

Nous avons colligé de 1980 à 2006 neuf cas de KH du psoas dont 8 d'entre eux habitaient en zone rurale. L'âge moyen de nos patients était de 42,8 ans avec des extrêmes de 22 et 76 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio égal à 2 (6 hommes et 3 femmes). Une notion de contage hydatique était retrouvée chez deux patients.

Les circonstances diagnostiques étaient variables. La découverte était fortuite dans 2 cas: Dans le premier cas au cours d'une exploration échographique d'une masse inguinale qui s'est révélé être une hernie, et dans le deuxième cas lors d'un examen physique systématique. Ailleurs la symptomatologie était variable dominée par les douleurs abdominales dans 6 cas (66,6%), de siège variable en fonction de la localisation du kyste et la constatation d'une voussure abdominale chez 5 patients (55,5% des cas). Des signes de compression des structures voisines étaient notés dans 4 cas : il s'agissait d'une compression nerveuse dans 1 cas sous forme d'une hypoesthésie dans le territoire du nerf crural, d'une compression des voies urinaires dans 3 cas sous forme d'épisodes de rétention urinaire, de brûlures mictionnelles avec dysurie et pollakiurie. La durée moyenne de l'évolution de la symptomatologie était de 2 ans avec des extrêmes de 15 jours et 10 ans.

L'examen physique trouvait un état général conservé dans 8 cas. Un amaigrissement avec anorexie était retrouvé chez un patient. Dans 4 cas, l'examen révélait une fièvre

supérieure à 38°C. L'inspection, objectivait une voussure dans 5 cas. La palpation retrouvait une masse arrondie, rénitente et fixe par rapport au plan profond dans 7 cas. Ailleurs, une défense du flanc rendait la perception d'une masse difficile dans un cas, et dans un autre cas l'examen abdominal était normal. Les touchers pelviens étaient normaux dans tous les cas.

Sur le plan biologique, la sérologie hydatique, réalisée chez 4 patients était positive dans 3 cas (75% des cas). L'hyper-éosinophilie n'a été retrouvée dans aucun cas.

La radiographie d'abdomen sans préparation de face était pratiquée chez 4 patients. Elle avait objectivé la présence d'une calcification arciforme au niveau de la fosse iliaque droite dans 1 cas et d'une calcification irrégulière de l'hypochondre droit avec refoulement des gaz intestinaux et effacement de l'ombre du psoas dans un autre cas. Ailleurs, elle était normale.

L'échographie était réalisée chez 8 patients. Elle avait permis d'évoquer la nature hydatique de la masse dans 5 cas seulement. Le kyste était de type III selon la classification de Gharbi dans les 5 cas. A noter qu'il existait chez un patient un kyste hydatique du foie associé.

La tomodensitométrie était pratiquée chez 7 patients. Le diagnostic positif du kyste hydatique du psoas était retenu dans tous les cas. La TDM avait, à chaque fois, objectivé une formation liquidienne multiloculaire ne prenant pas le produit de contraste dont la paroi était le siège de calcifications (Fig. 1 et 2). Par ailleurs, il existait une dilatation des cavités pyélocalicielles homolatérales au kyste hydatique du psoas dans deux cas.

Au terme de ces explorations, le kyste hydatique du psoas était unilatéral dans tous les cas. Il était isolé dans 8 cas et associé à une localisation hépatique dans 1 cas (Fig. 1). Il siégeait au niveau du psoas gauche dans 3 cas et au niveau du droit dans 6 cas. Le kyste hydatique du psoas était de type I dans deux cas, de type III dans 6 cas, et de type IV dans un cas. La taille du kyste variait entre 5 et 20cm de grand axe, avec une moyenne de 10,7 cm.

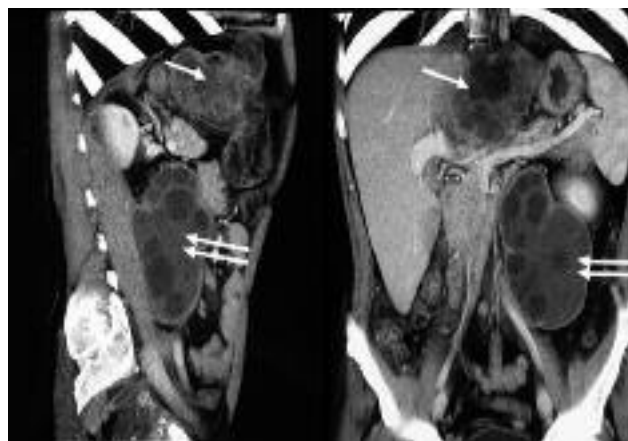


Figure 1. Reconstruction tomodensitométrique sagittale et frontale de l'abdomen objectivant un kyste hydatique du foie (flèche simple) et un kyste hydatique multi vésiculaire du psoas gauche (flèche double).



Figure 2. Coupe tomographique de l'abdomen montrant un kyste hydatique multi vésiculaire du psoas gauche.

Tous les patients étaient opérés avec le diagnostic de kyste hydatique du psoas. Dans un cas, un drainage chirurgical premier était réalisé pour le diagnostic d'abcès du psoas (porté à tort) qui s'était révélé être en fait un KH infecté ce qui a nécessité secondairement un traitement chirurgical complémentaire.

La voie d'abord utilisée dans la plupart des cas (7 cas) était une incision extra péritonéale (Leriche). Dans les deux autres cas une incision médiane transpéritonéale était préconisée. L'exploration per-opératoire a permis de confirmer la nature et le siège du kyste, d'étudier sa taille, son contenu et ses rapports avec les structures voisines. Le kyste refoulaient l'estomac et le mésocolon gauche dans 1 cas, le rein droit dans un autre cas et les cavités pyélocalicielles qu'il comprimait dans 2 cas. Son contenu était purulent dans 4 cas, multivésiculaire dans 4 cas et univésiculaire dans un cas.

Concernant le traitement chirurgical, le geste avait consisté en une kystectomie partielle dans tous les cas laissant du périkyste contre les organes nobles (vasculo-nerveux) et ce après prise des précautions nécessaires afin d'éviter la dissémination per-opératoire du scolex (protection du champ opératoire par des champs imbibés de sérum hypertonique).

Les gestes associés étaient une résection du dôme saillant d'un kyste hydatique du foie avec une cholécystectomie chez un patient et une cure de hernie crurale à la Mac-Vay dans un autre cas. En fin d'intervention, un système de drainage aspiratif par drain de Redon était préconisé chez tous les patients.

La mortalité était nulle. Les suites opératoires étaient compliquées, chez un seul patient, d'une infection urinaire qui a bien évolué sous traitement médical. La durée moyenne du drainage était de 4 jours avec des extrêmes de 2 et 8 jours. Le séjour hospitalier variait entre 3 et 20 jours avec une moyenne de 9 jours.

Le suivi était faible du fait que la majorité des patients étaient perdus de vue peu après l'intervention. Le suivi moyen des patients était de 30 mois avec des extrêmes de 1 mois et

11 ans. Une seule récurrence hydatique locale était diagnostiquée et a nécessité une nouvelle intervention. Il s'agissait d'une patiente âgée de 30 ans, opérée pour un KHP de 7cm de type multivésiculaire. Elle a subi une kystectomie subtotale par voie rétro-péritonéale avec des suites simples. La récurrence a été diagnostiquée 5 ans après l'opération et a nécessité un abord transpéritonéal avec des suites simples. Cette récurrence est probablement expliquée par une vésicule oubliée d'autant plus que le kyste était multivésiculaire et cloisonnée et de surcroît abordé par voie rétro-péritonéale ce qui limite l'exposition du champ opératoire.

## DISCUSSION

La localisation hydatique musculaire est rare représentant 1 à 3% des localisations hydatiques pour certains auteurs (1-3). Notre étude n'a fait que confirmer la rareté du kyste hydatique du psoas. Sur une étude de 26 ans (de 1980 jusqu'à 2007) dans un service hospitalo-universitaire de chirurgie viscérale, nous n'avons colligé que 9 cas de kystes hydatiques du psoas. La littérature franco-anglaise n'a rapporté que 23 cas de kystes hydatiques du psoas depuis 1980 jusqu'à ce jour. L'hydatidose bilatérale du psoas reste une entité exceptionnelle (4). Dans notre série, 8 patients avaient présenté un kyste hydatique du psoas isolé et un malade avait aussi un kyste hydatique du foie. La fréquence du kyste hydatique du psoas est stable sur la durée de l'étude (Fig 3).

L'échinococcose est relativement fréquente dans les pays d'endémie, en particulier dans les pays du bassin méditerranéen, d'Afrique du nord, d'Amérique latine, en Australie, en Europe centrale et en Nouvelle Zélande (1,3-7). L'origine rurale du malade est un facteur de risque important. C'était le cas de huit patients de notre série (88,8%) La prédominance masculine dans notre série est supérieure à celle de la littérature (sexe ratio égal à 1,3). On pourrait l'expliquer par une musculature plus développée chez l'homme. En effet selon la plupart des auteurs, le mode le plus probable d'inoculation du muscle psoas se fait par voie hématogène.

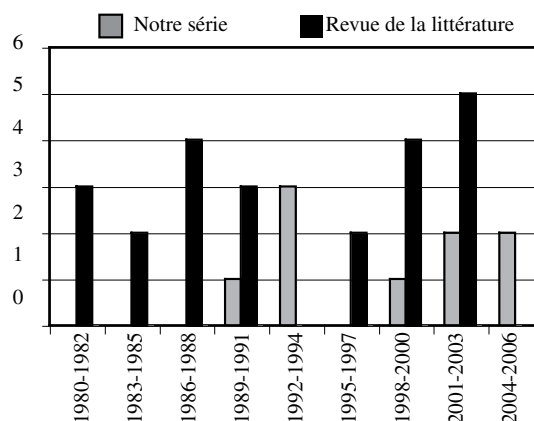


Figure 3. Incidence du KH du psoas dans notre série et dans la revue de la littérature.

L'embryon hexacanthé, après avoir franchi respectivement le filtre hépatique où il s'arrête dans 70% des cas et le filtre pulmonaire où il est retenu dans 25% des cas (8), est véhiculé par la grande circulation et se localise dans les organes les plus richement vascularisés dont la rate et les muscles (1-6, 8-13). D'autres auteurs pensent que la contamination du muscle psoas, peut se faire par voie lymphatique ou par un shunt à partir du tractus gastro-intestinal (3,5, 12). Certains auteurs ont évoqué un mode de contamination directe : morsure d'un animal infecté ou souillure d'une plaie par les déjections d'animaux infectés (1, 2, 3). Une atteinte par contiguïté notamment secondaire à une hydatidose vertébro-médullaire est possible (9). Celle-ci aboutit à une localisation secondaire rétro péritonéale qui peut toucher le psoas (3, 6).

Certains facteurs favorisent l'atteinte du psoas, notamment un traumatisme antérieur ou bien le statut fonctionnel peut avoir un rôle conditionnant l'implantation musculaire de l'embryon. Par ailleurs, l'atteinte musculaire peut avoir une explication statistique puisque les muscles constituent 2/5 du poids de l'organisme et reçoivent la majorité du sang artériel (1). La rareté de la localisation musculaire par rapport aux autres localisations extra hépatiques s'expliquerait par la difficulté d'implantation locale de l'embryon, provoquée par les contractions musculaires continues et la production d'acide lactique gênant la nidation de celui-ci (1, 3, 4, 5, 9, 10, 11).

Le diagnostic clinique du kyste hydatique du psoas est difficile vu la pauvreté des éléments d'orientation, surtout dans les pays non endémiques (1, 5, 8), et l'absence de signes cliniques pathognomoniques. Il faut également souligner la latence habituelle de ces kystes (2), qui explique le retard diagnostique avec une durée d'évolution pouvant atteindre les 20 ans. Le mode de révélation est généralement une douleur insidieuse localisée au niveau de la région lombaire ou la fosse iliaque (9). Ces kystes se présentent le plus souvent comme des tumeurs rétroperitonéales augmentant progressivement de volume au fil des mois, en restant parfois asymptomatiques, avec un état général le plus souvent conservé (1, 2, 3, 5, 6, 8, 10). Certains kystes hydatiques du psoas peuvent être révélés par une complication à type de compression nerveuse (nerf crural) ou urinaire (dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, hydronéphrose, voire d'une insuffisance rénale), ou même de surinfection (2, 3, 5, 6, 8-10). La surinfection de ces kystes se fait généralement par voie hématogène (11). Elle est due surtout à un colibacille ou à une salmonelle (11). Ailleurs, la découverte du kyste hydatique du psoas peut être fortuite lors d'une échographie abdominale ce qui fut le cas chez deux de nos patients.

La symptomatologie est variable et dépend du siècle et de la taille du kyste. Elle peut être digestive, urinaire voire même nerveuse. La nature et la fréquence des circonstances de découverte selon une revue systématique de la littérature franco-anglaise de 1980 à 2006 et notre série sont résumées dans le tableau I.

Tableau I. Fréquence des circonstances de découverte du kyste hydatique du psoas.

| Circonstances de découverte | Littérature (%) | Notre série (%) |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| Douleur                     | 60,8            | 66,6            |
| Voissure                    | 52              | 55,5            |
| Signes neurologiques        | 4,3             | 11,1            |
| Signes urinaires            | 13              | 33,3            |
| Infection                   | 13              | 44,4            |
| Fortuite                    | 4,3             | 22,2            |

L'exploration radiologique constitue une étape essentielle dans le diagnostic du kyste hydatique du muscle psoas. La radiologie standard peut montrer des calcifications arciformes des flancs, un effacement de l'ombre du psoas ou bien un refoulement des gaz intestinaux. Ces signes ont été retrouvés chez 2 de nos patients.

L'échographie est un examen fiable et permet de préciser la nature hydatique du kyste dans plus de 95 % des cas. Elle retrouve une image kystique cloisonnée, liquidienne arrondie et bien limitée. Le diagnostic topographique est difficilement apprécié par cet examen, surtout pour les kystes volumineux. L'appartenance au muscle psoas ne peut être affirmée avec certitude que pour des kystes de petite taille. L'échographie permet également de préciser le type selon la classification de Gharbi (16) et les rapports vasculaires et urinaires. Les seules images pathognomoniques du kyste hydatique en échographie sont les types II et III de Gharbi qui correspondent respectivement au décollement de membrane et au kyste multivésiculaire (9, 14). L'échographie (15) est supérieure à la TDM pour l'identification de la nature hydatique du kyste mais cette dernière est plus performante dans la précision de sa topographie et ses rapports. La tomodensitométrie (TDM) caractérise la formation kystique par l'aspect de sa paroi, propre avec des calcifications pariétales, la faible densité du liquide intrakystique, le cloisonnement interne donnant un aspect multiloculaire et l'absence de rehaussement après injection du produit de contraste (3, 9, 10, 15, 16). L'utilité de la TDM réside dans la précision de la nature hydatique d'une masse (en cas de type IV échographique). Cet examen permet également d'étudier les rapports avec les organes de voisinage, les vaisseaux et l'arbre urinaire après injection du produit de contraste évitant ainsi le recours à l'angiographie et à l'urographie intraveineuse. L'imagerie par résonance magnétique, quant à elle, est réservée pour les cas où le diagnostic reste douteux (16). Elle représente un inestimable outil pour préciser la localisation de la lésion, ses rapports adjacents et surtout pour diagnostiquer une éventuelle atteinte vertébrale associée (4, 5). Elle permet également d'apprécier le retentissement sur l'appareil urinaire et d'éliminer une lésion associée (3, 6).

L'artériographie et la cavographie sont actuellement abandonnées. Ces deux explorations invasives étaient autrefois réalisées pour évaluer le retentissement vasculaire d'un kyste rétro péritonéal.

La biologie se résume essentiellement à la sérologie hydatique. Elle est d'un grand apport diagnostique lorsqu'elle

est positive. Sa négativité n'élimine pas le diagnostic de kyste hydatique. Son principal rôle réside dans la surveillance post opératoire, à la recherche d'une éventuelle récurrence, lorsqu'elle montre une ascension du taux des anticorps. Cet examen doit reposer préférentiellement sur 2 techniques complémentaires, l'une quantitative (immunofluorescence - ELISA), l'autre qualitative (immunoélectrophorèse, hémagglutination) (16). L'hyperéosinophilie retrouvée à l'hémodiagramme est inconstante (8), elle était absente chez tous les patients de notre série.

En résumé, Les examens paracliniques paraissent d'un grand apport pour le diagnostic préopératoire du siège et de la nature hydatique du kyste devant certains caractères sémiologiques. En cas de doute diagnostique, la ponction exploratrice, tentée par quelques auteurs est formellement à proscrire en raison du risque de dissémination et de choc anaphylactique qu'elle peut engendrer (16). Lorsque la nature ne peut être déterminée par cet arsenal radiologique une chirurgie exploratrice sera alors la seule alternative à visée diagnostique et thérapeutique.

L'absence d'image radiologique pathognomonique de vésicule fille ou de membrane serpiginieuse, la négativité de la sérologie hydatique n'éliminent donc pas une hydatidose devant une masse kystique du compartiment psoas. Mais il faut alors éliminer les diagnostics différentiels.

L'hématome apparaît échogène et hétérogène à l'échographie, spontanément hyperdense à la TDM. Il évolue vers une masse hypopéchogène à l'échographie et isodense à la TDM. L'IRM, réalisée le plus souvent à la phase subaiguë, montre une lésion kystique en hypersignal T1 et T2 non saturée sur les séquences après saturation de la graisse.

L'abcès du psoas apparaît en tomodensitométrie comme une masse de densité liquidienne, rehaussée en périphérie par le produit de contraste. Elle doit faire rechercher des signes osseux et une atteinte des disques intervertébraux adjacents pouvant orienter vers une spondylodiscite. Il peut aussi s'agir d'un kyste hydatique du psoas surinfecté comme dans notre observation. La tomodensitométrie peut le faire évoquer surtout en présence de calcifications.

Le seul traitement curatif du KHP est chirurgical. Le traitement médical à base d'albendazole reste destiné aux malades inopérables ou en cas de récurrence massive en complément de la chirurgie (1-4, 13, 17).

L'abord chirurgical extrapéritonéal est préférable pour éviter l'ouverture de la cavité péritonéale et ainsi éliminer tout risque de dissémination hydatique intra péritonéale. La voie transpéritonéale à travers une médiane, peut être utile pour traiter en même temps les autres lésions intra péritonéales hydatiques associées et notamment hépatiques (1-5, 8, 10, 11, 16). Dans notre série la voie d'abord utilisée dans le plupart des cas (7 cas) est l'incision de Leriche. Dans les deux autres cas une incision médiane a été préconisée, du fait du volume important du kyste dans un cas et d'un kyste hydatique du foie associé dans l'autre.

Le geste radical est représenté par la kystectomie totale, cependant les adhérences aux éléments vasculo-nerveux peuvent rendre difficile voire même dangereuse cette excision complète. L'association à une atteinte vertébrale est une autre contre-indication de la kystectomie totale, puisque dans ce cas, le parasite se comporte d'une façon maligne en se développant entre les trabécules osseuses sans formation d'une paroi kystique propre (4). Il faut alors se limiter à une kystectomie partielle, laissant une calotte de périkyte contre les éléments vasculaires et nerveux afin d'éviter leur traumatisme au cours de la dissection. Bien entendu, les précautions nécessaires à la chirurgie hydatique doivent être entreprises à savoir la protection du champ opératoire par des champs imbibés de scolicide (sérum hypertonique ou eau oxygénée) et la ponction stérilisation du kyste (2-6, 8, 9, 12, 16).

Tous nos patients ont subi une kystectomie partielle après protection du champ opératoire au sérum hypertonique et ponction vidange du kyste. Dans un cas, un drainage chirurgical premier a été réalisé pour le diagnostic d'abcès du psoas qui s'est révélé être en fait un kyste hydatique infecté ce qui a nécessité secondairement une chirurgie. Dans la littérature une kystectomie partielle a représenté la principale technique utilisée (14 cas sur 23).

La mortalité était nulle dans notre série et atteignait 4% selon la revue de la littérature (un seul patient est décédé suite à un syndrome occlusif à J5 post-opératoire) (6).

La morbidité dans notre série était de 11%. Un de nos patients a développé une infection urinaire qui a bien évolué sous traitement médical. Elle était de 8,6% dans la littérature (2/23 cas). Il s'agissait d'un cas d'occlusion postopératoire précoce et d'une paresthésie dans le territoire du nerf crural qui est secondaire aux microtraumatismes de ce nerf en per-opératoire ce qui dénote l'importance d'une résection partielle du kyste évitant la dissection des éléments vasculo-nerveux (2, 5, 9, 10).

Le taux de récurrence dans notre série était de 11,1% avec un recul moyen de 30 mois. Ce taux était de 4,3% dans la revue de la littérature avec un recul moyen de 16 mois.

---

## CONCLUSION

---

L'hydatidose du muscle psoas demeure une entité rare, qui doit être évoquée devant toute masse liquidienne lombaire ou iliaque surtout dans les pays d'endémie hydatique. Cette pathologie touche souvent des adultes jeunes. Son diagnostic repose sur les explorations radiologiques et notamment la tomodensitométrie. Le traitement est exclusivement chirurgical en l'absence de traitement médical efficace. La voie d'abord est idéalement extra péritonéale (voie de Leriche). La kystectomie partielle respectant les précautions de toute chirurgie du kyste hydatique est la technique de choix permettant d'éviter les complications vasculo-nerveuses. Le meilleur traitement du kyste hydatique du psoas repose sur la prévention de l'hydatidose qui malheureusement continue à sévir à l'état endémique dans notre pays représentant un véritable fléau social.

## RÉFÉRENCES

- 1 - Melis M, Marongiu L, Scintu F, Pisano M, Capra F, Zorcolo L *et al.* Primary hydatid cysts of psoas muscle. *ANZ J Surg* 2002; 72 : 443-5.
- 2 - Tissot E, Putot JP, Descos L, François Y, Bretagnolle M. Kyste hydatique du psoas. Diagnostic grâce au CT scanner. *J Chir* 1984; 121 : 7-9.
- 3 - Barthod F, Molinier N, Farah A, Patel JC. Kyste hydatique du psoas. *J Chir* 1995; 132 : 38-42.
- 4 - Angulo JC, Granell J, Muguerza J, Sanchez-Chapado M. Primary bilateral hydatidosis of psoas muscle. *J Urol* 1999; 161 : 1557-8.
- 5 - Benchekroun A, Jira A, Cheikhani OJ, Kasmaoui EH, Zannoud M, Faik M. Kyste hydatique du psoas. A propos d'un cas. *Ann Urol* 2001; 35 : 108-10.
- 6 - Amar I, Gamier J, Faraj A, Taobane H, Aouame H, Oukheira H. Le kyste hydatique rétropéritonéal isolé (à propos de deux nouveaux cas). *J Urol* 1983; 89 : 147-52.
- 7 - Yilmaz S, Baydar S, Guney S, Hoser A, Celik B. Primary hydatid cyst in the retroperitoneal space: role of CT. *Eur Radiol* 2002; 12 : 2303-5.
- 8 - Louchi A, Chtata H, Araoui M, Zizi A. Kyste hydatique du muscle psoas. *Ann Chir* 2001; 126 : 820-1.
- 9 - El Moussaoui A, Rabii R, Rais H, Aboutaieb R, Meziane F, El Mrini M, *et al.* Kyste hydatique du psoas. A propos d'un cas. *Ann Urol* 1997; 31 : 357-60.
- 10 - Saad H, Hamdi A, Gargouri R, Zouari K, Sghaier MS, Balti MH *et al.* Le kyste hydatique du muscle psoas : à propos de trois cas. *Ann Chir* 1990; 44 : 299-301.
- 11 - Kehila M, Allegue M, Abdesslem M, Letaief R, Said R, Khalfallah A *et al.* Le kyste hydatique du muscle psoas. A propos d'un cas. *J Radiol* 1987; 68 : 265-8.
- 12 - Sekar N, Madhavan KK, Yadav RV, Katariya RN. Primary retroperitoneal hydatid cyst (a report of 3 cases and review of the literature). *J Postgrad Med* 1982; 28 : 112-4B.
- 13 - Hatipoglu AR, Coskun I, Karakaya K, Ibis C. Retroperitoneal localization of hydatid cyst disease. *Hepatogastroenterology* 2001; 48 : 1037-9.
- 14 - Draouat S, Boudendir N, Mokrane M, Plainfossé MC. Le kyste hydatique du psoas : à propos de 3 cas. *JEMU* 1988; 9 : 31-4.
- 15 - El Foratia M, Bendaoud M, Shaban A, Gharbi H, Ehwaish F, Roberts D *et al.* Subcutaneous extension of a large psoas muscle Echinococcus cyst. *Eur Radiol* 2000; 10 : 870.
- 16 - Daali M, Hssaida R. L'hydatidose musculaire : 15 cas. *Presse Med* 2000; 29 : 1166-9.
- 17 - Crundwell MC, Blacklock AR. Retroperitoneal hydatid cyst mimicking retrocaval ureter. *Br J Urol* 1998; 81 : 168-9.
- 18 - Merran S, Karila-Cohen P, Vieillefond A. Tumeurs rétropéritonéales primitives de l'adulte. *J Radiol* 2004; 85 : 252-64.

### Consultations de Prévention des Maladies du Voyageur Centres de Vaccination anti-amarile des Hôpitaux d'Instruction des Armées

| Villes   | Consultation pour le public   | Renseignements téléphoniques (réservés aux médecins et pharmaciens) |
|--|---|---|
| <b>BORDEAUX</b><br>Hôpital Robert-Picqué<br>Route de Toulouse          | 05 56 84 70 99<br>Du lundi au jeudi sur rendez-vous                               | 05 56 84 70 38  |
| <b>BREST</b><br>Hôpital Clermont-Tonnerre<br>Rue du Colonel Fonferrier | 02 98 43 76 16<br>Lundi et mercredi après-midi sur rendez-vous                    | 02 98 43 76 16<br>02 98 43 73 24                                    |
| <b>LYON</b><br>Hôpital Desgenettes<br>108 Boulevard Pinel              | 04 72 36 61 24<br>Du lundi au vendredi sur rendez-vous                            | 04 72 36 61 24<br>Vendredi matin sans rendez-vous                   |
| <b>MARSEILLE</b><br>Hôpital Laveran<br>Boulevard Laveran               | 04 91 61 73 54 ou 56<br>du lundi au vendredi sur rendez-vous                      | 04 91 61 71 13<br>04 91 61 72 32                                    |
| <b>METZ</b><br>Hôpital Legouest<br>27 avenue de Plantières             | 03 87 56 48 62<br>Lundi, mercredi et jeudi après-midi sur rendez-vous             | 03 87 56 48 62  |
| <b>SAINT-MANDÉ</b><br>Hôpital Bégin<br>69 avenue de Paris              | 01 43 98 50 21<br>Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous | 01 43 98 50 21  |
| <b>TOULON</b><br>Hôpital Sainte-Anne<br>Boulevard Sainte-Anne          | 04 83 16 20 12<br>Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous | 04 83 16 20 10  |