

HYDATIDOSE : A PROPOS DE QUELQUES LOCALISATIONS INHABITUELLES

M. AMRANI, F. ZOUAIDIA, M.A. BELABBAS, F. LABROUSSE, G. CATANZANO, A. ELHACHIMI

RESUME • A côté des localisations classiques, le kyste hydatique peut être mis en évidence dans des sites inhabituels. Les auteurs rapportent trois cas où le diagnostic n'a pu être porté que par l'histopathologie. En effet, la clinique peut être peu évocatrice dans ces localisations rares, ici ovarienne, articulaire et thyroïdienne. L'imagerie médicale et la sérologie sont d'un apport certain pour distinguer le kyste hydatique d'une pathologie tumorale bénigne ou maligne, mais le plus souvent c'est l'examen histologique après exploration chirurgicale qui seul apportera la certitude diagnostique. Les auteurs insistent sur la nécessité d'un bilan à la recherche de localisations pleuro-pulmonaires et hépatiques, beaucoup plus fréquentes et sur la surveillance des cas traités pour dépister les éventuelles récurrences. Dans les pays d'endémie, comme le Maroc, une lutte de fond contre cette parasitose est nécessaire.

MOTS-CLES • Hydatidose - Localisations inhabituelles - Anatomie pathologique - Maroc.

HYDATIDOSIS : DESCRIPTION OF SEVERAL CASES WITH UNCOMMON LOCATIONS

ABSTRACT • Most hydatid cysts are found in the liver or lungs but occurrence in other locations is possible. The purpose of this report is to describe three cases involving cysts locate in the ovary, joint, and thyroid. Clinical findings associated with these uncommon locations were poorly specific and diagnosis required histological examination after surgical exploration. Imaging and serology were useful to differentiate hydatid cyst from benign or malignant tumor disease but often failed to achieve definitive differential diagnosis. Thorough investigation is necessary to rule out more common locations in the liver or lung. Continued surveillance is needed for early detection of recurrence. Preventive campaigns are necessary in endemic areas, such as Morocco.

KEY WORDS • Hydatidosis - Uncommon locations - Histology - Morocco.

Med. Trop. • 2000 • 60 • 271-272

L'échinococcose hydatique ou hydatidose sévit à l'état endémique dans de nombreux pays dont le Maroc où l'hôte intermédiaire est le mouton et l'hôte définitif le chien. Dans les pays d'endémie et dans les localisations usuelles, le diagnostic repose sur le trépied clinique-imagerie médicale-sérologie. Dans les sites inhabituels, le diagnostic est en général histopathologique après exploration chirurgicale pour tuméfaction ; le kyste hydatique peut en effet rester asymptomatique pendant de nombreuses années du fait de la lenteur de son développement. Trois cas d'hydatidose de localisations inhabituelles dont le diagnostic a été exclusivement histopathologique sont rapportés ici.

OBSERVATIONS

Premier cas

Il s'agit d'une jeune patiente adressée à l'Institut National d'Oncologie pour tumeur ovarienne kystique diagnostiquée à l'échographie. Le reste de l'examen radiologique et biologique est

sans particularité. A l'examen de la pièce on retrouve un kyste rempli de membranes hydatiques dont l'analyse histopathologique en révèle l'aspect anhiste (Fig. 1).

Deuxième cas.

Il s'agit d'un jeune patient présentant une volumineuse hydarthrose du genou gauche d'aspect tumoral sans signe inflammatoire cutané. Le chirurgien découvrant une synoviale mamelonnée et blanchâtre s'est contenté de cureter le contenu de l'articulation et de l'adresser à l'anatomopathologiste en suspectant un synoviosarcome. Sur le plan histopathologique, on découvre de nombreuses formations kystiques (Fig. 2) contenant des cuticules anhistes éosinophiles stratifiées et PAS positives entourées d'une réaction granulomateuse (Fig. 3). Les synoviocytes sont abasés ou hyperplasiques et le chorion est inflammatoire.

Troisième cas.

Il s'agit d'une patiente opérée pour un volumineux nodule froid kystisé de la thyroïde avec adénopathies latéro-cervicales. L'examen histologique de la glande met en évidence une cavité kystique renfermant des membranes anhistes et de nombreux scolex. Le reste du parenchyme thyroïdien est refoulé et indemne. Les ganglions latéro-cervicaux sont réactionnels.

DISCUSSION

Les localisations, ovariennes, articulaires ou thyroïdiennes de l'hydatidose sont rares et leur découverte doit faire rechercher d'autres localisations pleuro-péritonéales et hépatiques beaucoup plus fréquentes (1).

- Travail du Service d'Anatomie Pathologique (M.A., Maître-Assistante en anatomie pathologique ; F.Z., Résident en anatomie pathologique ; M.A.B., Professeur, Chef de Service) de l'Institut National d'Oncologie de Rabat, Maroc, du Service d'Anatomie Pathologique (F.L., Professeur, Chef de Service ; G.C., Professeur) du Centre Hospitalier Régional Universitaire Dupuytren, Limoges, France et du Service d'Anatomie Pathologique (A.E., Professeur Titulaire, Chef de Service) du Centre Hospitalier Universitaire Avicenne, Rabat, Maroc.
- Correspondance : Madame le docteur M. AMRANI, 1 Bis, Rue Ibn Almorah, Quartier Les Orangers, Rabat, Maroc • Fax : 00 212 7 71 24 69 • e-mail : am_ca@hotmail.com
- Article reçu le 28/07/1999, définitivement accepté le 06/10/2000.

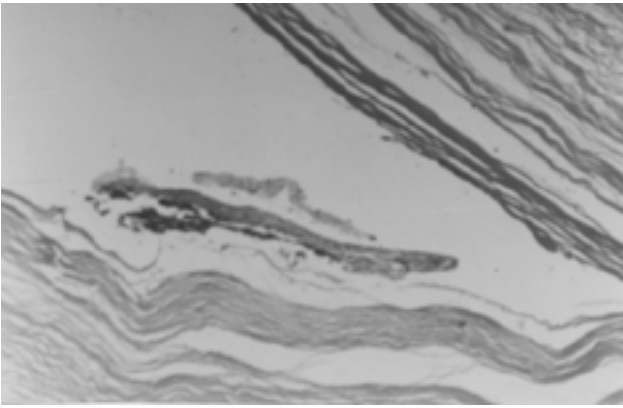


Figure 1 - Pièce opératoire de tumeur ovarienne : membranes anhistes éosinophiles de kyste hydatique (HE, G X 100) (cas n°1)

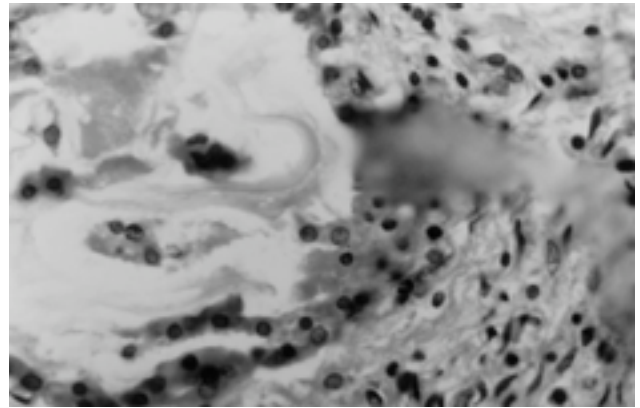


Figure 3 - Prélèvement articulaire opératoire : cellules géantes macrophagiques, cuticule anhiste et scolex. (HE, G X 100) (cas n°2).

L'anamnèse et la sérologie, bien que cette dernière soit peu spécifique et même négative en cas de lésion non compliquée, permettent de distinguer un kyste hydatique d'une autre pathologie tumorale, notamment maligne. La symptomatologie peut être déroutante du fait de son caractère atypique (2). Dans la deuxième observation, le diagnostic évoqué était celui de synoviosarcome. L'atteinte articulaire primitive est rare et le diagnostic est souvent tardif, réalisé devant la survenue d'autres atteintes viscérales. L'imagerie médicale, tomographie et imagerie par résonance magnétique nucléaire en particulier, sont très utiles dans le bilan pré-opératoire et le suivi du patient. Ils permettent un choix de la technique chirurgicale en fonction de la délimitation des lésions et la surveillance pour diagnostiquer d'éventuelles récurrences. En cas de localisation ovarienne, l'échographie vaginale à haute fréquence peut représenter un moyen utile dans le diagnostic de cette pathologie. Il est également conseillé de demander une sérologie hydatique devant tout kyste pelvien (3). L'observation d'une localisation thyroïdienne reste rare même dans les pays d'endémie (4). Une image kystique de la thyroïde est le plus souvent bénigne même si certains carcinomes papillaires peuvent prendre un aspect kystique, mais il s'agit d'une éventualité rare. Le problème est sur-

tout thérapeutique : il existe un risque de dissémination et de complications post-opératoires en cas de cytoponction (5). Malgré les progrès diagnostiques liés aux techniques d'imagerie modernes, le diagnostic préopératoire reste difficile (6). La chirurgie reste donc indiquée pour le traitement et l'exploration car elle est plus spécifique, mais des précautions sont indispensables pour éviter l'éclatement des vésicules et la dissémination des protéines pouvant induire un choc anaphylactique mortel. Dans certains cas d'adhésion des lésions aux structures voisines, la chirurgie laisse place à la stérilisation et à l'aspiration du contenu du kyste (7). C'est l'analyse histologique des pièces opératoires qui permet en fait le diagnostic positif (2). La vésicule hydatique, remplie d'un liquide incolore, eau de roche, comporte une couche externe ou cuticule anhiste et une couche interne ou membrane geminative avec des capsules prolifères contenant des scolex. La rupture de la vésicule hydatique suscite une réaction granulomateuse au niveau du tissu hôte puis une fibrose. L'information et l'éducation de la population restent donc les meilleurs garants dans la voie de l'éradication de cette parasitose dont le cycle infectieux doit être interrompu pour éviter la contamination. La surveillance des cas traités reste toutefois indiquée pour diagnostiquer les éventuelles récurrences.

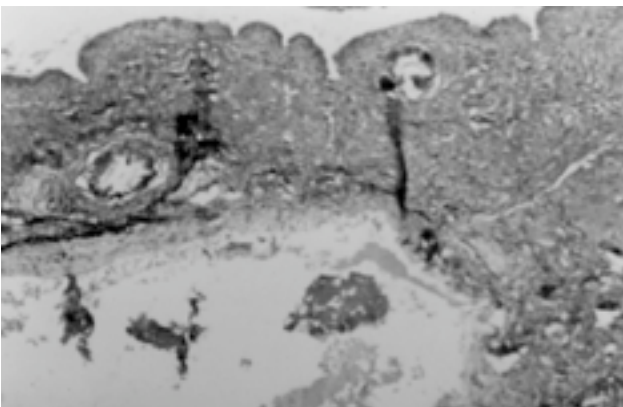


Figure 2 - Prélèvement articulaire opératoire : kyste hydatique de la synoviale (HE, G X 40) (cas n°2).

REFERENCES:

- 1 - ABI F., EL FARES F., KHAIZ D., BOUZIDI A. - Unusual localizations of hydatid cysts. A propos of 40 cases. *J. Chir.* 1989; **126** : 307-312.
- 2 - BRIANT JF., RICHEL P., BELLIOLE E., et Coll. - Atteintes ostéo-articulaires d'origine parasitaire: l'échinococcose osseuse. *J. Radiol.* 1998; **79** : 1351-1357.
- 3 - GAMOUDI A., BEN ROMDHANE K., FARHAT K. et Coll. - Ovarian hydatid cyste : 7 cases. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1995; **24** : 144-148.
- 4 - TOUHAMI M., MOUMEN M. - Hydatidosis of the cervicofacial glands. A propos of 6 cases. *J. Chir.* 1990; **127** : 220-222.
- 5 - VAN RENSBURG PS., JOUBERT IS., NEL CJ. - Primary echinococcus cyst of the thyroid. A case report. *S. Afr. J. Surg.* 1990; **28** : 157-158.
- 6 - VERSACIA., MACRIA., TERRANOVA M. et Coll. - Primary echinococcosis of the thyroid gland : à propos of a case. *G. Chir.* 1997; **18** : 427-31.
- 7 - DI GESU G., PICONE A., LA BIANCA A. et Coll. - Muscular and subcutaneous hydatidosis. *Minerva Med.* 1987; **78** : 835-840.