

UN CAS RARE DE LOCALISATION PRIMITIVE DU KYSTE HYDATIQUE DANS LE PELVIS

A. BOUNAIM, F. SAKIT, I.M. JANATI

Med Trop 2006; **66** : 279-281

RÉSUMÉ • Nous rapportons le cas d'un patient de trente ans, qui a présenté un kyste hydatique pelvien pararectal se manifestant par des signes de compression rectale et urinaire. Cette localisation primitive rare du parasite simule une pathologie tumorale. Le diagnostic est redressé par l'échographie et la tomographie. Parfois, comme dans notre observation, le diagnostic final n'est posé qu'en peropératoire.

MOTS-CLÉS • Kyste hydatique - Pelvis.

PRIMARY PELVIC HYDATID CYST : A CASE REPORT

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe a case of primary pelvic hydatid cyst in a 30-year-old man who presented with abdominal symptoms related to compression of the rectum and urinary tract. This unusual location was initially considered as a tumour process. Proper diagnosis can sometimes be based on ultrasound and computerised tomography. However in some cases such as ours surgical exploration may be necessary for definitive diagnosis.

KEY WORDS • Hydatid cyst - Pelvis.

La localisation intra pelvienne primitive du kyste hydatique est exceptionnelle chez l'homme. Sa symptomatologie est déroutante malgré l'apport des examens complémentaires. Nous rapportons une observation de kyste hydatique pelvien pararectal primitif.

OBSERVATION

Monsieur M. A. trente ans, présentait depuis trois mois des douleurs lombaires et hypogastriques, compliqués d'un épisode de rétention aiguë d'urine. A l'examen, le patient était en bon état général, l'abdomen souple sans masse palpable. Le toucher rectal trouvait une masse arrondie à 6 cm de la marge anale de consistance ferme, légèrement douloureuse, située en postéro-latéral gauche.

La rectoscopie montrait une muqueuse saine, l'échographie révélait une masse hétérogène occupant le pelvis et la tomographie objectivait un volumineux processus occupant l'espace pelvien (Fig. 1) et (Fig. 2). L'urographie intra veineuse était normale. L'échographie abdominale et la



Figure 1 - Tomodensitométrie montrant un volumineux processus occupant l'espace pelvien.

• Travail du Service de Chirurgie Viscérale et Vasculaire (A.B., Médecin Commandant, Praticien certifié des Hôpitaux des Armées; F.S., Médecin Commandant, Chirurgien des Hôpitaux des Armées; I-M.J., Médecin Colonel, Chirurgien des Hôpitaux des Armées, professeur Agrégé du Val de Grâce, chef de service de Chirurgie Viscérale et Vasculaire), Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.

• Correspondance : A. BOUNAIM, Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Hay Riad, Rabat, Maroc.

• Courriel : ahmedbounaim@yahoo.fr •

• Article reçu le 4/01/2005, définitivement accepté le 30/03/2006.



Figure 2 - La masse hétérogène refoulant la vessie et de localisation rétrorectale.

radiographie pulmonaire n'avaient pas montré de localisation secondaire.

Après préparation colique ; l'exploration chirurgicale réalisée par voie rétro-péritonéale de Lazorthé, a permis de libérer la tumeur et de mettre en évidence des membranes prolifères, signant son origine hydatique. On a réalisé alors une stérilisation du kyste à l'eau oxygénée avec résection du péri kyste.

Les suites opératoires ont été compliquées par un sepsis pariétal qui a été jugulé par les antibiotiques et les soins locaux.

DISCUSSION

L'échinococcose est relativement fréquente dans les pays d'Afrique du Nord. La maladie hydatique peut se localiser dans tous les tissus. Dans 90% des cas elle touche le foie et le poumon et c'est seulement dans 2% des cas qu'elle se localise primitivement dans le pelvis (1). L'embryon hexacanthe, après avoir franchi le filtre hépato-pulmonaire, est véhiculé par la circulation générale et se localise dans les organes les plus richement vascularisés (2) tel le foie et les poumons. L'atteinte primitive du pelvis reste rare chez l'homme.

Malgré les progrès de l'imagerie la symptomatologie clinique reste déroutante et non spécifique (3). Elle simule

une tumeur envahissant les organes pelviens (1,3). Les observations rapportées dans la littérature notent surtout le mode de révélation par compression des organes de voisinage pouvant donner des signes urinaires (troubles mictionnels, pollakiurie et dysurie), digestifs (constipation), gynécologiques (métrorragies), neurologiques -lombosciatalgies- (4, 5) ou osseux, de façon isolée ou associée (1, 4). Parfois le kyste est découvert à la suite d'une complication : suppuration ou insuffisance rénale par compression urétérale.

L'ouverture du kyste dans la vessie peut survenir mais reste exceptionnelle. La tomographie et l'échographie (6) contribuent à la démarche diagnostique (1, 7). Les images échographiques du kyste hydatique pelvien sont identiques à celles décrites au niveau du foie par Gharbi *et Coll* (8) qui ont classé les images en cinq types :

- type I : collection liquidienne pure bien limitée ;
- type II : collection liquidienne à paroi dédoublée ;
- type III : collection liquidienne multivésiculaire ;
- type IV : masse d'écho-structure hétérogène à prédominance liquide ou solide, posant le problème de diagnostic différentiel comme cela était le cas dans notre observation ;
- type V : kyste calcifié.

L'imagerie par résonance magnétique permet en cas de doute de faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs rectales vestigiales, nerveuses ou osseuses (9).

L'hyperéosinophilie n'est pas constante et la sérologie peut aider au diagnostic mais elle est le plus souvent négative (10). Le diagnostic différentiel se fait avec toutes les tumeurs kystiques ou mixtes rétro-péritonéales (kystes dermoïdes), les abcès à pyogènes ou les abcès tuberculeux (11). Chez la femme, les types I peuvent être confondus avec un kyste de l'ovaire ou un hydrosalpinx, les types IV et V peuvent évoquer une tumeur ovarienne ou un fibrome utérin.

Le traitement est chirurgical, il consiste en une périkystectomie totale ou partielle selon les rapports du kyste hydatique (2,11), après préparation colique préalable (possibilité de léser le rectum). L'abord extrapéritonéal est préférable pour éviter la contamination de la cavité abdominale (2,11,12). L'abord transpéritonéal permettant de mieux contrôler les pédicules vasculaires ou les uretères, ne sera adopté qu'en cas d'association avec une autre localisation abdominale (11,12).

Le traitement médical post opératoire à base de dérivés du benzimidazole pendant plusieurs mois pour éviter les récurrences a été préconisé par certaines équipes (13), il n'est pas systématique dans notre pratique. La surveillance post-opératoire repose sur la clinique, l'immunologie et l'imagerie médicale.

CONCLUSION

La localisation primitive du kyste hydatique au niveau du pelvis est exceptionnelle chez l'homme, sa symptomatologie clinique déroutante fait que le diagnostic est souvent tardif. Le diagnostic doit être évoqué devant tout processus occupant l'espace pelvien, surtout dans un pays d'endémie

hydatique tel le Maroc. L'abord extrapéritonéal permet un abord direct et évite l'ensemencement de la cavité abdominale.

RÉFÉRENCES

- 1 - LADEB MF, BOUHAOULA H, SLIM K, GANOUNI A - Hydatidose pelvienne chez la femme : A propos de 3 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1989; **18** : 493-5.
- 2 - SAAD H, HAMID A, GARGOURI R *et Coll* - Le kyste hydatique du muscle psoas : A propos de 3 cas. *Ann Chir* 1990; **44** : 299-301.
- 3 - MILANO CT, DEPPE G, MOSHIRPUR JA - Disseminated pelvic Echinococcosis simulating ovarian carcinomatosis: case report and review of pelvic disease. *Obstet Gynecol Surv* 1981; **36** : 535-40.
- 4 - GUPTA A, KAKKAR A, CHADHA M, SATHAYE CB - A primary intrapelvic hydatid cyst presenting with foot drop and gluteal swelling: A case report. *J Bone Joint Surg Br* 1998; **80** : 1037-9.
- 5 - MARTIN-SERRADILLA JI, GUERRERO-PERAL AL, MARCOS-ALVAREZ R *et Coll* - Lumbar plexopathy secondary to pelvic hydatid cyst. *Rev Neur* 2002; **34** : 944-9.
- 6 - AIMINO R, FOURCADE A, AYME Y - Aspect échographique particulier d'un kyste hydatique pelvien. *J Radiol* 1982; **63** : 197-9.
- 7 - ARSLAN H, SAKARYA ME, BOZKURT M *et Coll* - Free hydatid cyst only covered with germinative membrane disrupted from fibrotic capsule in the peritoneal cavity: A case report. *Acta Chir Belg* 1998; **98** : 85-6.
- 8 - GHARBI HA, HASSINE W, BRAUNER M, DUPUCH K - Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology* 1981; **139** : 459-463.
- 9 - KOLODZIEJSKI LS, DYCZEK ST, POGODZINSKI M - Prise en charge chirurgicale des tumeurs rétrorectales. *J Chir* 2004; **141** : 109-13.
- 10 - MOUROT J, BASTIAN D, PERROTIN J - Les kystes hydatiques rétro péritonéaux. *Sem Hop Paris* 1984; **60** : 1703-8.
- 11 - ANGULO JC, GRANELL J, MUGUERZA J, SANCHEZ-CHAPADO M - Primary bilateral hydatidosis of the psoas muscle. *J Urol* 1999; **161** : 1557-8.
- 12 - HATIPOGLU AR, COSKUN I, KARAKAYA K, IBIS C - Retroperitoneal localization of hydatid cyst disease. *Hepatogastroenterology* 2001; **48** : 1037-9.
- 13 - KARIM E. Localisations abdominales et péritonéales exceptionnelles du kyste hydatique. A propos de 2 cas. *Ann Chir* 1981; **35** : 109-13.

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

Ville	Consultation pour le public	Renseignements téléphoniques (réservés aux médecins et pharmaciens)
BORDEAUX		
Hôpital Robert-Picqué Route de Toulouse	05 56 84 70 99 Du lundi au jeudi sur rendez-vous	05 56 84 70 38
BREST		
Hôpital Clermont-Tonnerre Rue du Colonel Fonferrier	02 98 43 76 16 Lundi et mercredi après-midi sur rendez-vous	02 98 43 76 16 02 98 43 73 24
LYON		
Hôpital Desgenettes 108 Boulevard Pinel	04 72 36 61 24 Du lundi au vendredi sur rendez-vous	04 72 36 61 24 Vendredi matin sans rendez-vous
MARSEILLE		
Hôpital Laveran Boulevard Laveran	04 91 61 73 54 ou 56 du lundi au vendredi sur rendez-vous	04 91 61 71 13 04 91 61 72 32
METZ		
Hôpital Legouest 27 avenue de Plantières	03 87 56 48 62 Lundi, mercredi et jeudi après-midi sur rendez-vous	03 87 56 48 62
SAINT-MANDE		
Hôpital Bégin 69 avenue de Paris	01 43 98 50 21 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	01 43 98 50 21
TOULON		
Hôpital Sainte-Anne Boulevard Sainte-Anne	04 94 09 93 60 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	04 94 09 93 60