

Lombosciatique chez un adolescent tunisien

Mizouni H¹, Mrabet D², Babay N¹, Sahli H², Meddeb N², Sellami S², Mnif E¹

1. Service de radiologie, 2. Service de rhumatologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie

Med Trop 2011 ; 71 : 87-89

Observation

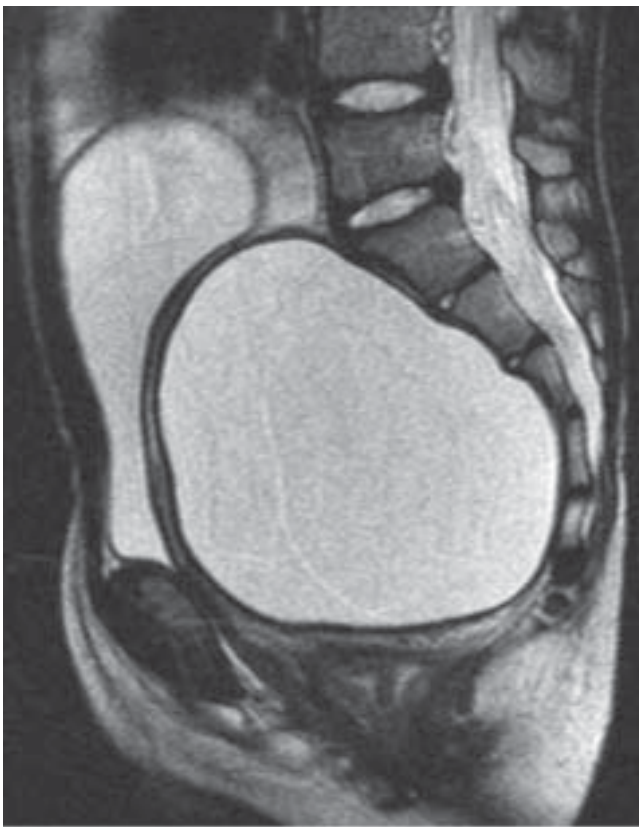


Figure 1. Coupe sagittale IRM en séquence pondérée T2.

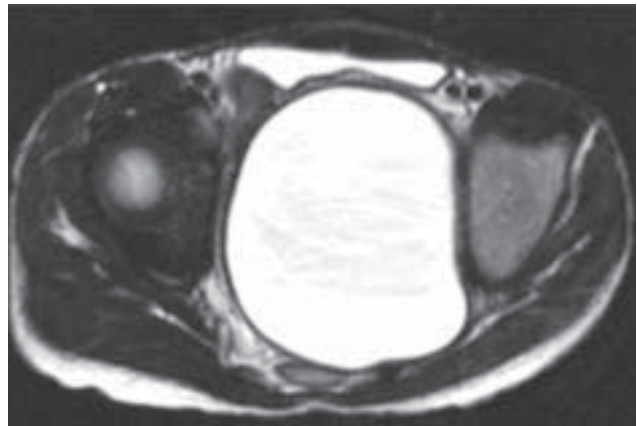


Figure 2. Coupe axiale IRM en séquence pondérée T2

Un adolescent âgé de 13 ans sans antécédent notable consultait pour une lombosciatique irradiant à la face antéro-externe de la cuisse et de la jambe jusqu'au gros orteil gauche, d'horaires mixtes évoluant depuis 8 mois sans signe associé. Le bilan biologique était normal ainsi que la radiographie du rachis lombaire et la celle du thorax. Une IRM du rachis lombo-sacré mettait en évidence une formation kystique pré-sacrée uniloculaire entourée d'une paroi propre en hyposignal T1 et T2 non rehaussée après injection de gadolinium (figures 1 et 2). Ce kyste comprimait le nerf sciatique au niveau de l'échancrure sciatique, à l'origine de la symptomatologie radiculaire.

Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : habiba_mizouni@yahoo.fr
• Article reçu le 21/03/2010, définitivement accepté le 21/06/2010

Réponse

Kyste hydatique pelvien gauche étendu à l'échancrure ischiatique

Les coupes coronales obliques dans l'axe du sacrum ne montraient pas de communication entre la masse et les trous sacrés, ce qui écartait le diagnostic de méningocèle sacré. Une échographie abdominale retrouvait la formation kystique pré-sacrée uniloculaire entourée d'une paroi propre. Le reste de la cavité abdominale était sans anomalie. Un kyste hydatique (KH) pelvien et une duplication rectale non communicante étaient alors évoqués. Le patient était adressé en chirurgie. La nature hydatique était évoquée en per opératoire sur l'aspect macroscopique du kyste et la nature «eau de roche» du liquide, puis confirmée par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire après kystectomie. L'évolution était favorable avec disparition de la lombosciatique gauche.

Discussion

La maladie hydatique est encore endémique dans plusieurs régions du monde et notamment au Maghreb. Elle est causée par la forme larvaire d'un parasite : *Echinococcus granulosus*. Elle touche essentiellement le foie et le poumon. L'hydatidose pelvienne est rare. Son incidence est comprise entre 0,2 et 0,9 % dont 80 % des cas impliquant la sphère génitale en particulier l'ovaire (1, 2). La forme secondaire est la plus fréquente, faisant suite à la fissuration d'un KH intra abdominal, à la contamination péritonéale pendant la résection chirurgicale d'un KH, à une ponction ou un traumatisme. La forme primitive semble être exceptionnelle, due à une contamination par voie hématogène, après une rupture des filtres hépatique ou pulmonaire.

Notre observation semble être une localisation primitive étant donné que la recherche d'autres localisations était négative. Il n'y a aucun symptôme spécifique d'hydatidose pelvienne. Elle peut demeurer asymptomatique pendant des années et se révéler par une compression des organes de voisinage : des signes urinaires, digestifs, gynécologiques, neurologiques ou des lombosciatalgies comme le cas de notre observation (3, 4). Sur le plan biologique, la numération formule sanguine peut montrer rarement une hyperéosinophilie surtout en cas de fissuration du KH. La sérologie de l'hydatidose n'a de valeur diagnostique que quand elle est positive, et elle est souvent négative (3-6). L'imagerie permet de guider la démarche diagnostique. L'échographie reste un examen capital permettant d'étudier la taille et la structure du kyste et de le classer selon la classification de Gharbi. Les kystes de type I et IV peuvent poser un problème de diagnostic différentiel avec les autres tumeurs kystiques pré sacrées (3, 7, 8). C'est dans de telles situations que l'imagerie en coupes, la tomographie et l'imagerie par résonance magnétique sont intéressantes pour le diagnostic étiologique en montrant des calcifications pariétales arciformes, un aspect multiloculaire de la masse ou l'absence de rehaussement du kyste après injection du produit de contraste (7, 9).

Elle permet aussi de rechercher d'autres localisations abdomino-pelviennes et permet d'étudier les rapports du kyste avec les organes de voisinage. La chirurgie reste le traitement de choix de l'hydatidose pelvienne. La kystectomie totale est le procédé idéal, mais la kystectomie partielle ou subtotale peut être réalisée pour éviter de blesser les organes de voisinage. Le traitement chirurgical peut être complété par une couverture anti-parasitaire (albendazole). De nouvelles techniques non invasives sont également décrites : la PAIR ou ponction aspiration injection ré-aspiration. Elle consiste en une ponction du KH du foie sous contrôle échographique, une aspiration immédiate du liquide hydatique (10 à 15 mL), suivie d'une injection d'un scolicide (10, 11).

Conclusion

La localisation primitive du kyste hydatique au niveau du pelvis est rare. Elle peut se révéler par des signes de compression des organes de voisinage. Il faut toujours y penser devant une masse kystique surtout en pays d'endémie. L'imagerie est utile dans la démarche diagnostique et la chirurgie constitue le traitement de choix.

Références

- Baba A, Chaieb A, Khairi H, Keskes J. Profil épidémiologique de l'hydatidose pelvienne : à propos de 15 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991; 20 : 657-60.
- Laghzaoui M, Aderdour M, Bouhya S, Zinoun N, Hermas S. Kyste hydatique tubaire : à propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31 : 390-2.
- Laghzaoui Boukaidi M, Bouhya S, Soummami A, Hermas S, Bennan O, Sefrioui O *et al.* Kystes hydatiques pelviens : à propos de huit cas. *Gynecol Obstet Fertil* 2001; 29 : 354-7.
- Ben Abdallah R, Hajri M, Aoun K, Ayed M. Kyste hydatique rétrovésical et rétropéritonéal extrarénal : étude descriptive sur 9 cas. *Prog Urol* 2000; 10 : 424-31.
- Bounaim A, Sakit F, Janati I. Un cas rare de localisation primitive du kyste hydatique dans le pelvis. *Med Trop* 2006; 66 : 279-81.
- Hafsa C, Golli M, Kriaa S, Salem R, Jerbi Omezzine S, Bourgoa S *et al.* Le kyste hydatique rétrovésical chez l'enfant : à propos de trois cas. *J Radiol* 2007; 88 : 968-71.
- Cherkaoui MM, Nassar I, Jroundi L, Dafiri R, Imami F. Kyste hydatique de la vessie. À propos d'un cas. *J Radiol* 2002; 83 : 45-6.
- Ben Rejeb C, Dhifallah S, Bibi M, Nouira M, Memmi A, Chaieb A *et al.* Kyste hydatique bilatéral des trompes : à propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001; 30 : 70-3.
- Tajdine MT, Daali M. Kyste hydatique pelvien isolé : à propos de 1 cas pédiatrique. *Arch Pediatr* 2007; 14 : 1367-8.
- Smego RA Jr, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis* 2005; 9 : 69-76.
- Nasser Moghaddam S, Abrishami A, Malekzadeh R. Percutaneous needle aspiration, injection, and reaspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19 : CD003623.

LOMBOSCIATIQUE CHEZ UN ADOLESCENT TUNISIEN: KYSTE HYDATIQUE PELVIEN

RÉSUMÉ • Nous rapportons le cas d'un adolescent âgé de 13 ans, qui a présenté une sciatique typique révélatrice d'un kyste hydatique pelvien étendu à l'échan-crure sciatique. Le diagnostic était évoqué par l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique et confirmé en per opératoire.

MOTS-CLÉS • Kyste hydatique – Pelvis- Sciatique. Tunisie

SCIATICA IN A TUNISIAN TEENAGER: PELVIC HYDATID CYST

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe the case of a 13-year-old boy presenting typical sciatica leading to the discovery of primary pelvic hydatid cyst extending to the ischiatic bone. Diagnosis was suspected based on echography and magnetic resonance imaging and confirmed by surgical explo-ration.

KEY WORDS • Hydatid cyst. Pelvis. Sciatica. Tunisia.



Enfant Peul © Rémy Michel