



TUNISIE ORTHOPÉDIQUE

Année 2017, Vol8, N° 1
pp 42-46

Accès Libre sur / Free Access on
www.sotcot.com

Kyste hydatique des parties molles de la cuisse : à propos de 19 cas et revue de la littérature.

Hydatid cyst of soft tissues of the thigh: about 19 cases and review of literature.

Chebbi W., Kedous MA., Kaaniche M., Sayed W., Abdelkafi M., Zaraa M., Haj salah M., Annabi H, Mbarek M.

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous

CORRESPONDANCE : Dr Chebbi Wael

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous

E-mail : chebbiwael@gmail.com

RESUME

Prérequis : L'atteinte hydatique des parties molles est rare. Elle représente moins de 1% de l'échinococose hydatique humaine. La symptomatologie clinique est insidieuse et peu évocatrice occasionnant un retard diagnostique fréquent. L'imagerie, notamment l'échographie, est l'examen clé du diagnostic. Le traitement est chirurgical permettant la guérison, mais avec un risque de récurrence.

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection rare à partir de l'étude de nos cas et de la revue la littérature.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant 19 cas de kystes hydatiques des parties molles de la cuisse colligés sur une période de 15 ans.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 38 ans. Le traitement a été chirurgical chez tous les patients. Une périkystectomie totale a pu être pratiquée dans 15 cas et une périkystectomie partielle dans 4 cas lorsque le kyste contractait des rapports intimes avec les axes vasculaires ou nerveux. Le recul moyen était de 41 mois. Quatre patients ont présenté une récurrence locale.

Conclusion : L'hydatidose de la cuisse est une entité rare qui doit être évoquée devant toute masse de la cuisse, surtout dans les pays d'endémie hydatique. Cette pathologie touche souvent des adultes jeunes. Son diagnostic repose sur les explorations radiologiques et notamment l'échographie. Le seul traitement curatif du kyste hydatique de la cuisse est chirurgical.

ABSTRACT

Prerequisites: hydatid cysts of soft tissue are not common. It accounts for less than 1% of human hydatid echinococcosis. Clinical symptomatology is insidious and not evocative causing a delay Diagnosis. Imaging, including ultrasound, is the Key to the diagnosis. Treatment is surgical allowing healing, but with a risk of recurrence.

Objective: To describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of this pathology after study of our cases and review of literature.

Patients and methods: This is a retrospective study of 19 cases of Hydatid cysts of the soft tissue of the thigh over 15 years.

Results: The mean age of patients was 38 years. Treatment was Surgical in all patients. A total pericystectomy could be in 15 cases and partial pericystectomy in 4 cases when there was a risk of nervous or vascular injury. The mean follow-up was 41 months. Four patients had recurrence local.

Conclusion: Thigh location of hydatid disease is a rare entity that must be think it before any mass, especially in endemic countries. This pathology often affects young adults. His diagnosis is based on radiological investigations and in particular ultrasound. The only curative treatment of the hydatid cyst of the thigh is surgical.



I. INTRODUCTION

L'échinococcose est une anthroponose cosmopolite commune à l'homme et à de nombreux mammifères. Elle est liée au développement dans l'organisme de la forme larvaire ou hydatique d'un ténia du chien appelé échinococcus, principalement l'échinococcus granulosus. La localisation au niveau des parties molles est rare et inhabituelle même dans les pays endémiques. Le kyste hydatique (KH) musculaire évolue cliniquement comme une tumeur des parties molles. L'objectif de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection rare à partir de l'étude de nos cas et de la revue la littérature.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude comporte 19 cas de KH de la cuisse traités chirurgicalement au centre hospitalo-universitaire de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous, Tunisie, sur une période de 25 ans (1987 – 2012). Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée à partir des dossiers médicaux des patients. Nous avons procédé au recueil des données épidémiologiques, anamnestiques, cliniques et paracliniques. 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 et une échographie de la cuisse opérée. Toutes les données ont été analysées avec le logiciel SPSS. Nous avons mené une revue exhaustive de la littérature par une recherche sur le moteur de recherche PubMed. Nous avons recherché les cas de KH musculaire dans la littérature anglophone et francophone; ce qui nous a permis de retrouver 33 publications sur le sujet entre 1993et 2015. Nous avons analysé les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, morphologiques et thérapeutiques de tous ces cas afin de les comparer à celles de notre série.

III. RESULTATS

L'âge moyen des patients était de 38 ans, avec des extrêmes de 17 à 66 ans. Une prédilection était notée pour le sexe féminin : 12 femmes et 7 hommes. Tous les patients

rapporlaient la notion d'élevage de moutons et de contact avec le chien qu'ils soient d'origine rurale ou urbaine.

Les régions les plus concernées étaient Jendouba (4 cas), Bizerte (3 cas), Kasserine (2 cas), Siliana, Béja, Zaghouan, Ben Arous, Ariana, Nabeul et Zarzis.

Le motif de consultation principal était une tuméfaction des parties molles augmentant progressivement de volume sans altération de l'état général. La notion de douleur était rapportée par 8 patients. La taille de la masse au moment de la consultation était de 11 cm de grand axe en moyenne avec des extrêmes variant de 4 à 18 cm. Dans 3 cas, la masse était associée à des signes inflammatoires locaux. La localisation intéressait surtout les muscles proximaux des membres inférieurs (Tableau I). L'échographie de la cuisse a été faite chez tous les patients de la série. Selon la classification de Gharbi, elle a montré un KH stade I dans 2 cas, un stade III dans 12 cas et un stade IV dans 5 cas (Fig.1).

Tableau I : Localisation des KH des parties molles de la cuisse

Localisations	Nombre de cas
Triangle de Scarpa	7
Loge antéro-externe	6
Loge des adducteurs	4
Loge postérieure	2



Fig.1 : Aspect échographique d'un KH multi-vésiculaire de la loge des adducteurs

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été faite à 9 reprises devant la localisation sous aponévrotique et la taille importante de la masse. Elle a montré l'image d'une masse bien limitée refoulant sans envahir les muscles voisins avec un aspect multi-vésiculaire dans 5 cas (Fig.2).

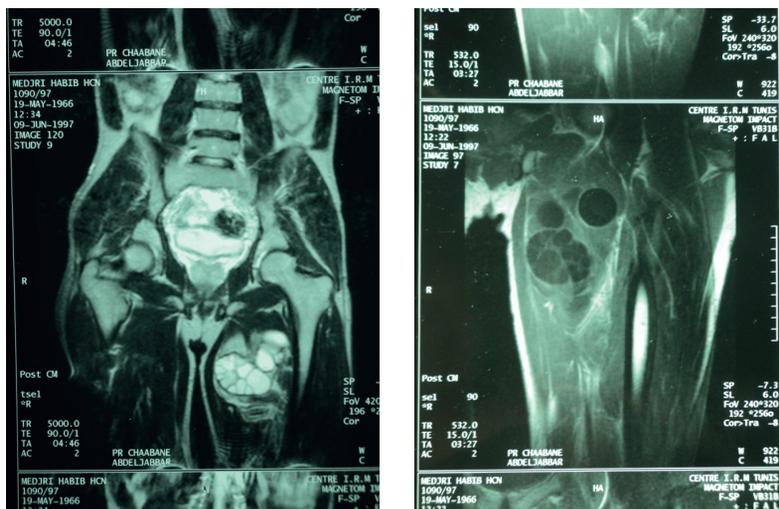


Fig.2 : Aspect d'un KH multi-vésiculaire de la loge des adducteurs à l'IRM : coupe frontale en séquence T2 (Fig.2 a), coupe sagittale en séquence T1 (Fig.2 b)



Ce bilan radiologique (échographie + IRM) a évoqué le diagnostic chez tous les patients, avec 17 cas de KH musculaire (KHM), et 2 cas de KH sous-cutané (KHSC). Ce bilan a aussi permis l'étude de l'extension locorégionale du kyste et a montré : une extension à l'os sous-jacent (aile iliaque) dans 2 cas et l'existence de KH multiples locaux « KH satellites » dans 5 cas. La sérologie hydatique faite chez 12 patients était positive dans 10 cas. Le bilan d'extension comprenant une radiographie thoracique et une échographie abdominale a révélé une localisation hydatique hépatique chez 7 patients. Le traitement a été chirurgical chez tous les patients. La voie d'abord a été dictée par le siège du kyste et n'a posé aucun problème particulier. Le geste chirurgical a consisté en : une périkystectomie totale (PKT) dans 15 cas (Fig.3, Fig.4) et une périkystectomie partielle (PKP) dans 4 cas lorsque le kyste contractait des rapports intimes avec les axes vasculaires ou nerveux. La neutralisation du champ opératoire avec du sérum hypertonique et ou de l'eau oxygénée a été systématique.

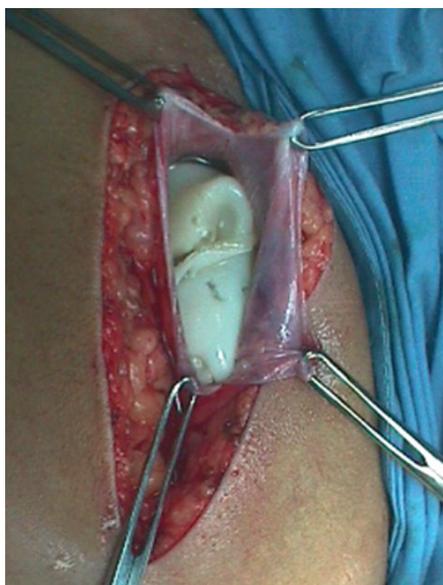


Fig.3 : Aspect per-opératoire d'un KH de la cuisse

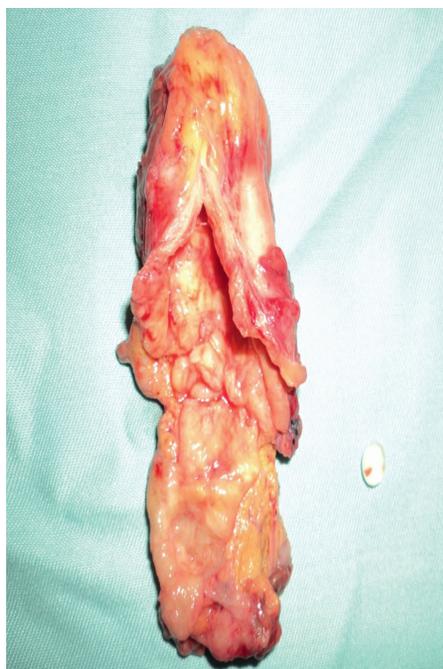


Fig.4: Pièce de résection après PKT d'un KH de la cuisse avec une vésicule exclue.

L'effraction accidentelle du kyste s'est produite dans 4 cas. Le recul moyen est de 41 mois avec des extrêmes allant de 36 à 180 mois. Tous les patients ont eu des contrôles cliniques et échographiques du site opératoire tous les trois mois pendant les 2 premières années post-opératoires. Ces contrôles ont été plus espacés pendant les années suivantes. L'évolution immédiate a été favorable chez 17 patients. Deux patients ont présenté une inflammation de la plaie opératoire qui a bien évolué sous soins locaux. L'évolution à distance a été favorable sans récurrence chez 15 patients. Quatre patients ont présenté une récurrence locale après une durée moyenne de 13 mois (Tableau II).

Tableau II : Les quatre cas de récurrence de la série

Cas de récurrence	1	2	3	4
Age	28	57	66	40
Localisation hépatique associée	Non	Oui	Oui	Non
Siège	Scarpa	Loge postérieure	Scarpa	Loge antéro-externe
Proximité vasculaire	Oui	Non	Oui	Non
Taille (cm)	18	10	12	8
Extension à l'os	Non	Non	Oui	Oui
Siège sous aponévrotique	Oui	Oui	Oui	Non
Kystes satellites	Non	Oui	Non	Oui
Surinfection du kyste	Oui	Non	Oui	Non
Type de résection	PKP	PKT	PKP	PKT
Effraction per-opératoire	Non	Non	Non	Non
Traitement médical	Non	Non	Non	Oui
Délai récurrence (mois)	6	36	4	6

IV. DISCUSSION

L'échinococcose est une maladie cosmopolite touchant aussi bien l'homme que de nombreux mammifères. Le chien est un hôte définitif dont l'infestation se fait par voie digestive et serait secondaire à la consommation de viscères parasités, notamment le foie et les poumons de l'hôte intermédiaire : le mouton. Ce dernier, constitue le principal réservoir du ténia échinococcus. Il se contamine en broutant l'herbe souillée par les déjections du chien contenant les oeufs du parasite.

L'homme n'est qu'un hôte intermédiaire accidentel, il s'infecte soit directement au contact du chien parasité soit indirectement par une ingestion d'aliments souillés. L'homme constitue une impasse épidémiologique. En Tunisie, les gouvernorats de l'Ouest (Nord et centre) demeurent les plus touchés mais toutes les zones peuvent être concernées et les zones urbaines ne sont guère à l'abri. Le KH des parties molles (KHPM) comme son nom l'indique, peut toucher tous les tissus extra-squelettiques non épithéliaux de l'organisme à l'exception du système réticulo-endothélial, et des tissus de soutien des organes et des viscères. Les KHPM ne représentent pour de nombreux auteurs que 3% des localisations de l'échinococcose^[1]. Les études à propos de l'hydatidose primitive sous-cutanée sont peu nombreuses. Notre avons recueilli 19 cas de KHPM sur 27 ans avec 17 cas de KHM et 2 cas de KHSC. Selon Rais^[2], les localisations rares du KH sont par ordre décroissant: la rate, le pancréas, la vésicule biliaire, les surrénales, le

pelvis, la vésicule séminale, le coeur, l'os, le sein, le rein, la thyroïde et en dernier lieu les parties molles. Plusieurs arguments ont été avancés pour expliquer la rareté de la localisation musculaire :

- 1) L'efficacité des barrières hépatiques et pulmonaires qui s'opposent à la migration facile de l'embryon hexacanthe dans la circulation systémique.
- 2) L'environnement musculaire peu propice à la croissance des larves hydatiques du fait de la production de l'acide lactique toxique vis-à-vis du parasite et de l'alternance de contraction / relâchement musculaire ne permettant pas une vascularisation uniforme et exerçant une compression empêchant la fixation du parasite^[3].
- 3) L'absence de tropisme particulier des souches d'échinococcose pour le muscle^[4].
- 4) Le jeune âge : Certains sites semblent plus fréquemment atteints (foie, poumon, cerveau) chez les patients jeunes, alors qu'en vieillissant, une altération des rapports hôte-parasite facilite la diffusion à tous les organes^[5].

L'échinococcose des parties molles, semble être le plus souvent primitive selon Meunier^[6]. Pour Aloui^[7], l'hydatidose musculaire primaire est rare. Par ailleurs, l'atteinte musculaire est le plus souvent isolée^[8]. Ceci n'élimine pas la possibilité de la coexistence simultanée de plusieurs localisations hydatiques. Dans notre série, 7 patients parmi les 16 ayant eu un bilan d'extension (43%), présentaient une atteinte viscérale hépatique concomitante. Mseddi^[9] rapporte en outre le cas d'une patiente avec une localisation musculaire triple : grand et petit fessiers du même côté et biceps crural de l'autre côté. Dans notre série, 5 patients présentaient des KH satellites : Il s'agit de multiples KH, généralement de petite taille, qui s'organisent autour d'un KH majeur de plus grande taille, ou en « coulée hydatique ». L'atteinte élective des muscles proximaux de la cuisse serait expliquée selon plusieurs auteurs par : le volume important de la masse musculaire, le haut débit sanguin et la faible contractilité relative de ces groupes musculaires^[10, 11]. La localisation du kyste hydatique au niveau du tissu cellulaire sous-cutané est exceptionnelle. Engin et Sözüer^[12] ont avancé la théorie d'une voie lymphatique pour expliquer les localisations atypiques et solitaires au niveau des parties molles.

Certains éléments anamnestiques sont très évocateurs de l'hydatidose : l'origine rurale, le contact avec le chien, et certaines professions exposées.

Cliniquement, le KHPM n'a pas de signes spécifiques. En effet, la symptomatologie se résume, chez la plupart des cas, à l'apparition d'une tuméfaction de taille variable augmentant progressivement de volume, de consistance souvent ferme, bien limitée et indolore chez un sujet dont l'état général reste conservé. L'échographie est l'examen de choix permettant de porter ce diagnostic^[13]. Sa fiabilité a été estimée à 95 %^[8]. L'utilisation des sondes de haute fréquence permet d'affiner l'étude échographique de la paroi du kyste en montrant trois couches successives. Dans notre série, l'échographie a évoqué le diagnostic de KHPM dans 94,7 %. Chez tous nos malades, nous avons trouvé les caractères échographiques classiques : image

d'écho-structure liquidienne, image à paroi propre avec renforcement postérieur, image cloisonnée donnant un aspect multiloculaire. L'IRM est indiquée en cas de doute, de localisation sous-aponévrotique ou lorsque la taille de la masse dépasse les 5 centimètres. L'image du kyste à l'IRM paraît sous forme d'une lésion multivésiculaire avec ou sans hyposignal périphérique sur les séquences pondérées T1 et T2. Il y a souvent un rehaussement pariétal après injection de gadolinium^[14]. Parmi les 12 sérologies hydatiques faites dans notre série, 10 étaient positives. Cependant, Lamine^[8] rapporte 80 % de faux négatifs. Dans la localisation des parties molles, la sérologie hydatique n'a de valeur que lorsqu'elle est positive^[12]. Elle demeure le plus souvent négative^[15]. Toutefois, elle garde un intérêt dans la surveillance du traitement^[12]. Selon Gabel^[16], la ponction exploratrice est dangereuse en raison du risque d'ensemencement et de choc anaphylactique qu'elle peut entraîner en cas de dissémination du liquide hydatique dans les tissus de voisinage. Le taux de surinfection préopératoire dans notre série (2 cas sur 19 : 10,52%) est grossièrement comparable aux taux des autres séries. Il est en de même pour la fistulisation. Le seul traitement curatif du KH de la cuisse est chirurgical. Le traitement médical à base d'albendazole est destiné aux malades inopérables ou en cas de récurrence massive en complément de la chirurgie. Le traitement du kyste hydatique musculaire doit répondre à cinq impératifs : détruire le parasite, évacuer le kyste, exciser la membrane prolifère, traiter la cavité résiduelle et éviter l'iatrogénie. Le geste radical est représenté par la PKT. Cependant les adhérences aux éléments vasculo-nerveux peuvent rendre difficile voire même dangereuse cette exérèse complète^[17]. Dans ces cas, il faut alors se limiter à une PKP, laissant une calotte de périkyste 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. Dans notre série, la PKT a pu être réalisée chez 14 malades soit 73,6% des cas. Les adhérences aux éléments vasculo-nerveux et l'extension à l'os adjacent nous ont imposé de pratiquer une la PKP chez 4 patients. Le taux de récurrence dans la plupart des séries de la littérature varie de 4,3 à 11,1%^[18]. Cependant, Ben Dali^[19] rapporte des taux de récurrence plus élevés qui arrivent à 30%. Dans notre série, le taux de récurrence est de 21% (4 cas sur 19).

Les éléments pourvoyeurs de récurrence dans notre série sont :

- L'extension osseuse de l'hydatidose : 2 cas de récurrence parmi 2.
- L'existence de KH satellites : 2 cas de récurrence parmi 5.
- La PKP : 2 cas de récurrence parmi 4.

Ni la taille du kyste et ni l'effraction per-opératoire du kyste ne semblent augmenter le risque de récurrence. Dans notre série, parmi les 4 cas d'effraction peropératoire du kyste, aucune récurrence n'a été notée. Vu son caractère récidivant, l'hydatidose nécessite une surveillance au long cours. Cette surveillance est clinique, échographique et immunologique.



L'OMS recommande un minimum de 12 mois de recul pour une évaluation objective^[20].

V. CONCLUSION

L'hydatidose de la cuisse est une entité rare qui doit être évoquée devant toute masse de la cuisse surtout dans les pays d'endémie hydatique. Cette pathologie touche souvent des adultes jeunes. Son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques et échographiques. Le seul traitement curatif du KH de la cuisse est chirurgical. Le pronostic est souvent bon. Il dépend de son siège, de l'importance de sa dissémination et d'un éventuel envahissement osseux.

VI. REFERENCES

- 1) Amar MF, Chbani B, Lahrach K, Marzouki A, Boutayeb F. Kyste hydatique de la cuisse révélé par une cruralgie. *Journal de traumatologie du sport* 2010 ; 27 :146-8.
- 2) Rais H, Jghaimi F, Bassi L et al. .Kyste hydatique du cuir chevelu. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2012 :1-3.
- 3) Saad H, Hamdi A, Gargouri R et al. Le kyste hydatique du muscle psoas : A propos de 3 cas. *Ann Chir* 1990 ; 44 : 299-301.
- 4) Bonitacino A, Carino R, Caratozzolo M : L'échographie dans l'hydatidose. *Symposium international sur l'hydatidologie. Med Chir Dig* 1989 ; 18 : 301-12.
- 5) Khiari A, Fabre JM, Mzali R, Domergue J, Beyrouti MI : Les localisations inhabituelles du kyste hydatique. *Ann Gastro Enterol Hepatol* 1995 ; 31 : 295-305.
- 6) Meunier Y, Danis M, Nozais JP, Gentilini M. Hydatidose musculaire à propos de deux cas. *Sem Hop* 1983 ; 59 : 2785-6.
- 7) Aloui I., Hamdi M.F., Allagui M, Abid A. Primary hydatid cyst of the biceps femoris: A case report. *Case Reports* 2011; Vol 1 : N° 1.
- 8) Lamine A, Fikry T, Zaryouil B. L'hydatidose primitive des muscles périphériques : à propos de 7 cas. *Acta Orthop Belg* 1993 ; 59 : 184-7.
- 9) Mseddi M, Mtaoumi M, Dahmene J et al. Kyste hydatique musculaire : à propos de 11 cas. *Revue de chirurgie orthopédique* 2005 ; 91 :267-71.
- 10) Basarir K, Saglik Y, Yildiz Y, Yetis T, Cebesoy O. Primary muscular hydatidosis mimicking soft tissue tumour: a report of five cases. *Journal of Orthopaedic Surgery* 2008; 16:368-72.
- 11) Alouini Mekki R, Mhiri M, Allani M, Bahri M, Arifa N, Jemni Gharbi H, Kochtali H, Tlili Graïess K. Kyste hydatique des tissus mous : apport de l'IRM. *J Radiol* 2005 ; 86 :421-5.
- 12) Daouadi A, Shimi M, Lahrach K et al. Echinococcose isolée du muscle flexor digitorum profundus : à propos d'un cas. *Chirurgie de la main* 2009; 28:175-9.
- 13) Hammami T, Noomane F, ketata M et al. Kyste hydatique musculaire de la cuisse : à propos de trois observations. *Revue de chirurgie orthopédique* 2002 ; 88 :193-6.
- 14) Alexiadis G, Lambropoulou M, Deftereos S, Papadopoulos N, Manavis J. Primary muscular hydatitosis: US, CT and MR findings. *Acta Radiol* 2002; 43, 428-30.
- 15) Vandenbos F, Roth S, Cambas P, Diebolt E, Gary-Toussain M, Montagne N. Lésion kystique pseudotumorale de la cuisse à echinococcus granulosis. *Presse Med* 2000; 29: 838.
- 16) Gabel G, Henze J, Jnnginger W, Muller G. Anaphylactic shock during extirpation of an echinococcus granulosis cyst of the thigh. *Anesthesist* 1987; 36: 659.
- 17) Bourée P. Hydatidosis: dynamics of transmission. *World J Surg* 2001; 25: 4-9.
- 18) Bedioui H, Nouira K, Daghfous A et al. Kyste hydatique primitif du psoas : 9 cas tunisiens et revue de la littérature. *Med Trop* 2008 ; 68 : 261-6.
- 19) Bendali V, Haddad N, Chebil M, Kanoun ML, Khorbi A, Hachem AH. Hydatidose des parties molles : A propos de 13 cas. *Maghreb Méd* 2001; 356 :114-7.
- 20) Spay G, Piens MA, Keutchayan JL. Précautions opératoires et propositions d'un protocole de surveillance post- opératoires dans l'hydatidose hépatique. *Chirurgie* 1989; 115: 558-64.

