

Cas clinique : Kyste hydatique orbitaire révélé par une exophtalmie Case report: Orbital hydatid cyst revealed by exophthalmos

S. Belaaroussi, K.Housni, C.Baqadir, L. Elmaaloum, B. Allali, A. Elkettani

Service d'Ophthalmologie pédiatrique - Hôpital 20 Aout 1953 – CHU Ibn Rochd Casablanca.

Résumé:

L'hydatidose orbitaire est une entité clinique rare, qui touche le plus souvent l'enfant et l'adulte jeune vivant en milieu rural. Il est secondaire au développement au niveau de l'orbite du taenia *Echinococcus granulosus*. Cette localisation aberrante de l'hydatidose est grave par ses conséquences surtout d'ordre fonctionnel, d'où l'intérêt de la prévention. Le Maroc est un pays d'endémie où l'hydatidose sévit encore et constitue une cause non exceptionnelle d'exophtalmie. Nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 43 ans, chez qui une exophtalmie unilatérale évolutive avait révélé un kyste hydatique orbitaire.

Mots clefs: kyste hydatique, exophtalmie, localisation orbitaire.

Abstract:

Orbital hydatidosis is a rare clinical entity, which most often affects children and young adults living in rural areas. It is secondary to development in the orbit of the taenia *Echinococcus granulosus*. This aberrant localization of hydatidosis is serious because of its consequences, especially of a functional nature, hence the importance of prevention. Morocco is an endemic country where hydatidosis is still rife and is a non-exceptional cause of exophthalmos. We report the case of a 43 years old young patient in whom an active unilateral exophthalmos revealed an orbital hydatid cyst.

Keywords: Hydatid cyst, exophthalmos, orbital localization.

Date of Submission: 07-01-2021

Date of Acceptance: 23-01-2021

I. Introduction

Le kyste hydatique (KH) ou l'hydatidose est une affection endémique touchant particulièrement le bassin méditerranéen, l'Afrique de l'Est, le Moyen-Orient, principalement dans les pays méditerranéens et moins répandue dans les pays développés [1]. Il s'agit d'une affection parasitaire due à l'*Echinococcus granulosus* dont les hôtes représentent le mouton et le chien [2,3].

Dans le cycle parasitaire, l'homme n'est qu'un hôte intermédiaire accidenté. Les hôtes intermédiaires s'infectent par l'ingestion des œufs du parasite. Dans l'organisme de l'hôte intermédiaire, les œufs éclosent et libèrent des embryons minuscules munis de crochets qui traversent la paroi du tube digestif et voyagent dans la circulation sanguine.

L'atteinte est ubiquiste pouvant se développer ainsi dans toutes les régions de l'organisme, essentiellement au niveau du foie (75%) et des poumons (15%). La localisation intra-orbitaire est rare et représente 1 à 2% de l'ensemble des localisations [2]. La clinique est dominée par l'exophtalmie qui représente le maître symptôme. L'anamnèse et l'imagerie peuvent conduire au diagnostic mais le diagnostic de certitude reste anatomopathologique. L'ablation chirurgicale du kyste constitue le traitement de choix. Nous rapportons un cas d'une localisation unique intra-orbitaire d'un kyste hydatique.

II. Observation clinique

Nous rapportons le cas d'une jeune femme âgée de 43 ans, résidente en milieu rural, sans antécédents pathologiques particuliers, admise à la consultation ophtalmologique pour une exophtalmie unilatérale indolore de l'œil gauche évoluant progressivement depuis 2 mois.

L'interrogatoire révèle une notion de contact constante avec les chiens. L'examen clinique retrouve une patiente de bon état général qui présente une exophtalmie non axiale ; irréductible ; indolore ; non pulsatile et sans signe inflammatoire en regard de l'œil gauche avec une ophtalmoplégie complète associée à une baisse de l'acuité visuelle chiffrée à compte les doigts de loin. Le fond d'œil a objectivé un œdème papillaire grade III. L'examen de l'œil adelphe ainsi que le reste de l'examen clinique a été sans particularité (**Figure 1**).



Figure 1 : Exophtalmie non axiale de l'œil gauche

La patiente a bénéficié d'un bilan radiologique révélant la présence d'une formation liquidienne à paroi fine de 29x20x17mm située au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite gauche refoulant globe oculaire en dehors, très en faveur d'un kyste parasitaire (**Figure 2, 3**).

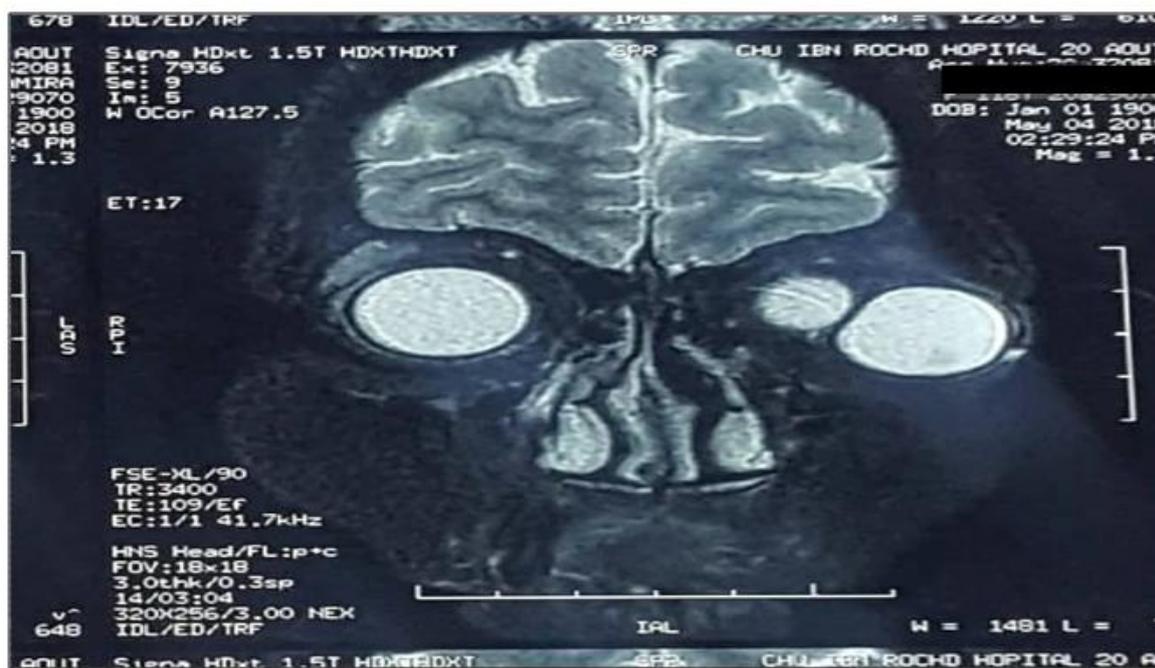


Figure 2 : Cliché d'une IRM crânio-orbitaire en coupe frontale montrant une formation kystique intra conique gauche, au niveau de l'angle supéro-interne, bien limitée, en hypersignal T2

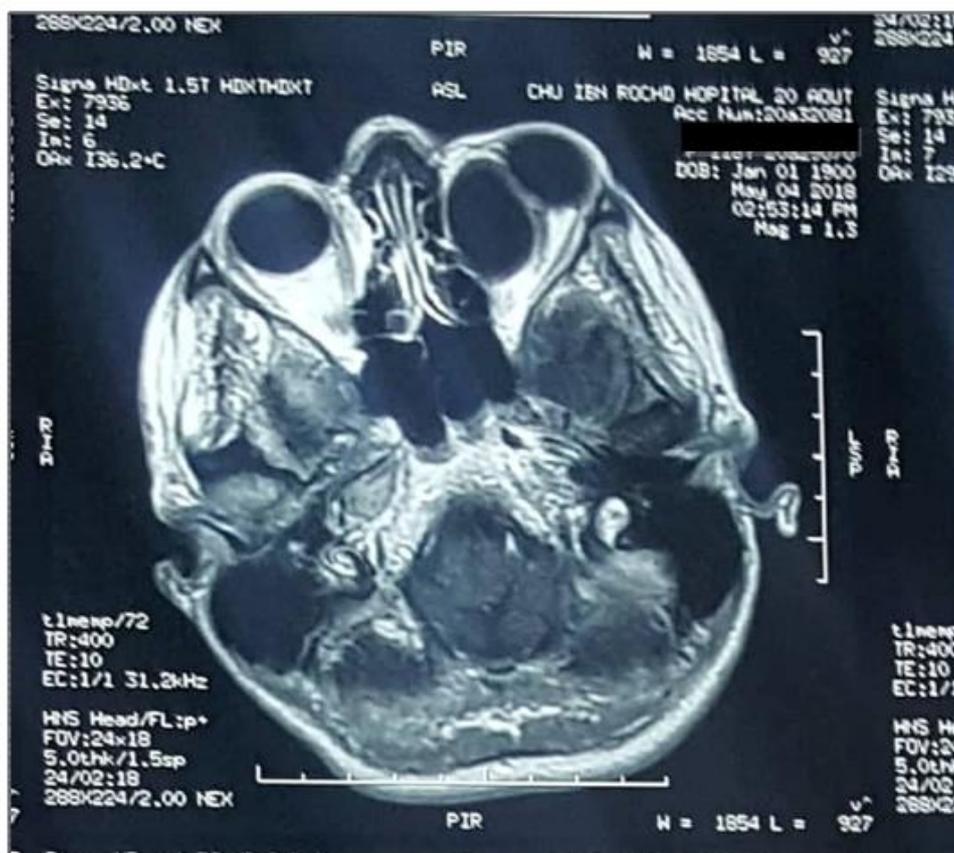


Figure 3 : Cliché d'une IRM crânio-orbitaire en coupe transversale montrant une formation grossièrement ovale intra conique gauche, au niveau de l'angle supéro-interne, bien limitée, en hyposignal T1.

La sérologie hydatique ainsi que le reste du bilan biologique de routine ont été négatifs. La radiographie thoracique et l'échographie abdominale n'ont pas révélé d'autre localisation.

La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec accouchement du kyste (sans le rompre) après une orbitotomie antérieure (paracanthale interne) (**Figure 4, 5**)



Figure 4 : Image en per-opératoire illustrant le site de l'abord chirurgical



Figure 5 : Image en per-opératoire illustrant l'accouchement du kyste hydatique

L'examen histopathologique a confirmé le diagnostic du kyste hydatique. Les suites opératoires étaient simples avec une régression de l'exophtalmie, bonne motilité oculaire et une acuité visuelle non améliorée à compte les doigts de loin avec une pâleur papillaire au fond d'œil. (**Figure 6, 7**).



Figure 6: Image à J7 du post-opératoire.

III. Discussion

L'hydatidose de l'orbite est plus fréquente chez les jeunes adultes et les enfants [4]. L'hydatidose peut impliquer presque tous les organes ou tissus via les circulations portales et systémiques chez l'homme. L'atteinte est essentiellement hépatique (60% à 70%), pulmonaire (20%), suivis du système nerveux central [1]. L'orbite est un lieu d'infestation rare par les échinocoques même dans les zones très endémiques et représente moins de 1% de l'ensemble des atteintes [3,5]. Les autres atteintes systémiques sont rares en cas de kyste hydatique orbitaire.

L'atteinte orbitaire est généralement uniloculaire, sans dominance droite ou gauche [3,1]. Les kystes sont généralement situés dans la région rétrobulbaire et peuvent être extraconique ou, comme dans notre cas, intraconique. Le siège de prédilection intra-orbitaire est surtout l'angle supéro-interne (55 %) [3].

L'exophtalmie unilatérale est la découverte clinique la plus courante dans les cas de kyste hydatique intra-orbitaire [3]. Toute exophtalmie indolore et d'installation progressive doit faire suspecter fortement un kyste hydatique orbitaire en zone endémique. Elle est non pulsatile, non soufflante, rarement axile, souvent indolore et d'installation brutale. Elle peut s'accompagner d'une perte de l'acuité visuelle, des douleurs périorbitaires ou d'un œdème palpébral.

La clinique est aussi marquée par des anomalies du fond d'œil à type d'hyperhémie papillaire, une atrophie optique, des plis et/ou un décollement rétinien [6]. Bien que les tests sérologiques soient utilisés pour diagnostiquer le kyste hydatique, ils sont généralement négatifs en cas d'atteinte orbitaire, comme dans notre cas. L'imagerie (l'échographie; la tomодensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM)) est essentielle pour poser le diagnostic positif, le diagnostic définitif sera confirmé par l'examen histologique, mais il faut noter l'aspect macroscopique en per-opératoire qui est très évocateur.

L'ablation chirurgicale représente le traitement de choix du kyste hydatique orbitaire. Elle doit se faire avec une large voie d'abord et de manière délicate afin d'éviter une effraction capsulaire et la propagation de la maladie parasitaire [7].

Le kyste hydatique est de bon pronostic. L'évolution est fonction du délai de prise en charge et se fait de façon générale par la disparition progressive des signes fonctionnels.

IV. Conclusion

La localisation hydatique intra-orbitaire est rare et ne représente que 1 à 2% par rapport aux autres localisations. Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec les autres processus intra-orbitaires. L'exophtalmie est au premier plan de la symptomatologie. Le diagnostic est facile devant un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques et radiologiques. Le traitement approprié d'un kyste hydatique orbitaire est l'ablation chirurgicale.

Références

- [1]. Ergün R, Ökten AI, Yüksel M, Gül B, Evliyaoglu Ç, Ergünç F et al. Orbital hydatid cysts: Report of four cases. *Neurosurg Rev.* 1997;20(1):33-37.
- [2]. Turgut AT, Turgut M, Kosar U. Hydatidosis of the orbit in Turkey : results from review of the literature 1963-200 *Int Ophthalmol.* 2004;25(4):193-200.
- [3]. Öztekin PS, Yılmaz BK, Gokharman FD, Kosar PN. Primary orbital hydatid cyst: computed tomography and magnetic resonance imaging findings. *Singapore Med J.* 2014;55(11):e184-e186.
- [4]. Gomez Morales A, Croxatto JO, Crovetto L, Ebner R. Hydatid cysts of the orbit: a review of 35 cases. *Ophthalmology.* 1988;95(8):1027-1032
- [5]. Ciurea AV, Giuseppe G, Machinis TG, Coman TC, Fountas KN. Orbital hydatid cyst in childhood: a report of two cases. *Southern Medical Journal.* 2006;99:6
- [6]. Kahveci R, Sanli A, Güter B, Sekerci Z. Orbital hydatid cyst. *J Neurosurg Pediatr.* 2012 Jan;9(1):42-4.
- [7]. Carrea R, Dowling E, Guevara JA. Surgical treatment of hydatid cysts of the central nervous system in the pediatric age (Dowling's technique). *Childs Brain.* 1975;1(1):4-21.