

## Kyste Hydatique Des Parties Molles (À propos de 08 cas)

### HYDATIC CYST OF SOFT PARTS (About 08 cases)

Ould Moctar Nech Moctar<sup>&</sup>, Smail Abdouli, Abid Hatim Mohamed El Idrissi,  
Abdelhalim El Ibrahim, Abdelmajid Elmrini

Service de Chirurgie Ostéo-articulaire B4, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Auteur correspondant : Ould Moctar Nech Moctar, Service de Chirurgie Ostéo-articulaire B4, CHU Hassan II,  
Fès, Maroc

#### Résumé

A travers ce travail, nous présentons une étude rétrospective d'une série de 08 cas de kyste hydatique au niveau des parties molles observés au sein du service de traumatologie orthopédie 2 au CHU Hassan II étalée sur une période de cinq ans.

Mots clés : Echinococcose - Kyste hydatique - Partie molles - Diagnostic et traitement

#### Abstract

Through this work, we present a retrospective study of a series of 08 cases of hydatid cyst in the soft tissues observed in the orthopedic traumatology department 2 at the CHU Hassan II over a period of five years.

Date of Submission: 17-01-2021

Date of Acceptance: 02-02-2021

### I. Introduction :

Le kyste hydatique est une infestation parasitaire cosmopolite atteignant l'homme et quelques mammifères, liée au développement dans l'organisme de la forme larvaire ou hydatique d'un tenia du chien appelé *Echinococcus granulosus*. Elle constitue un problème de la santé publique au Maroc et dans les zones d'élevage des pays en voie de développement.[1,2].

La localisation musculaire est rare et inhabituelle même dans les pays endémiques et le plus souvent isolée.

Le parasite n'évolue que sous forme larvaire et se localise préférentiellement dans le tissu hépatique (60 %), plus rarement pulmonaire (30%). La localisation aux parties molles reste rare même dans les pays endémiques où sa fréquence est estimée à moins de 3 % [3,4].

L'échographie des parties molles constitue l'examen de première intention, le scanner précise la topographie des lésions, leurs rapports avec les structures vasculaires et osseuses et évalue leurs densités [5], [6]. L'IRM ne trouve son indication que dans les cas douteux.

Le bilan biologique repose essentiellement sur les examens sérologiques utilisant différentes techniques immunologiques, une sérologie négative ne permet pas cependant d'exclure le diagnostic de l'hydatidose.

La chirurgie est le traitement le plus efficace pour le kyste hydatique des parties molles, avec une morbidité importante du traitement chirurgical conservateur qui doit être soulignée. Ces dernières années ont été marquée par le développement de radiologie interventionnelle par voie percutanée comme la ponction-aspiration-injection et ré-aspiration (PAIR), et le drainage percutané sans réaspiration, qui ont permis d'améliorer la mortalité et la morbidité des kystes hydatiques. Un traitement médicamenteux complémentaire peut être nécessaire pour réaliser un traitement curatif complet et éviter les réinfestations [7, 8,9].

La prophylaxie est un véritable traitement qui doit agir à tous les niveaux de la chaîne épidémiologique [10].

### II. Méthodes

Nous avons colligé en 5 ans une série de 08 cas de kyste hydatique des parties molles opérés au service de traumatologie B4 du CHU Hassan II.

Nous avons inclus : les patients adultes pris en charge dans le service au cours de la période d'étude, les tumeurs siégeant sur les parties molles des membres, la Preuve histologique obligatoire. Les dossiers médicaux exploitables.

A travers ce travail on va, d'une part, rappeler les données épidémiologiques et cliniques de cette pathologie, les différents aspects radiologiques. D'autre part, on va étudier les différentes modalités thérapeutiques et leurs résultats. Les résultats de notre étude seront comparés avec les données de la littérature.

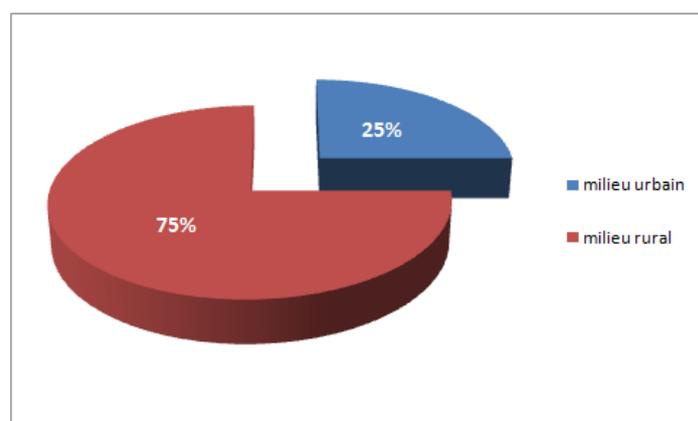
### III. Résultats

L'analyse des observations ainsi que les fiches d'exploitation établies nous a permis de relever les données suivantes :

L'âge moyen de nos patients était de 39,25 ans, avec des extrêmes d'âge de 21 ans et 64 ans.

Notre série comprend une nette prédominance féminine : 6 femmes soit 75% des patients versus 2 hommes seulement

Dans notre série on note la grande prédominance des patients originaires du milieu rural avec un taux de 75% (dont 4 originaire de Taounat) tandis que ceux provenant du milieu urbain ne présentent que 25% (figure 1).



**Figure 1 :** répartition des patients selon l'origine géographique.

La localisation au niveau du membre inférieur était dominante avec un taux de 87,5 % plus particulièrement au niveau de la loge des adducteurs (50%).

75% de nos patients ont la notion de contact avec les chiens, un seul malade ayant un ATCD de KH opéré qui a récidivé après 3 ans au niveau de la même région. Par ailleurs, certains d'entre eux présentent des ATCD non spécifiques

Le motif de consultation le plus fréquent qui a poussé tous nos patients à consulter est l'apparition d'une tuméfaction des parties molles d'évolution lente ; cette latence est estimée à 24,4 mois avec des extrêmes entre 3 mois et 5 ans ; suivi de la douleur chez deux malades et gêne fonctionnel chez un seul patient.

Signes généraux :

Tous les patients de notre série étaient apyrétiques, stables sur le plan hémodynamique et respiratoire avec un état général conservé.

L'examen clinique :

- L'examen de l'appareil locomoteur objectivait chez tous nos patients la présence d'une tuméfaction sans signes inflammatoires en regard avec des aires ganglionnaires libres.

- L'examen vasculo-nerveux était sans particularité chez tous les patients

Sur le plan biologique une hyperéosinophilie a été retrouvée chez 2 malades seulement, estimée à 4,5% (390 éléments/mm<sup>3</sup>) pour le premier et à 5,2 % soit 475 éléments/mm<sup>3</sup> pour le deuxième. Un bilan inflammatoire à base de VS et CPR est fait chez la plupart de nos patients montrant une VS à 22mm à H1 chez une seule patiente et sans hyperleucocytose.

La recherche des scolex n'a pas été faite sur les pièces opératoires pour nos patients.

Le test d'hémagglutination indirecte est fait chez 87,5% de nos patients est revenu négatif.

IFI est réalisée chez une seule patiente de notre série et revenue négative.

La sérologie hydatique (ELISA) revenue négative chez nos malades.

Dans notre série tous les malades ont bénéficié d'une échographie des PM montrant un KH stade III de la classification de GHARBI chez 87,5% des malades et stade I chez un seul patient.

Une IRM a été faite chez tous nos patients permettant de préciser le nombre, la taille, la topographie et les rapports avec les pédicules vasculo-nerveux.



Figure 2 : IRM des parties molles, aspect évocateur d'un kyste intramusculaire.

L'échographie abdominale et radiographie thoracique est revenues sans particularité chez tous les patients. Dans notre série tous les patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale sans effraction de la coque, sauf chez un seul malade où le kyste a été rompu.



Figure 3 : aspect du kyste après incision du plan aponévrotique et aspect du kyste après ablation du péri-kyste.

Deux patients ont nécessité un complément par le traitement médical, la première opérée pour récurrence et la deuxième après rupture du kyste.

L'aspect macroscopique de l'hydatidose est souvent typique à l'ouverture de la pièce opératoire montrant de nombreuses vésicules et fausses membranes, ce qui confirme l'étude histologique.

Le recul moyen dans notre série est de 27,5 mois avec un minimum de 12 mois et un maximum de 5 ans.

Tous nos patients opérés avaient des suites post opératoires simples et ils n'ont présenté aucune complication notable et aucun de nos malades n'a présenté de récurrence jusqu'à présent.

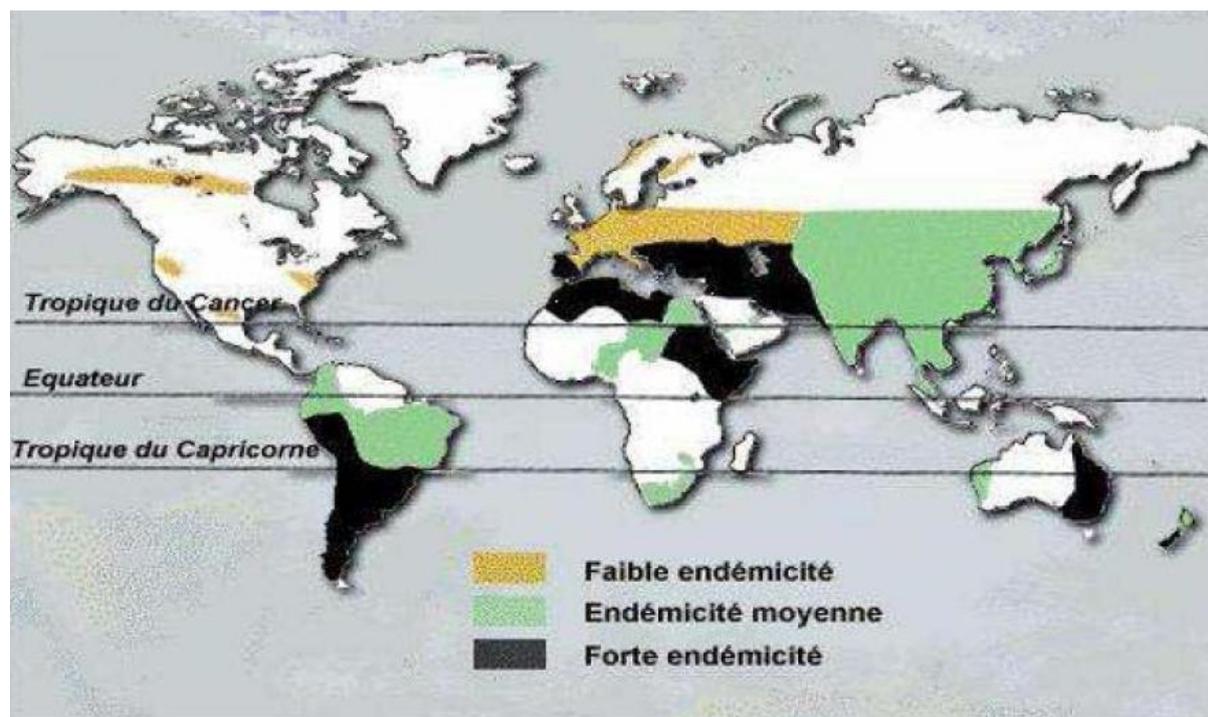
#### IV. Discussion

L'hydatidose est un problème de santé publique dans les zones d'endémie représentées par tous les pays d'élevage du mouton et en particulier, les pays du pourtour méditerranéen, notamment le Maroc [10].

L'Echinococcus granulosus, agent responsable de l'hydatidose est un des petits taenias [11], quatre espèces sont à retenir en ce qui concerne la pathologie animale et humaine: E.granulosus, responsable de l'hydatidose et présent sur tous les continents et a une répartition géographique cosmopolite, E.multicularis agent de l'échinococcose alvéolaire qui circule dans les vastes régions hémisphère nord; E. Vogeli et E. oligarthus, responsables d'échinococcoses polykystiques, sévissant en Amérique latine du Nicaragua à l'Argentine.

Dans les pays musulmans, la fête du mouton ou "AID EL KEBIR" est l'occasion de très nombreux abattages à domicile avec les chiens toujours à l'affût de viande rejetée comme impropre à la consommation et c'est donc un important facteur de contamination.

Les cas déclarés étant ceux des patients opérés, la prévalence globale est donc sous-estimée, une grande partie des populations rurales des pays d'endémie n'ayant pas d'accès aux soins [12, 13].



**Figure 4** : répartition géographique des zones d'endémie de l'hydatidose [10].

L'hydatidose humaine constitue de plus en plus un problème de santé publique au Maroc, où l'élevage est encore traditionnel [14], avec une prévalence nationale moyenne de 7,76% pour 100 000 habitants [15].

Pour des considérations d'ordre épidémiologique, le milieu social représente un facteur important à analyser. Nous constatons qu'il y a une prédominance de la maladie chez les patients issus du milieu rural avec un pourcentage de 62,52% contre 37,48% des cas issus du milieu urbain [16]. Ce qui est d'ailleurs le cas de nos patientes, 75 % issues du milieu rural. Ceci s'explique aisément par le contact étroit avec les chiens et les moutons, par les mauvaises conditions d'hygiène, ainsi que par le bas niveau d'information et d'éducation des populations issues de ce milieu.

L'hydatidose est une pathologie qui peut concerner toutes les tranches d'âge sans prédilection [26], toutefois, suite à une étude épidémiologique rétrospective menée au Maroc sur une période de 2 ans (2011-2012), on conclut que la moyenne d'âge des sujets atteints de kyste hydatique (indépendamment de sa localisation anatomique) est de 33,88 ans  $\pm$  17,69 ans

L'hydatidose est une pathologie qui peut concerner toutes les tranches d'âge sans prédilection [17], toutefois, suite à une étude épidémiologique rétrospective menée au Maroc sur une période de 2 ans (2011-2012), on conclut que la moyenne d'âge des sujets atteints de kyste hydatique (indépendamment de sa localisation anatomique) est de 33,88 ans  $\pm$  17,69 ans

La répartition des cas d'hydatidose par sexe montre une nette prédominance féminine avec 61,50% et un sexe – ratio H/F égal à 0,62. Ce qui le cas pour notre étude, à noter que 75% des patients sont de sexe féminin.

Le siège de prédilection a été au niveau des muscles de la cuisse 7 fois sur 8 (87,5 %), dont 4 au niveau de la loge des adducteurs de la cuisse (50%).

La symptomatologie clinique est aspécifique, représenté dans la majorité des cas par une tuméfaction musculaire indolore fixe par rapport au plan profond d'allure non inflammatoire augmentant progressivement de volume, et évoluant lentement dans un contexte de conservation de l'état général. Cette latence était estimée à 24,4 mois dans notre série.

L'imagerie est essentielle dans le diagnostic positif de l'hydatidose musculaire, l'échographie est l'examen de première intention pour poser le diagnostic, l'IRM permet de mieux préciser le siège du kyste et ses rapports.

Tous nos patients ont bénéficié d'une perikystectomie totale sans recours au traitement médical, avec une bonne évolution.

La prophylaxie représente le meilleur moyen de lutte contre cette parasitose dans les zones d'endémie.

## V. Conclusion

Au cours de ce travail, nous avons essayé de dégager quelques particularités concernant une localisation exceptionnelle du kyste hydatique.

Sur le plan épidémiologique, l'hydatidose est un problème de santé publique dans les zones d'endémie représentées par tous les pays d'élevage où le contact chiens-moutons est constant, en particulier le pourtour méditerranéen, notamment le Maroc. L'hydatidose sévit dans presque toutes les régions rurales du pays.

Sur le plan clinique, la symptomatologie de l'hydatidose des tissus mous n'est pas spécifique et pose souvent une confusion diagnostique avec la pathologie tumorale et souvent insidieuse après une longue évolution, ce qui explique la très grande latence. Il s'agit généralement d'une tumeur des parties molles, à l'évolution très lente.

Les kystes hydatiques peuvent se localiser dans toutes les parties de l'organisme, la localisation hépatique est la plus fréquente suivie de la localisation pulmonaire, la rareté de la localisation musculaire peut s'expliquer par le passage du parasite par deux filtres (hépatique puis pulmonaire) avant d'atteindre la grande circulation. Le muscle constitue un environnement peu propice au développement de la larve hydatique à cause de la contractilité musculaire d'une part et de l'élaboration de lactate d'autre part.

La rupture d'un kyste peut entraîner des manifestations cliniques d'hypersensibilité telles que la fièvre, mais aussi de véritables chocs anaphylactiques.

L'échographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique représentent un apport considérable pour le diagnostic positif précoce et fournissent un bilan radiologique essentiel avant toute intervention chirurgicale. L'imagerie fait évoquer le diagnostic lors d'examen systématiques, établit avec précision la localisation, la taille, ainsi que le nombre des kystes et fait partie de la surveillance post-thérapeutique.

Les examens biologiques, les sérologies apportent des outils importants de diagnostic et de suivi de l'hydatidose, il se base sur la recherche d'anticorps spécifiques par des techniques quantitatives (immunofluorescence indirecte, hémagglutination, ELISA) et qualitative (immunoélectrophorèse ou Western Blot). Un résultat négatif ne permet jamais d'exclure une hydatidose. Une hyperéosinophilie peut apparaître lors d'une fissuration de la paroi kystique. Une hyperleucocytose témoigne d'une surinfection bactérienne du kyste.

Toutefois le traitement de l'hydatidose musculaire reste encore chirurgical. La périkystéctomie totale est le traitement le plus efficace, avec une morbidité importante du traitement chirurgical conservateur qui doit être soulignée. Ces dernières années ont été marquées par le développement de radiologie interventionnelle par voie percutanée comme la ponction aspiration- injection et ré-aspiration (PAIR), et le drainage percutané sans ré-aspiration, qui ont permis d'améliorer la mortalité et la morbidité des kystes hydatiques. Les résultats sont encourageants, cependant les indications, les méthodes d'utilisation ainsi que les critères et les délais d'évaluation nécessitent une meilleure définition sur des séries plus larges. Un traitement médicamenteux complémentaire est nécessaire pour réaliser un traitement curatif complet et éviter les réinfestations.

Actuellement, il est difficile de considérer comme définitive une guérison en matière d'échinococcose. La surveillance de ces patients à long terme est importante du fait de la fréquence des récurrences particulièrement dans les localisations d'accès difficile. Elle est basée sur l'examen clinique et surtout sur des critères radiologiques et immunologiques. Cependant, même si les thérapeutiques aboutissent à de bons résultats, la véritable solution à l'éradication de la maladie hydatique reste la prévention. Elle passe avant tout par l'information et l'éducation des populations concernées, par l'abattage des chiens errants et le contrôle strict dans les abattoirs, pour couper le cycle de l'échinococcose.

L'éradication de la maladie hydatique est tributaire d'une prophylaxie bien conduite et bien organisée.

## Bibliographie :

- [1]. S. Bellil Epidémiologie des kystes hydatiques extra pulmonaires : 265 cas en Tunisie, 2009
- [2]. H GHANNANE Kyste hydatique chez l'enfant (6cas), 2009.
- [3]. Memis A, Arkun R, Bilgen I, Ustun EE. Primary soft tissue hydatid disease: report of two cases with MRI characteristics. Eur Radiol 1999;9:1101-3.
- [4]. Garcia-Diez AI, Ros Mendosa LH, Villa-campa VM, Cosar M, Fuertes MI. MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. Eur Radiol 2000;10:462-6.
- [5]. Fikry T, Harfaoui A, Sibai H, Zryouil B. L'échinococcose musculaire primitive : à propos de deux cas. J Chir 1997; 134:325-8.
- [6]. Ben M'rad S, Mathlouthi A, Merai S et al. Hydatidose multiple de la cuisse : place de l'imagerie par résonance magnétique. J Radiol 1998;79:877-9. (3)
- [7]. Combalia A, Sastre S. Kyste hydatique du muscle glutéal. Deux cas. Revue de la littérature . Revue du Rhumatisme 2005 ;72 :851-857.
- [8]. Sakhri J, Ben Ali A . Le Kyste hydatique du foie . Journal de Chirurgie 2004 ; 141 : 381-389.
- [9]. Necati O, Ramazan I, Serdar A, and al. Hydatid cysts in muscle: a modified percutaneous treatment approach. International Journal of Infectious Diseases 2007; 11 : 204-208.
- [10]. Agoumi A. Précis de parasitologie médicale. Collection MEDIKA édition Horizons internationales 2003 :131-140.
- [11]. Bourée P . Hydatidosis dynamic of transmission : world disease-continuing serious public health problem. World journal of surgery 2001 ;25 :4-9.
- [12]. Bourée P, BISARO F. Hydatidose : aspects épidémiologique et diagnostique . Antibiotiques 2007; 9 :237-245.

- [13]. Dakkak A. Echinococcosis /hydatidosis : A severe threat in Mediterranean contries. Veterinary Parasitology 2010 ;174 :2-11(In Press).
- [14]. Comité interministériel de lutte contre l'hydatidose/échinococcose. Lutte contre l'hydatidose /Echinococcus : guide des activités de lutte,2007 Disponible sur [URL://www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma).
- [15]. Rapport de la XVIII journée d'internat (11-14 Mars 1998). Les hydatidoses.
- [16]. Hidki F, Épidémiologie du kyste hydatique au Maroc (2011-2012), Thèse de pharmacie Rabat 2013 ; Thèse n°: 80
- [17]. Dali M, Hssaida R. L'hydatidose musculaire. Presse med 2000;29:1166-9.

Ould Moctar Nech Moctar, et. al. “ Kyste Hydatique Des Parties Molles (À propos de 08 cas).” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(01), 2021, pp. 13-18.