

Case report

Kyste hydatique pelvien primitif: à propos d'un cas



Primary pelvic hydatid cyst: about a case

Jamal Bouihi^{1,*}, Houda Moustaide¹, Bouchra El Amrani¹, Ahmed Mimouni¹

¹Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

^{*}Corresponding author: Jamal Bouihi, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Mots clés: Hydatidose, parasitose, kyste, pelvis, chirurgie

Received: 21/11/2016 - Accepted: 04/12/2016 - Published: 20/12/2016

Résumé

L'hydatidose sévit à l'état endémique au Maroc, sa localisation pelvienne est rare et trompeuse. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 24 ans admise pour une énorme masse pelvienne associée à une pesanteur sans autres signes accompagnateurs. L'échographie et le scanner ont permis de localiser une masse anéchogène cloisonnée latéro- et sus-utérine droite. Le diagnostic de kyste hydatique pelvien est fait en peropératoire. Le traitement a consisté en une résection du dôme saillant. L'évolution était favorable avec un recul de trois ans.

Pan African Medical Journal. 2016; 25:239 doi:10.11604/pamj.2016.25.239.11238

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/25/239/full/>

© Jamal Bouihi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Hydatidosis is endemic in Morocco, its pelvic localization is rare and deceptive. We report the case of a 24-year old patient admitted with a giant pelvic mass associated with heaviness with no further accompanying signs. Ultrasound and CT scan allowed localization of a right lateral and subuterine septated anechoic mass. The diagnosis of pelvic hydatid cyst was made intraoperatively. Treatment consisted of resection of the protruding dome. Patient's evolution was favorable, with a follow-up period of three years.

Key words: *Hydatidosis, parasitosis, cyst, pelvis, surgery*

Introduction

L'hydatidose est une maladie due au développement dans l'organisme humain de la forme larvaire d'un taenia du chien: *Echinococcus granulosus* [1,2]. Le Maroc, pays d'élevage traditionnel, se place parmi les pays les plus infestés par cette parasitose [1,2]. Les localisations hépatiques et pulmonaires sont les plus fréquentes (1,3). Les kystes hydatiques à localisation pelvigénitale chez la femme font partie de ces cas rares et trompeurs [3,4]. Le diagnostic basé sur les examens radiologiques et sérologiques est parfois difficile [1,3,4]. Nous rapportons une observation de kyste hydatique pelvien qui nous a paru intéressante à documenter en raison d'un tableau clinique simulant tumeur ovarienne.

Patient et observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 24 ans, célibataire, sans antécédent pathologique particulier, le début de ses symptômes remonte à quatre mois avant son admission par une douleur pelvienne à type de pesanteur d'aggravation progressive associée à une augmentation progressive du volume abdominopelvien, sans troubles urinaires ou digestifs associés, évoluant dans un contexte d'apyrexie et conservation de l'état général.

L'examen clinique a trouvé une masse abdominopelvienne médiane, mesurant environ 30 cm de diamètre, arrivant à plus de trois travers de doigts au dessus de l'ombilic, légèrement mobilisable, de consistance ferme, bien limitée, sensible. L'échographie a mis en évidence une énorme masse anéchogène, occupant la totalité du pelvis avec des cloisons intrakystiques en nid d'abeilles, sans végétations intra ou exokystiques ou épanchement péritonéal (Figure 1). La tomodensitométrie pelvienne a montré une *masse pelvienne supra et latéro-utérine droite, liquidienne, multicloisonnée*

avec réhaussement des cloisons et des végétations endokystiques mesurant jusqu'à 20 mm d'épaisseur (Figure 2). La radiographie pulmonaire et l'échographie hépatique étaient sans anomalie. Le taux du CA125 était normal. L'exploration chirurgicale a trouvé un kyste pelvien de 30 cm de diamètre adhérent aux organes de voisinage, L'exploration péritonéale à la recherche d'une autre localisation était négative. Une rupture accidentelle s'est produite, avec issue de multiples vésicules filles Lors de la libération de la masse de ses adhérences, (Figure 3, Figure 4). L'intervention chirurgicale a été réalisée avec toutes les mesures de protection pour éviter une éventuelle dissémination secondaire. Une résection du dôme saillant a été faite. L'étude anatomopathologique était non concluante. Les suites postopératoires étaient simples. Devant ce tableau ambiguë, Une sérologie hydatique a été demandée, elle s'est révélée positive, La patiente a été mise sous traitement médical à base d'albendazole, actuellement, elle est suivie en consultation de gastroentérologie, avec un recul de trois ans sans récurrence locale ou péritonéale.

Discussion

La maladie hydatique est fréquente au Maghreb, où elle sévit à l'état endémique. Elle se localise en n'importe quel point de l'organisme, dès que les filtres hépatique et pulmonaire sont dépassés [1,3,5]. L'hydatidose pelvienne est rare. Son incidence est comprise entre 0,30 et 4,27% des localisations hydatiques selon les auteurs [1,6,7], dont 80% des cas implique la sphère génitale [3]. La majorité des cas rapportés dans la littérature concerne des patientes âgées entre 20 et 40 ans [1,3].

Le mode de contamination hydatique de la région pelvienne demeure hypothétique; la contamination est habituellement secondaire à la rupture intra-abdominale d'un kyste hydatique hépatique; les vésicules filles et les scolex libérés se fixent dans le

cul de sac de Douglas et continuent leur développement; une endothélialisation secondaire les exclut de la cavité péritonéale; ainsi, le kyste intrapéritonéal devient extrapéritonéal et semble faire partie du tissu cellulaire pelvien [1,2,3,6]. Cependant, des kystes hydatiques pelviens primitifs ont été rapportés, comme c'est le cas chez notre patient [3,8]. Elle est due à une contamination par voie hématogène, suggérant une rupture du filtre hépatique ou pulmonaire par le parasite pour avoir accès à la grande circulation. Cette forme ne peut être retenue que si la patiente ne présente aucune autre localisation hépatique, pulmonaire, splénique... [1,3,8].

Par ailleurs, le diagnostic de l'hydatidose pelvienne est exceptionnellement porté en pré opératoire puisque l'hydatidose pelvienne est une affection rare et trompeuse. L'échinococcose pelvienne est le plus souvent révélée par une masse abdominopelvienne associée à des douleurs pelviennes [1,4,9].

Elle peut également être révélée par des signes de compression des organes de voisinage [1-4] ou une complication aiguë telle une rétention d'urine ou une anurie par compression bilatérale des uretères [1]. La symptomatologie peut être vague et déroutante, telle que des métrorragies ou une stérilité. Le diagnostic peut être posé fortuitement lors de la césarienne ou lors d'une grossesse compliquée, un travail dystocique ou une hémorragie des suites de couche [10]. La symptomatologie est très polymorphe, il n'y a pas de signe spécifique ou évocateur, d'où l'intérêt qu'il faut donner à l'interrogatoire et aux examens paracliniques [1,3]. La maladie demeure habituellement asymptomatique pendant des années et n'est découverte de façon fortuite que lors d'un examen clinique ou radiologique [1-3].

L'échographie est primordiale devant toute masse abdominopelvienne. Elle permet la précision des caractères de la masse, ses relations avec les organes de voisinage et d'explorer le reste de l'abdomen à la recherche d'une autre localisation notamment hépatique.

Les images échographiques du kyste hydatique pelvien sont identiques à celles décrites au niveau du foie et classées en cinq types [1,2,5,7]: type I: collection liquidienne pure bien limitée; type II: collection liquidienne à paroi dédoublée; type III: collection liquidienne multivésiculaire; type IV: masse d'échostructure hétérogène à prédominance liquide ou solide; type V: kyste calcifié.

L'image kystique de notre patiente est classée type III. La tomodensitométrie trouve son indication devant les limites de l'échographie [1]. La radiographie du thorax permet la recherche d'une éventuelle localisation pulmonaire. L'imagerie par résonance magnétique permet l'analyse des rapports pelviens du kyste hydatique inaccessible à la tomodensitométrie. Elle permet aussi en cas de doute de faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs périrectales, d'une part, et vestigiales, d'autre part, nerveuse ou osseuse [1]. L'urographie intraveineuse permet surtout la recherche d'un retentissement sur le haut appareil. Il n'y a aucun examen sérologique ou immunologique pathognomonique de la maladie hydatique [3]. La place accordée à l'immunologie est un atout capital surtout pour la surveillance postopératoire. Ce sont des tests d'hémagglutination et d'immunofluorescence qui sont les plus sensibles. L'immunoélectrophorèse est plus spécifique. Toutefois, ces tests sont négatifs dans 10 % des cas surtout pour les kystes jeunes et univésiculaires et le diagnostic reste souvent une découverte peropératoire [1,3,4,5,7]. Le diagnostic différentiel se fait avec toutes les tumeurs kystiques ou mixtes rétro péritonéales (kystes dermoïdes), les abcès à pyogènes ou les abcès tuberculeux, les kystes de l'ovaire ou les hydrosalpinx, les tumeurs ovariennes ou les fibromes utérins surtout sous séreux [1,3,7,8,10]. La chirurgie est 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 [1,3,5-7]. Les agents scolocides les plus utilisés sont le NaCl ou l'eau oxygénée. L'exploration doit rechercher d'autres localisations hydatiques qui seront traitées en même temps. Le mébendazole ou l'albendazole sont utilisés entraînement adjuvant de la chirurgie pour minimiser les récives.

Un recul de deux ans est nécessaire pour juger de l'efficacité du traitement [1,3,6,7,10]. L'idéal dans un pays d'endémie comme le nôtre où l'hydatidose constitue un problème de santé publique est de développer les moyens de prophylaxie dont le substratum essentiel est la lutte contre l'infestation de l'hôte définitif, la protection de l'hôte intermédiaire et la lutte contre la contamination de l'Homme.

Conclusion

La localisation primitive du kyste hydatique au niveau du pelvis est exceptionnelle chez la femme, sa symptomatologie clinique déroutante. Le diagnostic préopératoire de l'hydatidose pelvienne est parfois difficile. Le diagnostic doit être évoqué devant tout processus occupant l'espace pelvien, surtout dans un pays d'endémie. La chirurgie est le traitement de choix. Mais la prévention est le meilleur moyen pour diminuer l'incidence de cette pathologie. Points essentiels: l'hydatidose est une maladie fréquente en zone d'endémie; la localisation pelvienne est rare; le diagnostic préopératoire est difficile; elle doit être évoquée devant toute masse pelvienne chez une femme originaire d'une zone d'endémie; le traitement est essentiellement chirurgical.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Enorme masse anéchogène, occupant la totalité du pelvis avec des cloisonstrakystiques en nid d'abeilles, sans végétations intra ou exokystiques

Figure 2: TDM: masse pelvienne supra et latéro- utérine, liquidienne, multicloisonées avec réh- des cloisons et des végétations endokystiques mesurant jusqu'au 20 mm d'épaisseur

Figure 3: Rupture accidentelle de la masse lors de la libération de ses adhérences

Figure 4: Les vésicules filles issues de la masse

Références

1. Laghzaoui Boukaidi M, Bouhya S, Soummani A, Hermas S, Bennan O, Sefrioui O et al. Kystes hydatiques pelviens: à propos de huit cas. *Gynecol Obstet Fertil.* 2001 May;29(5):354-7. **PubMed | Google Scholar**
2. Ben Adballah R, Hajri M, Aoun K, Ayed L. Kyste hydatique rétro- vésical et rétopéritonéal extrarénal: étude descriptive sur 9 cas. *Prog Urol.* 2000 Jun;10(3):424-31. **PubMed | Google Scholar**
3. Tajdine MT, Daali M. Kyste hydatique pelvien isolé: à propos de 1 cas. *Arch Pediatr.* 2007 Nov;14(11):1367-8. **PubMed | Google Scholar**
4. Gupta A, Kakkar A, Chadha M, Sathaye CB. A primary intra-pelvic hydatid cyst presenting with foot drop and a gluteal swelling: a case report. *J Bone Joint Surg Br.* 1998 Nov;80(6):1037-9. **PubMed | Google Scholar**
5. Touiti D, Ameer A, Chohou K, Alkandry S, Oukheira H, Borki K. Le kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas fistulisé dans la vessie: à propos de deux cas. *Ann Urol.* 2001 Jul;35(4):216-9. **PubMed | Google Scholar**
6. El Mansouri A, Moumen M, Fares F. L'écchinococose pelvienne chez la femme : à propos de deux cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1994;21:503-6. **PubMed | Google Scholar**
7. Abi F, El Fares F, Khaiz D, Bouzidi A. Localisations inhabituelles du kyste hydatique: à propos de 40cas. *J Chir (Paris).* 1989 May;126(5):307-12. **PubMed | Google Scholar**
8. Aksu MF, Budak E, Ince U, Aksu C. Hydatidcyst of the ovary. *Arch Gynecol Obstet.* 1997;261(1):51-3. **PubMed | Google Scholar**
9. Maiuri F, Iaconetta G, Benvenuti D, Rendano F, Serra LL. Hydatidcyst of the lumbosacral spine with large pelvic mass. *Acta Neurol.* 1993 Jun;15(3):215-21. **PubMed | Google Scholar**

10. Fekih MA, Abed A, Chelli H, Khrouf M, Chelli M. Kyste hydatique pelvien et grossesse : à propos de quatre cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1992;21(7):803-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

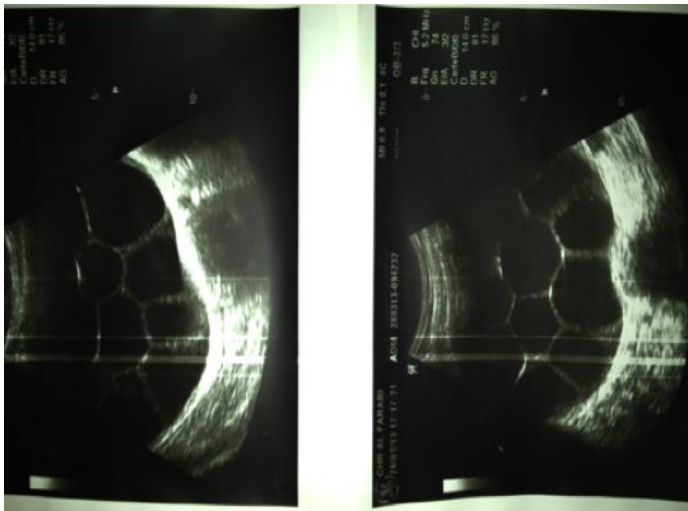


Figure 1: Enorme masse anéchogène, occupant la totalité du pelvis avec des cloisons intrakystiques en nid d'abeilles, sans végétations intra ou exokystiques

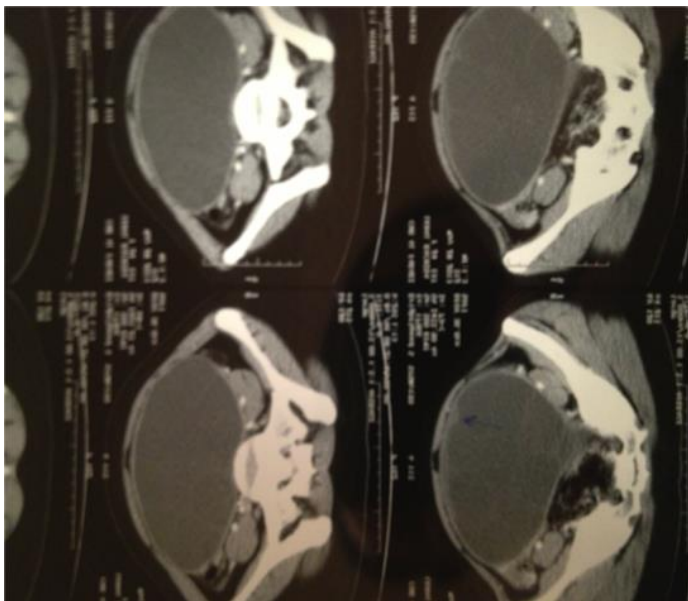


Figure 2: TDM: masse pelvienne supra et latéro- utérine, liquidienne, mulcisonnée avec réh- des cloisons et des végétations endokystiques mesurant jusqu'au 20 mm d'épaisseur

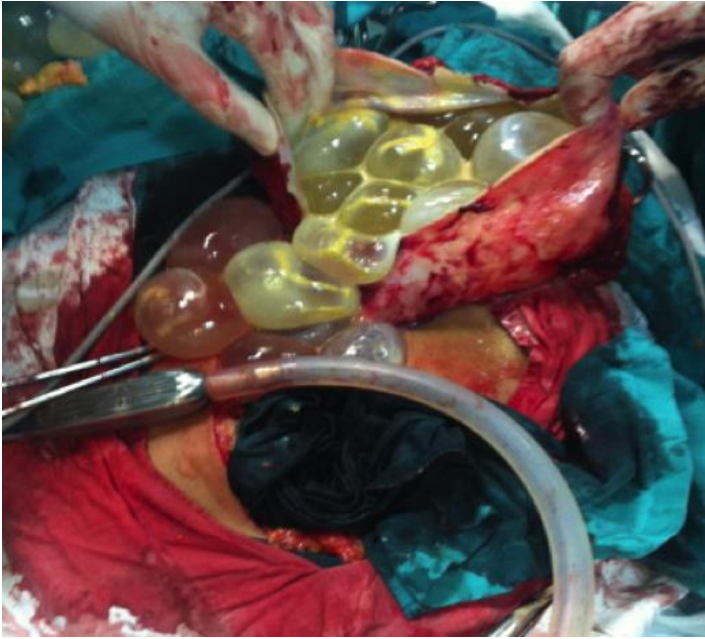


Figure 3: Rupture accidentelle de la masse lors de la liberation de ses adherences



Figure 4: Les vesicules filles issues de la masse