

Cas Clinique Kyste hydatique du muscle psoas révélé par une masse abdominale fébrile: A propos d'un cas

M. Soufi¹, K. Lyazidi¹, B. Rissassi¹, M. Benjelloun², R. El Idrissi¹, O.El Mahi¹, B. Lakhal¹, Y. Essefiani¹, A. El Masnaoui¹, F. Ammar¹ et Y. Bensaid¹

¹Services de chirurgie générale et vasculaire et ²service d'urologie B, Hôpital Avicenne, Rabat, Maroc

RESUME

La localisation primaire rétropéritonéale du kyste hydatique au niveau du muscle psoas reste exceptionnelle. Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de 41 ans, qui présente une masse de la fosse iliaque gauche associée à une fièvre. L'imagerie a montré la présence d'une masse kystique développée aux dépens du muscle psoas gauche. Il s'agissait d'un kyste hydatique infecté du psoas. Une périkystectomie partielle a été réalisée grâce à une voie d'abord rétro-péritonéale. A partir de cette observation et des données de la littérature, les auteurs discutent les problèmes diagnostiques et thérapeutiques du kyste hydatique du psoas.

Mots clés: Tumeurs de la voie excrétrice supérieure, traitement conservateur.

Correspondance: Dr Soufi Mehdi, 9, rue Al Kharroub Résidence Al Jazeera, Secteur 16 Hay Riad, Rabat, Maroc, Email : drsoufimehdi@hotmail.fr

Détails d'acceptation : article reçu: 8/7/2008

article accepté (après corrections): 16/10/2008

INTRODUCTION

Dans les pays d'endémie hydatique, comme l'Afrique du Nord, la Grèce et la Turquie, certaines localisations rares du kyste hydatique ont été rapportées¹. La localisation primaire rétropéritonéale au niveau du muscle psoas reste exceptionnelle avec une fréquence de 1 à 3% selon les séries^{1,2}. Dans la littérature, seulement quelques cas cliniques ont été rapportés^{3,4}. La plus grande série concernant 9 cas de kyste hydatique du psoas a été publiée récemment par des auteurs tunisiens². La symptomatologie est aspécifique. La présence d'une masse abdominale fébrile est exceptionnellement révélatrice de cette pathologie. Le but de cet article était de rapporter une nouvelle observation d'un kyste hydatique localisé au niveau du muscle psoas (KHP) révélé par une masse abdominale avec une fièvre, ainsi que de discuter les différents problèmes diagnostiques et thérapeutiques de cette localisation.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 41 ans, tabagique chronique à raison de 15 paquets/année, ayant comme antécédent une tuberculose pulmonaire dans l'enfance et, il y a 6 ans, une lithiase urinaire gauche traitée par lithotripsie avec une bonne évolution clinique. La symptomatologie évoluait depuis 3 mois et s'est traduite par des douleurs diffuses de l'hypocondre et du flanc gauches avec sensation de pesanteur associées à une fièvre vespérale sans amaigrissement ni altération de l'état général. L'examen clinique a mis en évidence une masse au niveau de la fosse iliaque gauche d'environ 10 cm de diamètre, douloureuse à la palpation et fixe par rapport aux plans profonds. Il n'existait pas de souffle sur les trajets vasculaires. La biologie a montré une légère hyperleucocytose à 11000, avec hyperéosinophilie à 600/mm³. La fonction rénale était normale. La recherche de Bacille de Koch dans les crachats et dans les urines était négative aux examens directs



Fig. 1 : TDM abdominale avec injection de produit de contraste montrant une image kystique du psoas.

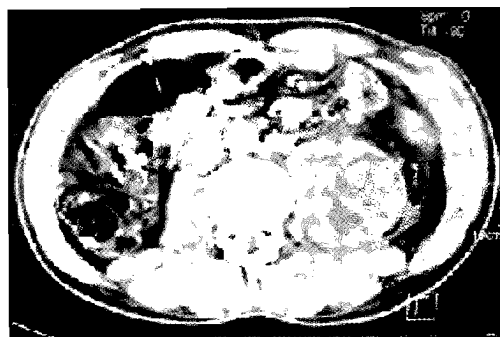


Fig. 2 : TDM abdominopelvienne montrant le kyste hydatique multicloisonné du psoas



Fig. 3 : TDM abdominale avec coupes coronales montrant le kyste avec ses rapports anatomiques de voisinage

et à la culture. L'urographie intraveineuse (UIV) a montré un syndrome de masse de l'hypocondre gauche avec refoulement des cavités pyélocalicielles gauches pouvant être en rapport avec un abcès du psoas gauche. Une échographie a objectivé une image multi cloisonnée du psoas rentrant dans le cadre d'un kyste hydatique III infecté ou d'un abcès du psoas. La tomodensitométrie (TDM) abdominale a montré une volumineuse masse kystique développée aux dépens du muscle psoas gauche avec refoulement du rein homolatéral (Fig.1-3). Le foie, le rein, la rate et les poumons étaient sans particularités en imagerie. La sérologie hydatique par test ELISA était négative. Devant le contexte épidémiologique et l'aspect très évocateur de

la lésion kystique à l'imagerie, le diagnostic de kyste hydatique infecté ou d'un abcès du psoas a été évoqué. Le patient a été opéré par une incision transversale iliaque gauche sans ouverture du péritoine. La périkystectomie a été rendue difficile par les adhérences en rapport avec l'infection locale et une effraction première du kyste a été accidentellement réalisée. L'exploration peropératoire a révélé un KHP infecté. Après protection par des mèches imbibées d'eau oxygénée, le kyste a été ponctionné et évacué. Il contenait des vésicules filles avec du pus. Un prélèvement bactériologique a été réalisé. Un drainage au contact a été mis en place en fin d'intervention. Une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme a été débutée en postopératoire immédiat. En raison de la brèche peropératoire du kyste, le patient a bénéficié d'un traitement médical à base d'albendazole pendant 3 mois, arrêté par faute de moyens financiers. Le suivi clinique et échographique à 3 et 6 mois n'a pas montré de récurrence locale.

DISCUSSION

L'hydatidose est une anthroponose secondaire au développement d'une larve de taenia du chien: l'*Echinococcus granulosus*. L'infestation de l'homme est due à l'ingestion d'oeufs de taenia éliminés par les chiens^{1,2,5}. Toutes les localisations de l'hydatidose ont été décrites¹. Les localisations hépatiques et pulmonaires représentent 90% de toutes les

localisations du kyste hydatique³. Cette distribution s'explique par la dissémination sanguine du parasite et les flux sanguins de la circulation portale. Les oeufs du taenia ingérés par l'homme passent dans la circulation portale, puis ces larves sont acheminées et immobilisées au niveau des sinusoides qui constituent un véritable filtre. 10 à 20% des larves échappent à ce barrage hépatique et rejoignent la grande circulation pour aller se loger dans un autre organe^{3,5}.

La rareté de l'atteinte musculaire lors de l'hydatidose serait due d'une part aux contractions du muscle qui empêcheraient le développement de la larve et d'autre part à la formation biochimique en acide lactique du muscle qui empêcherait la croissance de l'hydatide^{4,5}.

Le diagnostic clinique du KHP est souvent difficile. Notre patient avait des antécédents de lithiase rénale. La survenue de la même symptomatologie pouvait être une source d'erreur diagnostic. La douleur ou les signes compressifs amènent souvent le patient à consulter. Ce kyste peut s'infecter⁵ et se manifester par une fièvre, qui poserait le diagnostic différentiel avec un abcès du psoas² comme c'était le cas chez notre patient. Ce dernier a présenté aussi un syndrome de masse qui est rarement révélateur de cette pathologie, ce qui fait l'originalité de notre observation. Certains kystes sont révélés par des complications nerveuses ou vasculaires ou une surinfection pouvant engendrer un sepsis³. La biologie est aspécifique. L'éosinophilie est inconstante mais évocatrice⁶. La sérologie hydatique dans le KHP, comme pour notre malade, est le plus souvent négative⁷. Dans la série tunisienne trois patients sur quatre avaient une sérologie positive². Il existe deux types de réactions sérologiques: des méthodes qualitatives comme l'immunoélectrophorèse et l'électrosynérèse, et des méthodes quantitatives comme l'hémagglutination indirecte, l'immunofluorescence et ELISA. Il faut coupler les deux méthodes, mais les interprétations peuvent être délicates. Dans ce sens le Western Blot doit permettre de redresser les diagnostics⁴. D'autres techniques

comme l'immuno empreinte, quoique plus sensible et plus spécifique, restent réservés à la recherche³.

L'imagerie est un élément clé du diagnostic⁸. L'échographie est un examen très suggestif. Elle apporte le diagnostic de masse kystique du psoas et signe l'origine hydatique de la lésion. Les aspects échographiques sont identiques à ceux décrits par Gharbi et coll.⁷, qui ont classé le kyste hydatique en 5 classes :

- Type I : image liquide pure
- Type II : décollement total ou parcelaire des membranes
- Type III : présence de vésicules endocavitaires
- Type IV : lésion focale solide
- Type V : lésion calcifiée.

La TDM est performante pour la localisation du kyste. De plus, elle permet un bilan lésionnel complet en étudiant les rapports du kyste avec les organes de voisinage⁹ (Fig. 3). Notre malade avait un kyste de stade III infecté. Seuls les kystes de stade I, IV et V peuvent poser dans certains cas des problèmes de diagnostics différentiels. Les types I peuvent être confondus avec des kystes simples surtout chez la femme et les types IV et V peuvent évoquer une tumeur solide⁷. Le recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est rare et ne s'impose que lorsque l'échographie et la TDM s'avèrent insuffisantes dans l'étude des rapports du kyste¹⁰.

Le traitement médical par albendazole est très discuté. D'après certains auteurs, il garderait une place en adjuvant ou serait administré comme couverture d'un traitement percutané ou indiqué pour les malades non opérables¹¹. La chirurgie reste le traitement de référence. Des équipes ont proposé une approche laparoscopique pour traiter ces kystes, notamment au niveau hépatique. Etant le caractère exceptionnel des kystes développés aux dépens du muscle psoas, peu de données sur la laparoscopie dans cette indication sont

disponibles. En l'absence d'autres localisations hydatiques intra abdominales, qu'il faut impérativement chercher avant tout traitement, certains auteurs préfèrent la voie d'abord extra péritonéale afin de minimiser le risque de dissémination hydatique, les supurations secondaires et les occlusions post opératoires². L'exérèse consiste en une périkystectomie totale chaque fois que possible. Elle peut parfois être dangereuse du fait du risque de traumatisme du nerf crural et des veines lombaires. Dans ces cas la périkystectomie partielle ou la ponction aspiration, après stérilisation du contenu du kyste et protection du champ opératoire avoisinant sont de bonnes alternatives³.

L'éradication du parasite reste le meilleur traitement préventif. La meilleure prévention consiste en une surveillance de l'abattage des animaux de boucherie, une euthanasie systématique des chiens errants et un traitement approprié des chiens domestiques¹².

En conclusion, le kyste hydatique isolé du psoas est une entité rare. Le diagnostic est rarement évoqué devant une masse abdominale fébrile. L'imagerie permet de redresser le diagnostic. La périkystectomie totale à kyste fermé est la méthode de choix après un abord iliaque extra péritonéal. La prévention reste la clé de l'éradication des parasites.

BIBLIOGRAPHIE

1. Melis M, Marongiu L, Scintu F, Pisano M, Capra F, Zorcolo L, et al. Primary hydatid cysts of psoas muscle. ANZ J.Surg. 2002; Jun;72(6):443-5.
2. Bedioui H, Nouira K, Daghfous A, Ammous A, Ayari H, Rebai W, et al. Kyste hydatique primitif du psoas: 9 cas tunisiens et revue de la littérature. [Primary hydatid cyst of the psoas muscle: Description of 9 cases in Tunisia and review of the literature]. Med.Trop.(Mars). 2008; Jun;68(3):261-6.
3. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Bouslami B, Mohsine R, Ifrine L, Belkouchi A. Kyste hydatique du muscle psoas. Cahiers Santé. 2007; Jul-Sep;17(3):177-9.
4. Benchekroun A, Jira H, Cheikhani OJ, Kasmaoui EH, Zannoud M, Faik M. Kyste hydatique du psoas. A propos d'un cas. [Hydatid cyst of the psoas. Report of a case]. Ann.Urol.(Paris). 2001; Mar;35(2):108-10.
5. Versaci A, Scuderi G, Rosato A, Angio LG, Oliva G, Sfuncia G, et al. Rare localizations of echinococcosis: Personal experience. ANZ J.Surg. 2005; Nov;75(11):986-91.
6. Kafih M, Ajbal M, Ridai M, Idrissi H, Zerouali O. Les kystes hydatiques du muscle psoas. [Hydatid cyst of the psoas muscle]. Ann.Gastroenterol.Hepato.(Paris). 1993; May;29(3):110-2.
7. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology. 1981; May;139(2):459-63.
8. Kehila M, Allegue M, Abdessalem M, Letaief R, Said R, Khalfallah A, et al. Le kyste hydatique du muscle psoas. A propos d'un cas. [Hydatid cyst of the psoas muscle. Apropos of a case]. J.Radiol. 1987; Apr;68(4):265-8.
9. Menor Serrano F, Marti Bonmati L, Garcia Aguayo F, Gordo Roman G, Ballesta Cunat A. Kyste hydatique rétropéritonéal isolé. Etude TDM. A propos d'un cas. [Isolated retroperitoneal hydatid cyst. CT study. Apropos of a case]. J.Radiol. 1987; Mar;68(3):209-11.
10. Ben M'Rad S, Mathlouthi A, Merai S, Ghrairi H, Mestiri T, Ben Miled M'Rad K, et al. Hydatidose multiple de la cuisse: Place de l'imagerie par résonance magnétique. [Multiple hydatid cysts of the thigh: The role of magnetic resonance imaging]. J.Radiol. 1998; Sep;79(9):877-9.
11. Saez J, Pinto P, Apt W, Zulantay I. Cystic echinococcosis of the tongue leading to diagnosis of multiple localizations. Am.J.Trop.Med.Hyg. 2001; Oct;65(4):338-40.
12. Louchi A, Chtata H, Araoui M, Zizi A. Kyste hydatique du muscle psoas. [Hydatid cyst of the psoas]. Ann.Chir. 2001; Oct;126(8):820-1.