

L'HYDATIDOSE PRIMITIVE DES MUSCLES PÉRIPHÉRIQUES À PROPOS DE 7 CAS

A. LAMINE, T. FIKRY, B. ZRYOUIL

Ce travail a porté sur l'étude rétrospective d'une série de 7 cas de kyste hydatique isolé et primitif au niveau des muscles périphériques. Le terrain de prédilection a été celui de la femme d'origine rurale (85,7%) jeune (29,3 ans en moyenne), qui avait consulté pour une tumeur des parties molles évoluant depuis 6 mois au minimum sans altération de l'état général. Le siège de prédilection a été au niveau des muscles de la cuisse 5 fois sur 7, dont 3 au niveau de la loge des adducteurs.

L'échographie avait fait suspecter fortement le diagnostic dans tous les cas. Le traitement chirurgical avait consisté en une exérèse monobloc du kyste hydatique avec du tissu musculaire péri-tumoral 6 fois sur 7, et une périkystectomie subtotale dans 1 cas à cause des adhérences du périkyste avec le paquet vasculaire fémoral. Après un recul moyen de 19 mois, la surveillance clinique et sérologique n'avait objectivé aucune récurrence locale ni d'apparition d'autre localisation générale.

Keywords : hydatoid cyst ; muscle.

Mots-clés : kyste hydatique ; muscle.

INTRODUCTION

La localisation musculaire de la maladie hydatique est rare, même en pays d'endémie (9, 27). Les grandes séries argentines (19) ont cédé la place actuellement aux cas isolés, observés dans différents pays qu'ils soient endémiques ou non, à cause de l'accroissement des échanges et de l'émigration. Cette parasitose primitive et isolée continue à poser un problème diagnostique avec les tumeurs des parties molles proprement dites. Cependant le chemin diagnostique doit rester simple, quels que soient les moyens d'imagerie mis à la disposition de l'équipe médicale.

Le but de ce travail est d'analyser les aspects épidémiologique, diagnostique, et thérapeutique de l'hydatidose musculaire ; et d'insister sur la place que doit occuper l'échographie dans le diagnostic pré-opératoire de cette affection.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude a porté sur 7 cas de kyste hydatique isolé au niveau des muscles périphériques, colligés entre 1987 et 1991. Il s'agit de six femmes et d'un homme. L'âge moyen est de 29,3 ans avec des extrêmes de 18 à 55 ans. L'origine et la résidence en milieu rural ont été notées 6 fois (85,7%), et la notion de contact avec les chiens 7 fois.

Au plan clinique, l'apparition progressive d'une tuméfaction des parties molles, évoluant depuis 17 mois en moyenne (extrêmes 6 à 36 mois), avec conservation de l'état général, avait constitué le motif de consultation. Cette tuméfaction était douloureuse 2 fois, et associée à des signes inflammatoires une fois. Sa topographie était dans :

- la loge des adducteurs de la cuisse 3 fois
- la loge postérieure de la cuisse 1 fois
- la loge antérieure de la cuisse 1 fois
- la région scapulaire 1 fois
- la loge antérieure du bras 1 fois

Toutes les localisations étaient à gauche au niveau du membre inférieur, et à droite au niveau du membre supérieur. L'échographie systématique de la tuméfaction avait objectivé des signes en faveur de l'hydatidose, qui

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Aile 4, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Correspondance et tirés à part : A. Lamine, 17 rue 22 groupe EF OULFA, Casablanca, Maroc.

ont été analysés selon la classification de Gharbi (15) en Type I (3 fois), type II (1 fois), type III (2 fois), et type IV (1 fois).

Au plan biologique, l'hyperéosinophilie était absente dans tous les cas, et la sérologie hydatique (immunofluorescence indirecte, ELISA) faite 7 fois était positive dans un cas. Le bilan d'extension a compris une radiographie pulmonaire, et une échographie abdomino-pelvienne. Il n'avait décelé aucune autre localisation viscérale, notamment hépatique ou pulmonaire.

Le traitement chirurgical a été mené par une voie d'abord la plus directe sur la tuméfaction, parallèle à l'axe vasculo-nerveux de voisinage. L'exérèse monobloc en passant dans le tissu musculaire pérítumoral a été possible 6 fois (85,7%), alors que la périkystectomie était subtotale dans 1 cas à cause des adhérences du périkyste avec le paquet vasculaire fémoral. L'ouverture du kyste en per-opératoire est survenue une fois, sans qu'il s'en suivît de choc anaphylactique. La toilette du lit kystique à l'eau oxygénée a été systématique. Un cas d'infection de la plaie opératoire a été constaté dans les suites opératoires.

RÉSULTATS

Sur le plan anatomo-pathologique, l'aspect macroscopique de l'hydatidose était typique à l'ouverture de la tumeur kystique, ce qui a été confirmé par l'histologie. Les muscles parasités étaient :

— adductores femoris (figures 1 et 2)	3 fois
— biceps femoris	1 fois
— vastus lateralis	1 fois
— teres major (figures 3 et 4)	1 fois
— biceps brachii	1 fois

Le kyste hydatique a été univésiculaire 3 fois, et multivésiculaire 4 fois. La surinfection du kyste a été constatée dans le cas du muscle biceps femoris.

Le recul moyen est de 19 mois (extrêmes 12 à 35 mois). Aucune récurrence locale n'a été objectivée par l'examen clinique et la sérologie (immunofluorescence indirecte, ELISA). La sérologie a diminué dans le cas du kyste remanié où la résection était subtotale, mais sans que la négativation ne soit obtenue après une année d'évolution.

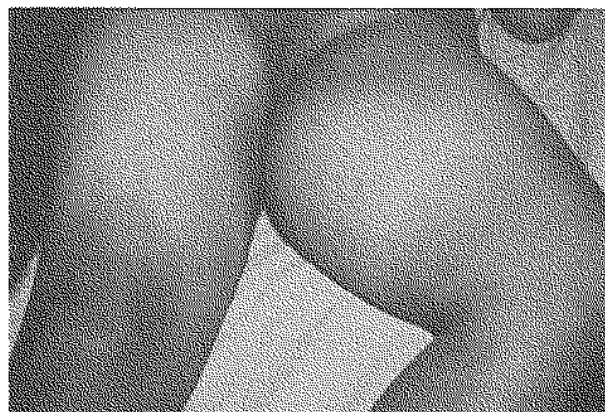


Fig. 1

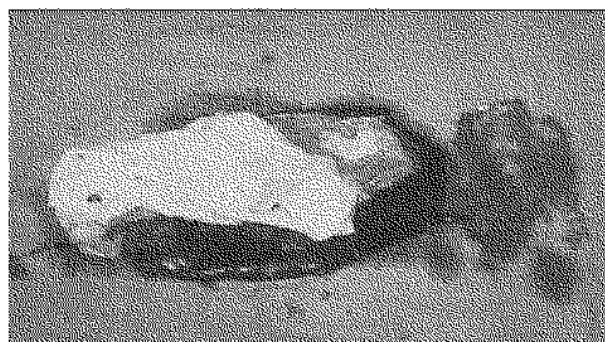


Fig. 2

Fig. 1 et 2. — Kyste hydatique univésiculaire de 20/15 centimètres d'un muscle adducteur de la cuisse gauche.

DISCUSSION

La fréquence de l'hydatidose musculaire est actuellement en décroissance, malgré la diffusion des techniques d'imagerie performantes. Elle est estimée actuellement entre 1 et 5,4% de l'ensemble des localisations hydatiques (2, 8, 9). Cette différence d'estimation est due au fait que les études anciennes incluent les localisations musculaires avec les kystes des tissus cellulaires sous-cutanés (5, 9). Le muscle constitue un environnement peu propice au développement de la larve hydatique à cause de la contractibilité musculaire d'une part et de l'élaboration de lactate d'autre part (17). Un tropisme tissulaire particulier de souches spécifiques de l'échinococcus granulosus n'est pas encore confirmé (21).

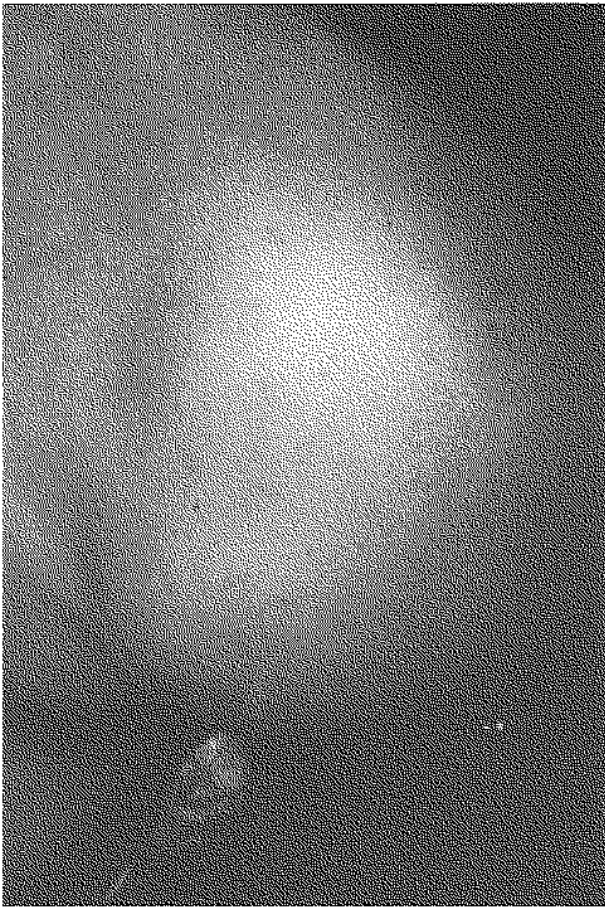


Fig. 3

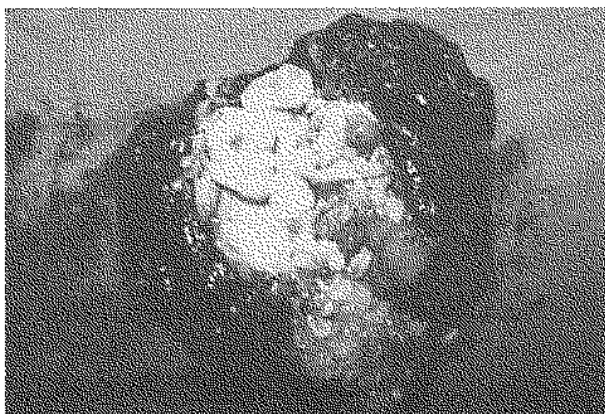


Fig. 4

Fig. 3 et 4. — Kyste hydatique multivésiculaire de 17/7 centimètres du muscle grand rond droit.

Par ailleurs l'hydatidose musculaire est le plus souvent primitive et isolée (7, 17), elle n'est associée à d'autres localisations hydatiques que dans 8% des cas (19). Elle touche préférentiellement les muscles proximaux du cou et des membres, plus particulièrement ceux du membre inférieur (5, 7, 19, 24). En effet les muscles de la cuisse ont été atteints 5 fois sur 7 dans notre série, dont 3 fois au niveau des muscles adducteurs de la cuisse. Cette sélectivité pour les muscles proximaux serait en rapport avec l'importance du débit sanguin.

Sur le plan clinique, la symptomatologie de l'hydatidose musculaire n'est pas spécifique. Il s'agit le plus souvent d'une tumeur des parties molles, à évolution très lente, pouvant évoquer aussi un abcès froid, une myosite, ou un hématome calcifié (7). Parfois, le tableau est bruyant, simulant un abcès chaud (13) ou une tumeur maligne des parties molles (10, 25), quand le kyste est fissuré ou surinfecté. Rarement elle est découverte à l'occasion de signes de compression de voisinage (23, 24), notamment dans l'hydatidose du muscle psoas major, qui pose un problème diagnostique avec les tumeurs rétro-péritonéales proprement dites (8, 18, 19, 20, 21, 22, 26). En pays d'endémie, l'origine rurale et le contact avec les chiens, orientent le diagnostic qui doit être porté impérativement en pré-opératoire. Ceci permet à la fois d'éviter des gestes intempestifs tels que la ponction ou la biopsie du kyste, et de prendre des mesures de protection du champ opératoire contre une éventuelle dissémination hydatique avec le risque de choc anaphylactique, par l'usage des champs imbibés d'un scolicide (9, 11, 16). A cet égard l'apport de l'échographie est considérable, elle doit être un examen de première intention. Dans notre série elle avait permis de porter le diagnostic pré-opératoire dans tous les cas. Généralement elle est suffisante et fiable dans 95% des cas (4). La TDM, examen plus onéreux, doit être réservée aux cas douteux après échographique. Quant à l'artériographie, elle a peu d'intérêt, hormis l'étude des rapports du kyste hydatique avec les axes vasculaires. Cependant elle peut induire en erreur, en montrant des signes en faveur de la malignité en cas d'inflammation du périkyte (10, 25).

Par ailleurs le diagnostic biologique de l'hydatidose musculaire est difficile (1, 3, 6). L'hyper-

éosinophilie n'est ni constante ni spécifique, et les réactions immunologiques sont souvent négatives quand le kyste n'est pas fissuré ou remanié (6, 13). Néanmoins elles constituent un complément de la clinique et de l'imagerie dans le diagnostic et surtout dans la surveillance du traitement (4). La persistance d'un titre élevé d'anticorps ou mieux une réascension observée 6 mois à 1 an après une intervention sont en faveur d'une échinococcose secondaire (3). Toutefois le traitement de l'hydatidose musculaire reste encore chirurgical. En effet l'exérèse monobloc avec protection du champ opératoire par du sérum salé hypertonique ou de l'eau oxygénée doit être la règle, sauf dans les cas où les adhérences avec les axes vasculo-nerveux impose la périkystectomie subtotale voire la résection du dôme saillant (10, 12).

CONCLUSION

L'hydatidose musculaire reste une maladie bénigne, à condition d'en porter le diagnostic en préopératoire grâce à l'échographie, ce qui permet d'éviter certains écueils tels que la biopsie ou l'ouverture per-opératoire du kyste. Cependant, s'agissant d'une parasitose peu stable dans son cycle biologique domestique, et sensible aux mesures de lutte (14), elle demeure accessible à la prophylaxie individuelle et générale, qui constitue le véritable traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- Baldelli F., Papili R. Le diagnostic biologique de récurrence. Symposium international sur l'hydatidologie. Méd. Chir. Dig., 1989, 18, 301-312.
- Ben Ayed M., Kamoun N., Makni K., Ben Romdhane K. Kyste hydatique, 281 cas à localisation inhabituelle, observés au cours d'une période de dix ans (1972-1981). La Tunisie médicale, 1986, 64, 389-395.
- Biava M.-F., Kurès L. Diagnostic biologique des échinococcoses. Rev. Prat., 1990, 40, 201-204.
- Bonitacino A., Carino R., Caratozzolo M. L'échographie dans l'hydatidose. Symposium international sur l'hydatidologie. Méd. Chir. Dig., 1989, 18, 301-312.
- Bouayad M. L'hydatidose des parties molles. Thèse de médecine, Rabat, 1971, 37.
- Bourée P., Kouchner G., Brun J. Le kyste hydatique du muscle psoas (A propos d'un cas). Bull. Soc. Path. Exo., 1980, 73, 289-293.
- Bourée P., Thulliez Ph., Millat B. Hydatidose musculaire du mollet. À propos d'un cas. Bull. Soc. Path. Exo., 1982, 75, 201-204.
- Chigot J. P., Benhamida M., Mercadier M. À propos d'un cas de kyste hydatique musculaire. Gaz. Méd. France, 1974, 81, 5313-5315.
- Desnuelle C., Kleisbauer J. P., Serratrice G. Kyste hydatique musculaire de la cuisse. Diagnostic préopératoire. Sémin. Hôp. Paris, 1986, 62, 1826-1828.
- Dkhissi M., Laghzaoui M., Fikry T., Zryouil B. Kyste hydatique de la loge interne de la cuisse. Apport de l'échographie. À propos d'un cas. Rev. Marocaine Chir. Orthop. Traumatol., 1992, 3, 9-12.
- Duncan G. J., Tooke S. M. T. Echinococcus infestation of the biceps brachii. A case report. Clin. Orthop., 1990, 261, 247-250.
- El Fares F., Meziane M., Diouri A. Kyste hydatique du psoas. À propos de 5 cas. Rev. Marocaine Méd. Santé, 1981, 3, 53-55.
- Emy P., Lebas P., Maitre F., Grossetti D., Marneffe-Lebriquiier H. Kyste hydatique musculaire isolé de la paroi abdominale. Rev. Méd. Interne, 1989, 10, 152-153.
- Gemmell M. A., Lawson J. R., Roberts M. G. Lutte contre l'échinococcose/hydatidose : situation dans la monde. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1986, 64, 625-631.
- Gharbi H. A., Hassine W., Brauner M. W., Dupuch K. Ultra sound examination of the hydatid liver. Radiology, 1981, 139, 459-463.
- Heinze J., Junginger W., Müller G., Gabel G. Anaphylactic shock during extirpation of an echinococcus granulosis cyst of the thigh. Anaesthetist, 1987, 36, 659.
- Kehila M., Allegue M., Abdessalem M., Letaief R., Said R., Khalfallah A., Hamida R. R. H., Jerbi A. Le kyste hydatique du muscle psoas (À propos d'un cas). J. Radiol., 1987, 68, 265-268.
- Leconte Des Floris R., Vichard Ph., Watelet F., Elbaz J., Miguet A. Le kyste hydatique des parties molles (À propos d'une localisation quaricipitale). J. Méd. Besançon, 1974, 10, 81-85.
- Loyarthe H. F., Curutchet J. L. Quistes hydatiques musculaires. Contribution à la casuística national (148 observations). Press. Méd. Argent, 1961, 48, 259-269.
- Menor Serrano F., Marti-Bonmati L., Garcia Aguayo F., Gordo Roman G., Ballesta Cunat A. Kyste hydatique rétro-péritonéal isolé. Étude TDM. J. Radiol., 1987, 68, 209-211.
- Meunier Y., Danis M., Nozais J. P., Gentilini M. Hydatidose musculaire (À propos de 2 cas). Sémin. Hôp. Paris, 1983, 59, 2785-2786.
- Mourot J., Bastian D., Perrotin J. Les kystes hydatiques rétro-péritonéaux. Sem. Hôp. Paris, 1984, 60, 1703-1708.
- Rada I. O. Ischemic syndrome of the lower limb produced by a hydatid cyst. J. Cardiovasc. Surg. Torino, 1986, May June 27, 282-285.
- Ramadier J. O., Guida G. Kystes hydatiques osseux et musculaires. Rev. Prat., 1961, XI, 65-70.

25. Ruddle H., Cremer H., Janson R. Seltene Manifestation einer Echinokokkosyste in der Unterschenkelmuskulatur. Ein kasuistischer Beitrag. Münch. Med. Wschr., 1979, 121, 1351-1352.
26. Saad H., Hamdi A., Gargouri R., Zouari K., Sghaier M. S., Balti M. H., Tabka H., Achour H. Hydatid cyst of the psoas muscle. Report of three cases. Ann. Chir., 1990, 44, 299-301.
27. Saimot A. G. Les autres localisations de l'hydatidose. Rev. Prat., 1978, 28, 2887-2894.

SAMENVATTING

A. LAMINE, T. FIKRY, B. ZRYOUIL. Primitieve hydatidose van de perifere spieren.

De auteurs rapporteren zeven gevallen van geïsoleerde en primitieve hydatidecyste t.h.v. de perifere spieren. De aandoening wordt vooral aangetroffen bij jonge (gemiddelde leeftijd van 29,3) vrouwen van landelijke origine (85,7%) die op de raadpleging gezien werden wegens een weke delen tumor, die steeds meer dan 6 maanden evolueerde, zonder aantasting van de algemene toestand. Voorkeurzeten waren de dijspieren, in 5 gevallen van de 7, waarvan 3 t.h.v. de adductorenloge.

De diagnose werd reeds vermoed bij sonografie. De heelkundige behandeling bestond uit een «en bloc» resectie van de hydatidecyste met het omliggende spierweefsel, in 6 gevallen van de 7, en bij één patiënt in

een subtotaal pericystectomie omwille van de adhesies van de omliggende weefsels met de femorale vaat-zenuwstreng.

De gemiddelde follow-up was 19 maanden en noch klinisch, noch serologisch werd een recidief of een andere algemene localisatie gezien.

SUMMARY

A. LAMINE, T. FIKRY, B. ZRYOUIL. Primitive hydatidosis of peripheral muscles.

The authors reviewed a series of 7 cases of isolated and primitive hydatid cyst in the peripheral muscles. The disease was mainly diagnosed in young (average age 29.3 years) women of rural origine (87.7%), who consulted for a soft tissue tumor, evolving over at least 6 months, without alteration of the general condition. In 5 of the 7 patients, the tumor was located in the thigh and in 3 cases in the adductors compartment. The diagnosis was highly suspect on sonography. The surgical treatment consisted in a complete resection of the hydatid cyst with surrounding muscle tissue in 6 of the 7 cases, and in a subtotal removal of the surrounding tissues in one case which had adhesions of the surrounding tissues with the femoral vessels. With a follow-up of 19 months, neither clinical nor serological examination showed any recurrence or new sites.