



African Journal of Urology

Official journal of the Pan African Urological Surgeon's Association
web page of the journal

www.ees.elsevier.com/afju
www.sciencedirect.com



Case report

Le kyste hydatique rénal primitif: Une première observation mauritanienne



T.I. Boudhaye^{a,e,*}, M.M. Taleb Jiddou^{b,e}, T. Mohamed^c, B. Salem^a,
C. Jdoud^{d,e}

^a service d'urologie, Hôpital Militaire de Nouakchott

^b service de réanimation, Hôpital Militaire de Nouakchott

^c service de radiologie, Hôpital Militaire de Nouakchott

^d service d'urologie, Centre Hospitalier National

^e Faculté de médecine de nouakchott

Reçu le 21 février 2016; reçu sous la forme révisée le 17 avril 2016; accepté le 17 mai 2016

Disponible sur Internet le 27 octobre 2016

MOTS CLÉS

Kyste Hydatique;
rein;
Mauritanie

KEYWORDS

Hydatid cyst;
Kidney;
Mauritania

Résumé

L'hydatidose est une affection parasitaire rare qui sévit à l'état endémique dans certains pays du bassin méditerranéen. La localisation rénale est rare et n'existe que dans 2 à 3% des formes viscérales. En Mauritanie, cette pathologie est extrêmement rare, nous rapportons une première observation d'une localisation rénale de l'hydatidose dans cette région ouest africaine.

© 2016 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The primary renal hydatid cyst: A first Mauritanian case

Abstract

Hydatid disease is endemic in some Mediterranean countries. Kidney is a relatively rare site, representing 2–3% of all visceral sites. In Mauritania, this disease is extremely rare; we report a first observation of kidney localization of hydatidoe in the West African region.

© 2016 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Auteurs correspondants.

Adresse e-mail : rghibe96@yahoo.fr (T.I. Boudhaye).

Peer review under responsibility of Pan African Urological Surgeons' Association.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.afju.2016.05.009>

1110-5704/© 2016 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

Le kyste hydatique, ou hydatidose, est une anthrozoonose attribuable au développement de la forme larvaire du tœnia *Echinococcus granulosus* chez l'homme. Il sévit à l'état endémique dans les pays du pourtour méditerranéen [1]. La localisation rénale est rare, elle arrive au troisième rang après les localisations hépatique et pulmonaire et existe dans 2 à 3% de l'ensemble des localisations hydatiques [2]. En Mauritanie, les données sur l'hydatidose humaine sont rares. L'incidence chirurgicale annuelle varie de 1,2 à 1,8 pour 100 000 habitants [3]. Nous rapportons une première observation d'une localisation rénale de l'hydatidose en Mauritanie.

Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 20 ans, admise en consultation pour des lombalgies droites chroniques, remontant à 2 ans, évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général, habitant la campagne avec notion de contact avec les animaux notamment les moutons et dromadaires. L'examen objectivait une sensibilité de la fosse lombaire droite.

L'échographie montrait une zone anéchogène compatible avec un kyste rénal simple (Figure 1), l'Uroscanner mettait en évidence une collection liquidienne corticale droite, dont la paroi se rehaussait discrètement après injection de produit de contraste (Figure 2 et 3).

Le bilan biologique ne révélait pas d'hypereosinophilie, la sérologie hydatique était négative.

La patiente bénéficiait d'une lombotomie droite avec abord extrapéritonéal évitant le risque d'essaimage de la cavité péritonéale, après injection de l'eau oxygénée en intrakystique et protection du champs opératoire, une résection du dôme saillant était réalisée donnant issue à la membrane prolifère. L'exploration microscopique effectuée aussitôt objectivait la présence de protoscolex (Figure 4 et 5).

L'évolution était marquée une reprise de l'activité au bout d'une semaine.

Discussion

L'hydatidose est une parasitose cosmopolite, rencontrée surtout dans les pays où subsiste l'élevage traditionnel des moutons. En particulier, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Afrique du Nord et autour du bassin méditerranéen [4]. En Mauritanie, l'incidence annuelle de l'hydatidose est de 1,2% par 100 000 habitants. Ce taux est de loin inférieur à ceux rapportés en Tunisie (15/100 000 habitants), au Maroc (6,4/100 000 habitants) [3].

Tableau 1 Classification de Gharbi.

Type I	Masse liquidienne pure à paroi propre
Type II	Collection liquidienne avec décollement de membrane
Type III	Collection cloisonnée, multivésiculaire
Type IV	Masse hétérogène d'aspect pseudotumoral
Type V	Paroi calcifiée

L'hydatidose rénale représente de 2% à 3% des localisations viscérales et occupe la 3^e position, après les localisations hépatiques et pulmonaires. L'homme peut se contaminer en ingérant des aliments souillés par des œufs de cestode dérivant des excréments de chien ou lors d'un contact direct avec cet animal [4]. En Mauritanie, les dromadaires sont les plus touchés, la seule étude lésionnelle réalisée chez l'homme a montré que les poumons étaient le siège de prédilection (52%), suivis par le foie (33%) et que 15% des kystes étaient disséminés dans d'autres viscères: rate (4%), cerveau (3%), cœur (2%), seins (2%), reins (2%), diaphragme (1%) et péritoine (1%) [3].

Le kyste hydatique du rein représente la localisation la plus fréquente du tractus urogénital. Il est souvent primitif, presque toujours unique, habituellement unilatéral, à localisation corticale et sous capsulaire, préférentiellement polaire. L'évolution est souvent latente expliquant parfois la découverte de masses volumineuses avant l'apparition des signes cliniques qui sont peu spécifiques [5].

Le syndrome douloureux constitue le tableau clinique souvent révélateur. Les autres signes, tels que la fièvre, l'hypertension artérielle et les symptômes urinaires, demeurent rares. L'hydraturie représente le seul signe spécifique, il traduit l'ouverture du kyste hydatique dans les cavités excrétrices [4].

Notre observation partage ses caractéristiques anatomo-cliniques avec celles de la littérature sauf pour le côté, car la prédominance du rein gauche est rapportée dans la littérature [4].

Le bilan radiologique représente l'élément clé du diagnostic. Selon HETET et coll, l'arbre urinaire sans préparation peut montrer des calcifications de la loge rénale dans de 15% à 60% des cas [6]. L'échographie a une fiabilité d'environ 80%, même en cas de rupture du kyste dans les voies excrétrices. Les aspects échographiques ont été détaillés dans les travaux de Gharbi (Tableau 1) [2,4].

Dans notre observation, l'aspect échographique correspond à un stade I de Gharbi.

La TDM est demandée généralement en cas de doute diagnostique échographiques devant les types I et IV ou en cas de complications. Elle permet de détecter des calcifications, de déterminer la nature du



Figure 1 aspect d'un kyste simple à l'échographie.



Figure 2 et 3 L'uroscanner a montré un léger rehaussement pariétal après injection de produit de contraste.

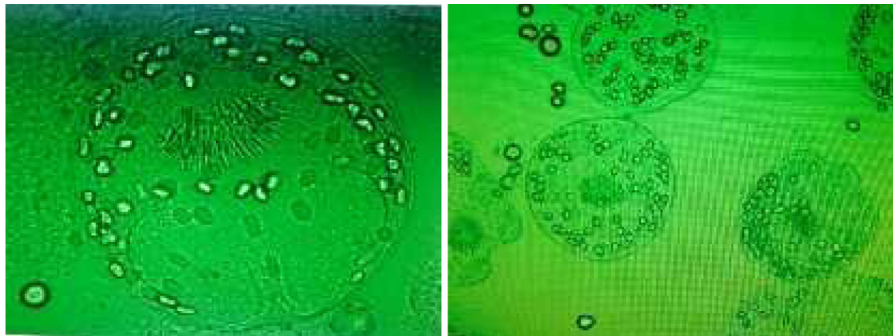


Figure 4 et 5 Protoscolex au microscope à fluorescence

syndrome tumoral, avec la distinction entre kyste hydatique pseudotumoral et tumeur rénale en mettant en évidence l'absence de rehaussement du kyste après injection. Elle précise également son siège, ses rapports et permet de déceler une communication du kyste avec les voies excrétrices qui se traduit par l'opacification de la cavité du kyste après injection du produit de contraste au temps excrétoire de l'acquisition. La TDM permet aussi de faire une estimation du parenchyme sain restant pour une éventuelle chirurgie conservatrice ainsi que de rechercher d'autres localisations hydatiques [2,7].

Sur le plan biologique, L'hyperéosinophilie existe dans moins de 50% des cas, les tests cutanés de Casoni et sérologiques de Ghedini-Weinberg sont dépourvus de toute spécificité, leur positivité oriente le diagnostic mais leur négativité ne l'élimine pas [8].

La chirurgie demeure le traitement de choix des kystes hydatiques rénaux, la résection du dôme saillant est la méthode chirurgicale à privilégier, elle donne d'excellents résultats et permet une bonne réexpansion du parenchyme rénal, Elle consiste à enlever la partie extériorisée, superficielle et avasculaire du périkyte[4].

Dans notre observation, nous avons opté pour cette technique chirurgicale, elle était sûre et facile à réaliser, se qui pourrait être du à la souplesse des parois kystiques dans ce cas.

La périkysectomie totale est généralement difficile, vu le risque hémorragique et le risque de communication avec la voie excrétrice. La laparoscopie a donné d'excellents résultats ces dernières années. Les deux voies, transpéritonéale et rétropéritonéale, ont été utilisées. Cependant, la voie transpéritonéale comporte un risque d'essaimage de la grande cavité péritonéale [4,9].

Le traitement percutané est efficace, il constitue une bonne alternative à la chirurgie en ne comporte qu'un risque minime de réaction anaphylactique [4,10].

Le traitement médical seul est insuffisant, et son efficacité reste controversée. Il est indiqué dans les localisations multiples avec excrèse incomplète ou en cas de localisations péritonéales diffuses associées [5,11].

Conclusion

L'hydatidose est caractérisée en Mauritanie par la prédominance des localisations pulmonaires et hépatiques. L'hydatidose rénale primitive est très rare, elle doit être évoquée devant toute lésion kystique du rein, surtout en zone d'endémie, son diagnostic est essentiellement radiologique. Le traitement de référence reste la résection du dôme saillant.

NB: Un consentement éclairé a été obtenu de la part de notre patiente.

Conflict of interest

None declared by the authors.

Bibliographie

- [1] Vuitton DA. The WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Coordinating Board of the WHO-IWGE. *Parassitologia* 1997;39:349-53.

- [2] Bentani N, Basraoui D, Wakrim B. Kyste hydatique du rein: aspects radiologiques et thérapeutiques. *Progrès en urologie* 2012;22:999–1003.
- [3] Ould Ahmed Salem CB, Schneegans F, Chollet JY. Étude des aspects lésionnels de l'échinococcose hydatique chez l'Homme en Mauritanie: fertilité, histologie des kystes hydatiques et viabilité des protoscolex. *Bull. Soc. Pathol. Exot* 2011;104(1):1–5.
- [4] El Harrech Y, Abakka N, El Anzaoui J. Kyste hydatique du rein: Étude monocentrique de 15 cas. *Can Urol Assoc J* 2014 Jul-Aug;8(7–8):E531–5.
- [5] Ameer A, Lezrek M, Boumdin H, Touiti D, Abbar M, Beddouch A. Hydatid cyst of the kidney based on a series of 34 cases. *Prog Urol* 2002;12:409–14.
- [6] Hétet JF, Vincendeau S, Rigaud J, Battisti S, Buzelin JM, Bouchot O. Renal hydatid cyst: Preoperative diagnosis and therapeutic implications. *Prog Urol* 2004;14:427–32.
- [7] Hasni Bouraoui I, Jemni H, Arifa N. Imaging of renal hydatid cyst based on a series of 41 cases. *Prog Urol* 2006;16:139–44.
- [8] Darbi A, Bassou D, Akjouj S, Ameer M, Chaouir S, Benameur M, et al. Imagerie de l'hydatidose rénale. *Feuill Radiol* 2008;48(5): 283–90.
- [9] Khan M, Sajjad Nazir S, Ahangar S, Farooq Qadri SJ, Ahmad Salroo N. Retroperitoneal laparoscopy for the management of renal hydatid cyst. *Int J Surg* 2010;8:266–8.
- [10] Neumayr A, Troia G, de Bernardis C, Tamarozzi F, Goblirsch S, Picoli L, et al. Justified concern or exaggerated fear: The risk of anaphylaxis in percutaneous treatment of cystic echinococcosis—a systematic literature review. *PLoS Negl Trop Dis* 2011;5:e1154.
- [11] Arif SH, Shams-Ul-Bari, Wani NA, Zargar SA, Wani MA, Tabassum R, et al. Albendazole as an adjuvant to the standard surgical management of hydatid cyst liver. *Int J Surg* 2008;6:448–51.