

Article Original | **Kyste hydatique rétrovésical : aspects diagnostiques et thérapeutiques**

Y. El Harrech, H. Jira, A. Qarro, M. Ghadouane, Y. Ouhbi, A. Ameer et M. Abbar

Service d'urologie, Hôpital Militaire Universitaire Mohammed V, Rabat, Maroc

RESUME

Objectif: Déterminer les aspects cliniques, radiologiques, étiopathogéniques et chirurgicaux des localisations rétrovésicales du kyste hydatique.

Patients et méthodes: De 1988 à 2005, 8 patients présentant un kyste hydatique rétro-vésical (KHRV) ont été hospitalisés et opérés au sein du service d'urologie de l'Hôpital Militaire Universitaire Mohammed V, Rabat, Maroc. L'âge moyen des patients était de 44 ans. Les signes d'irritation vésicale étaient les motifs les plus fréquents de consultation. Un seul cas d'hydaturie a été noté.

Résultats: Une kysto-périkystectomie partielle a été réalisée chez tous les patients. Les suites étaient simples. Un seul patient a présenté une fistule urinaire ayant bien évolué avec tarissement à 3 mois.

Conclusion: La localisation rétro-vésicale du kyste hydatique est rare et le traitement est avant tout chirurgical.

Mots clés : Hydatidose, rétropéritoine, vessie

Correspondance: Dr Younes EL HARRECH, Bloc F, n° 28, lot El Haouzia, Kenitra, Maroc
E. Mail: ylg79@hotmail.com

Détails d'acceptation: article reçu: 22/4/2006

article accepté (après corrections): 12/1/2008

INTRODUCTION

Le kyste hydatique représente un véritable problème de santé publique dans notre pays. Il est du au développement dans l'organisme de l'homme de la forme larvaire du taenia du chien: *Echinococcus granulosus*¹. La localisation rétrovésicale hydatique est rare (0,5 à 1%) par rapport aux autres localisations hydatiques².

Il est considéré comme une localisation "aberrante" ou "ectopique" définie par le développement du parasite dans la graisse sous et rétrovésicale.

Les signes cliniques sont d'apparition tardive et sont représentés essentiellement par des troubles mictionnels.

Le diagnostic repose surtout sur l'échographie, et le traitement est chirurgical. La kysto-périkystectomie après stérilisation du contenu du kyste est l'intervention de choix donnant les meilleurs résultats.

PATIENTS ET METHODES

De 1988 à 2005, 8 patients (7 hommes et 1 femme) présentant un kyste hydatique rétro-vésical (KHRV) ont été hospitalisés et opérés dans notre service d'Urologie de l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat.

L'âge moyen de nos patients était de 44 ans avec des extrêmes allant de 8 à 75 ans.

Les troubles mictionnels étaient les motifs les plus fréquents de consultation avec dysurie, pollakiurie et cystalgies chez la plupart des patients voir rétention aigue d'urine retrouvée chez deux patients. L'hydraturie n'a été notée que chez un seul patient. Deux patients rapportaient en outre des signes rectaux sous forme de ténésme, épreintes et deux autres patients avaient à l'examen une masse hypogastrique. Le toucher rectal a retrouvé une masse rénitente développée dans le cul de sac de Douglas chez tous les patients.

Un cas de KHRV a été découvert lors d'une exploration chirurgicale pour occlusion intestinale.

Sur le plan biologique, l'hyper-éosinophilie était inconstante. La sérologie hydatique n'a été réalisée que chez 5 de nos patients et a toujours été positive (Test ELISA).

L'échographie abdomino-pelvienne était le premier examen radiologique pratiqué et a toujours été réalisée en dehors du cas de l'occlusion aigue. Elle a montré un KH type III chez 6 patients et un type IV chez le 7^{ème} selon la classification de Gharbi. Le 8^{ème} patient a bénéficié d'une exploration chirurgicale directement devant le tableau d'occlusion intestinale et n'a pas eu d'échographie pelvienne. Deux patients avaient en outre une deuxième localisation hépatique. L'urographie intra-veineuse (UIV) n'a été réalisée que s'il existait une dilatation des cavités rénales à l'échographie ce qui a été le cas chez 2 patients où elle a montré un refoulement urétéral dans un cas et une compression extrinsèque de la vessie dans l'autre.

Une tomodensitométrie (TDM) a été faite chez quatre patients essentiellement pour doute diagnostique et afin de préciser les rapports avec les organes de voisinage. Cet examen a mis en évidence des images typiques du kyste hydatique: formation kystique cloisonnée, à paroi épaisse et calcifiée par endroits (Fig. 1).

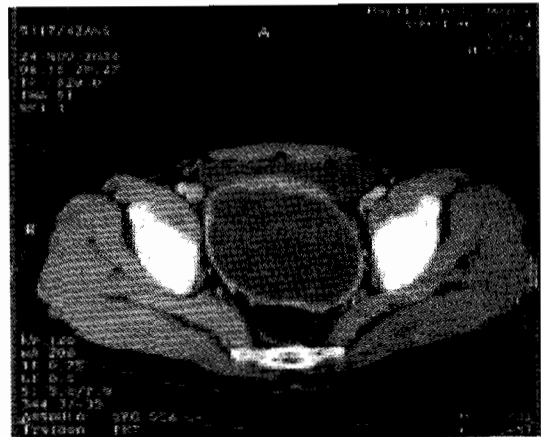


Fig. 1: Tomodensitométrie pelvienne montrant un géant kyste hydatique rétrovésical contenant plusieurs vésicules filles.

La radiographie pulmonaire n'a pas montré de localisations pulmonaires chez l'ensemble des patients de la série.

En dehors d'un cas contre-indiqué pour des raisons anesthésiques (patient porteur d'une hypertension portale avec insuffisance hépatique sévère et trouble de l'hémostase), tous nos patients ont été opérés avec comme intervention de choix une kysto-périkystectomie réalisée par voie sous péritonéale. Une sonde vésicale a été placée chez tous les patients avant l'intervention. Ces sondes ont été retirées à J3 sauf chez un patient qui a présenté une fistule urinaire. Un drainage de la zone opératoire a été mis en place et gardé en moyenne trois jours. Le tableau 1 résume les différentes données cliniques, biologiques, radiologiques et opératoires des patients.

RESULTATS

La kysto-périkystectomie a toujours été possible. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5 jours (4-12 jours). L'évolution post opératoire a été favorable chez six patients. Un patient a présenté une fistule urinaire traitée par sondage vésical ayant permis son tarissement à 3 mois. Le patient contre-indiqué est décédé d'un choc hémorragique secondaire à la rupture de varices oesophagiennes dans le cadre de son hypertension portale.

KYTE HYDATIQUE RETROVESICAL

Tableau 1 : Observations étudiées

Cas	Age, sexe	Motif d'hospitalisation	Echographie	TDM	UIV	Sérologie	Intervention	Suites
1	Homme, 42 ans	dysurie, pollakiurie ténesme, épreintes	KHRV type III + KHF	-	-	Positive	KPP	simples
2	Homme, 48 ans	Peropératoire (intervention pour occlusion intestinale)	-	-	-	Positive	KPP	simples
3	Garçon, 8 ans	Masse hypogastrique	KHRV type III	-	refoulement urétéral	Positive	KPP	simples
4	Femme, 51 ans	Pollakiurie, cystalgies	KHRV type III	Masse de densité liquidienne cloisonnée	-	-	KPP	simples
5	Homme, 40 ans	dysurie, pollakiurie, hydaturie	KHRV type IV + KHF	-	compression extrinsèque de la vessie	-	KPP	simples
6	Homme, 32 ans	dysurie, pollakiurie ténesme, épreintes	KHRV type III	Masse de densité liquidienne cloisonnée	-	Positive	KPP	Fistule urinaire tarie à 3 mois
7	Homme, 56 ans	RAU, masse hypogastrique	KHRV type III	formation kystique cloisonnée, à paroi épaisse	-	-	Contre-indiqué	Décès par complications d'HTP
8	Homme, 75 ans	RAU	KHRV type III	formation kystique cloisonnée, à paroi épaisse calcifiée par endroits	-	Positive	KPP	simples

KHRV : kyste hydatique rétrovésical ; KHF : kyste hydatique du foie ; KPP : kysto-perikystectomie ; RAU : rétention aiguë d'urines
TDM: tomodensitométrie; UIV: urographie intraveineuse.

Cinq patients ont été suivis de façon régulière pendant 2 ans. Le recul pour les deux autres a été de 6 mois. Le suivi a comporté un examen clinique dont un toucher rectal et un contrôle échographique. Aucune récurrence n'a été notée.

DISCUSSION

L'hydatidose est une parasitose très fréquente dans les pays du Maghreb et en particulier dans notre pays¹. Les organes les plus touchés par cette parasitose sont le

foie et les poumons. Cependant, les kystes peuvent se localiser à n'importe quel autre point de l'organisme, dès que ces deux filtres anatomiques sont dépassés. Les localisations viscérales les plus fréquentes sont le foie (60%) et le poumon (30%)^{3,4}.

La localisation hydatique au niveau de l'appareil uro-génital est dominée par l'atteinte rénale qui vient en troisième lieu des localisations viscérales avec 2 à 5%.¹ La localisation rétro-vésicale est rare et ne représente que 0,1 à 0,5%². Cette localisation peut être primitive suite à une dissémination hématogène des embryons et leur développement dans l'espace rétrovésical⁵ ce qui était le cas de six de nos patients chez qui aucune autre localisation intra-abdominale n'a été notée. L'autre voie de dissémination est représentée par une fissuration de kystes hydatiques abdominaux et migration secondaire des embryons dans le cul de sac de Douglas^{6,7} ce qui a été le cas des deux autres patients qui avaient une localisation hépatique. Une autre voie exceptionnelle pouvant expliquer la localisation rétrovésicale du kyste hydatique est la voie lymphatique par emprunt du système veineux de Retzius et les anastomoses de Schmiedel⁵.

Les adultes semblent être plus touchés par les localisations rétrovésicales et rétropéritonéales avec une moyenne d'âge de 49,8 ans⁸. Ceci pourrait s'expliquer par l'évolution lente à bas bruit de ces hydatides moins soumises aux contraintes inflammatoires et mécaniques rencontrées dans les organes pleins⁶.

Sept de nos kystes hydatiques rétrovésicaux ont été trouvés chez des hommes. Cette prédominance masculine ne doit cependant pas nous amener vers des extrapolations épidémiologiques. En effet, notre étude comporte un double biais; la taille réduite de l'échantillon d'une part (quatre cas uniquement) et le mode de recrutement des patients d'autre part, car si pour une symptomatologie pelvienne les hommes consulteraient exclusivement en urologie, les femmes, quant à elles, consulteraient plutôt en gynécologie.

Cette affection a une évolution lente et silencieuse et les signes cliniques n'apparaissent qu'à un stade tardif de l'évolution de la maladie. La symptomatologie est dominée par les troubles mictionnels^{2,6,7}. Il s'y associent souvent des signes digestifs à type de constipation ou de crise hémorroïdaire⁶. Seulement deux de nos patients avaient une masse hypogastrique à l'examen alors que le toucher rectal a toujours révélé une masse du cul de sac de Douglas. L'apparition d'une hydaturie est un signe pathognomonique et est le signe la fissuration du kyste dans la vessie⁹.

Mais c'est un signe exceptionnel et n'a été retrouvé que chez un seul de nos patients.

Le diagnostic positif du kyste hydatique repose principalement sur l'échographie, surtout pour préciser la localisation du kyste, ses rapports vasculaires et l'existence d'autres localisations. Par ailleurs elle permet de distinguer 5 types de kyste hydatique selon Hassine et al.¹⁰ Le type I est une collection anéchogène, liquidienne pure, bien limitée, avec renforcement postérieur, correspondant au kyste jeune univésiculaire non compliqué. Le type II est une collection liquidienne à paroi dédoublée. Le type III est une collection liquidienne, cloisonnée, à contours parfaitement définis, correspondant au kyste multivésiculaire. Le type IV est une formation pseudotumorale, d'échostructure hétérogène, à contours irréguliers. Le type V correspond à une formation à parois hyperéchogènes avec cône d'ombre postérieur, correspondant au kyste hydatique calcifié.

Les types II, III et V ne posent pas de problème diagnostique mais le type IV dit pseudotumoral pose un problème de diagnostic différentiel. Dans ce cas le recours à la TDM abdominale est indispensable afin d'étayer le diagnostic¹¹. Dans notre série six kystes étaient de type III et un de type IV.

L'uroscanner avec clichés tardifs (voire l'urographie intraveineuse si l'examen précédent n'est pas disponible) est indispensable

en présence d'une dilatation des cavités rénales⁸. Elle permet de préciser la topographie du kyste, surtout d'apprécier le retentissement de cette masse sur le haut appareil urinaire⁷. La fistulisation du kyste dans la vessie peut se révéler sur le cliché du cystogramme par l'opacification de la cavité kystique.

Sur le plan biologique, la sérologie hydatique a une sensibilité moyenne dans les localisations extra-hépatiques d'environ 30 à 70%¹¹⁻¹³, mais peut aider au diagnostic en cas de doute. Cinq de nos patients ont eu une sérologie hydatique et elle a toujours été positive. L'hyper éosinophilie serait évocatrice d'une hydatidose dans 33 à 53% des cas¹⁴.

Le traitement du KHRV est chirurgical. La voie d'abord doit être extrapéritonéale⁷, minimisant le risque de dissémination hydatique et les suppurations secondaires ainsi que les occlusions post opératoires¹⁵. Toutefois, en cas de doute diagnostique ou s'il existe d'autres localisations intrapéritonéales associées, la voie intrapéritonéale doit être préconisée permettant le traitement en un temps des kystes intra et extra-péritonéaux. La voie coelioscopique n'a pas été décrite pour cette localisation particulière de la pathologie hydatique, cependant certains auteurs ont essayé cette voie pour des kystes rétrovésicaux d'origine séminale avec de bons résultats en matière d'efficacité et de morbidité^{16,17}. Nous pensons dès lors qu'elle peut être appliquée aux kystes hydatiques rétrovésicaux à condition de respecter les mêmes principes que la chirurgie à ciel ouvert afin d'éviter toute dissémination hydatique.

La cure consiste en une injection d'une solution scolicide (sérum hypertonique ou eau oxygénée à 10 volumes) pendant 10 minutes, puis vidange du contenu du kyste après une protection du champ opératoire par des champs imbibés de la solution. La technique de choix est la kysto-périkystectomie totale quand c'est possible, sinon elle sera partielle réséquant le maximum du périkyste et épargnant les plaques au contact des zones dan-

gereuses telles que les uretères, les vaisseaux ou le tube digestif. Ceci a été le cas dans notre série. Le drainage de la cavité résiduelle ne protège pas contre la surinfection¹⁸. Un suivi est nécessaire afin de dépister le plus précocement possible une éventuelle récurrence.

En ce qui concerne le traitement médical, l'expérience a été acquise grâce aux études sur le kyste hydatique hépatique en utilisant des agents anti-helminthes tels les dérivés de benzimidazole. Selon ces études, le traitement préopératoire à base d'albendazole diminue la viabilité du kyste mais la durée du traitement demeure controversée¹⁹. Erzurumlu et al. commencent le traitement 5-20 jours avant la chirurgie et le continuent 3-7 mois après selon un schéma cyclique mensuel afin de prévenir les récurrences²⁰.

Le traitement chirurgical doit prendre considération du désir de fertilité du patient. Une conservation du sperme doit être planifiée, si le kyste contracte des rapports intimes avec les vésicules séminales et que l'excision chirurgicale s'annonce difficile.

En conclusion, la localisation rétrovésicale du kyste hydatique est rare mais non exceptionnelle dans les pays à forte endémicité hydatique comme le Maroc. Elle serait due à un double mécanisme étiopathogénique: dissémination hémotogène ou greffe secondaire dans le cul de sac de Douglas par fissuration d'un kyste intra abdominal. Les signes cliniques sont dominés par les troubles mictionnels. L'échographie complétée selon les cas d'une TDM permet de poser le diagnostic dans la majorité des cas. La sérologie hydatique est utile et doit être demandée de façon systématique. Le traitement est chirurgical consistant en une kysto-périkystectomie totale dans le meilleur des cas; celle-ci peut être partielle en cas d'accolement à des zones dangereuses. Il faut insister aussi sur l'intérêt de la prévention primaire de cette maladie afin de réduire son incidence dans notre pays.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ameer A, Lezrek M, Boumdin H, Touiti D, Abbar M, Beddouch A. Le kyste hydatique du rein. Traitement a propos de 34 cas. [Hydatid cyst of the kidney based on a series of 34 cases]. *Prog.Urol.* 2002; Jun;12(3):409-14.
2. Ameer A, Boumadian H, Aqira A, Draoui D. Le kyste hydatique retrovesical. A propos de six cas. [Retrovesical hydatid cyst. Apropos of 6 cases]. *Prog.Urol.* 1998; Sep;8(4):557-60.
3. Deve, F. L'echinococcose secondaire. Paris: Societe d'Editions Scientifiques. 1901.
4. Deve, F. L'echinococcose primitive. Paris: Masson et Cie. 1949.
5. Benchekroun A, Hachimi M, Marzouk M, Lakrissa A, Abakka T, Faik M, et al. Les kystes hydatiques retroperitoneaux. Trois nouveaux cas. [Retroperitoneal hydatid cysts. 3 new cases]. *Acta Urol.Belg.* 1987;55(4):522-7.
6. Angulo JC, Escribano J, Diego A, Sanchez Chapado M. Isolated retrovesical and extrarenal retroperitoneal hydatidosis: Clinical study of 10 cases and literature review. *J.Urol.* 1998; Jan;159(1):76-82.
7. Bennani S, el Mrini M, Raji A, Meziane F, Benjelloun S. Les kystes hydatiques retro-vesicaux et retro-peritoneaux isolés. A propos de cinq cas. [Isolated retrovesical and retroperitoneal hydatid cysts. 5 case reports]. *Ann.Urol. (Paris).* 1992;26(6-7):344-9.
8. Ben Adballah R, Hajri M, Aoun K, Ayed M. Kyste hydatique retrovesical et retroperitoneal extrarenal: Etude descriptive sur 9 cas. [Retrovesical and retroperitoneal extrarenal hydatid cyst: Descriptive study of 9 cases]. *Prog.Urol.* 2000; Jun;10(3):424-31.
9. Vaidyanathan S, Rao MS, Sharma SK, Rajendran LJ, Subudhi CL, Rao KM, et al. Non-operative management of a pelvic hydatid cyst communicating with the bladder. *J.Urol.* 1979; Feb;121(2):245-7.
10. Hassine W, Dupuch K, Gharbi HA. Apport de l'echotomographie dans la pathologie hydatique du foie chez l'enfant. A propos de 42 cas. [Value of ultrasonography in hydatid liver disease in children : A report on 42 cases (author's transl)]. *J.Radiol.* 1980; May;61(5):323-7.
11. Horchani A, Noura Y, Kbaier I, Attyaoui F, Zribi AS. Hydatid cyst of the kidney. A report of 147 controlled cases. *Eur.Urol.* 2000; Oct;38(4):461-7.
12. El Moussaoui A, Aboutaieb R, Joual A, el Mrini M, Meziane F, Benjelloun S. Le kyste hydatique retrovesical isole. A propos de 2 cas. [Isolated retrovesical hydatid cyst. Apropos of two cases]. *J.Urol.(Paris).* 1994;100(2):101-4.
13. Zmerli S, Ayed M, Horchani A, Chami I, El Ouakdi M, Ben Slama MR. Hydatid cyst of the kidney: Diagnosis and treatment. *World J.Surg.* 2001; Jan;25(1):68-74.
14. Khouaja MK, Ben Sorba N, Haddad N, Mosbah AT. Le kyste hydatique retrovesical: Aspects diagnostiques et therapeutiques a propos de 8 cas. [Retrovesical hydatid cyst: Diagnosis and treatment in 8 cases]. *Prog.Urol.* 2004; Sep;14(4):489-92.
15. Amar J, Garnier J, Faraj A, Taobane H, Aovame H, Oukheira H, et al. Le kyste hydatique retroperitoneal isole. A propos de deux nouveaux cas. [Isolated retroperitoneal hydatid cyst. Apropos of 2 new cases]. *J.Urol.(Paris).* 1983;89(2):147-52.
16. Haringanji C, Bruyere F, Boutin JM, Haillet O, Lanson Y. Un kyste symptomatique des vesicules seminales traite par laparoscopie. [Laparoscopic treatment of a symptomatic seminal vesicle cyst]. *Prog.Urol.* 2004; Jun;14(3):417-9.
17. McDougall EM, Afane JS, Dunn MD, Shalhav AL, Clayman RV. Laparoscopic management of retrovesical cystic disease: Washington University experience and review of the literature. *J.Endourol.* 2001; Oct;15(8):815-9.
18. Njeh M, Hajri M, Chebil M, el Ouakdi M, Ayed M. Le kyste hydatique retro-vesical. A propos de deux cas. [Retrovesical hydatid cyst. Apropos of 2 cases.]. *Ann. Urol.(Paris).* 1993;27(2):97-100.
19. Emir L, Karabulut A, Balci U, Germiyanoglu C, Erol D. An unusual cause of urinary retention: A primary retrovesical echinococcal cyst. *Urol.* 2000; Nov;56(5):856.
20. Erzurumlu K, Hokelek M, Gonlusen L, Tas K, Amanvermez R. The effect of albendazole on the prevention of secondary hydatidosis. *Hepatogastroenterology.* 2000; Jan-Feb;47(31):247-50

ABSTRACT

Retrovesical Hydatid Cyst: Diagnostic and Therapeutic Aspects

Objective: To evaluate the clinical, radiological and surgical features of retrovesical hydatid cysts and to discuss their etiology and pathogenesis. **Patients and Methods:** Between 1988 and 2001, 8 patients with retrovesical hydatid cysts were hospitalized and operated at the Urology Department of the Military University Hospital Mohamed V, Rabat, Morocco. The mean age of the patients was 44 years. Bladder irritation was the most frequent presenting symptom. Hydaturia was found in one case only. **Results:** Cysto-pericystectomy was performed in all patients. The post-operative course was uneventful and only one patient developed urinary fistula which was repaired successfully. **Conclusion:** Retrovesical hydatid cysts are rare and treatment is mainly surgical.