

KYSTE HYDATIQUE DU MASSÉTER : A PROPOS D'UN CAS

Z. MZIOU, R. MOATEMRI, M. CHELBI, M. OMEZZINE, S. AYACHI,
A. SLAMA, H. KHOCHTALI

SERVICE DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
CHU SAHLOUL. SOUSSE. TUNISIE

RESUME

L'échinococcose est une zoonose cosmopolite qui sévit à l'état endémique dans les pays où s'effectue l'élevage du bétail. La localisation cervico faciale et particulièrement musculaire massétérine est exceptionnelle même en zone d'endémie.

Le kyste hydatique au niveau de cette localisation pose un problème de diagnostic et des difficultés thérapeutiques du fait de la présence de filets nerveux du VII.

Les auteurs rapportent un cas rare de localisation primaire d'un kyste hydatique au niveau du muscle masséter.

Mots clés : Kyste hydatique, face, masséter, imagerie, chirurgie.

SUMMARY

Echinococcosis is a widespread zoonosis, which is endemic in most sheep raising countries. The cervico facial localisation and particulary masseter muscular is uncommon even in these endemic areas.

The hydatid cyst in this location raises a problem of diagnosis and therapeutic difficulties because of the presence of nervous nets of VII.

The authors report a rare case of primary hydatid cyst localized in masseter muscle.

Key words : Kyste hydatique, face, masséter, imagerie, chirurgie.

INTRODUCTION

L'échinococcose ou maladie hydatique est une zoonose dont le parasite responsable est le cestode de l'échinococcus granulosus. Elle sévit à l'état endémique dans les pays où s'effectue l'élevage du mouton et du bétail notamment dans le pourtour méditerranéen (1,2). Les localisations préférentielles du parasite sont le foie et le poumon (80 à 90%des cas). Après avoir franchi ces deux filtres, la larve peut s'implanter dans n'importe quel organe (1). La localisation cervico faciale est rare et représente moins de 1% des cas (3,4). L'atteinte du masséter est exceptionnelle (4).

A travers cette observation, nous rapportons les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette localisation inhabituelle.

OBSERVATION

Mme M.M âgée de 46 ans, sans antécédents pathologiques notables, avait présenté une tuméfaction génienne haute gauche, indolore, évoluant depuis plusieurs années. L'apparition depuis quelques semaines d'une limitation de l'ouverture buccale a motivé la patiente à consulter. L'examen a trouvé une tuméfaction isolée de 3 cm de diamètre au niveau de la région massétérine, rénitente, non douloureuse, adhérente aux plans profonds et recouverte d'une peau saine (Figure 1).



Fig. 1 : Photographie clinique préopératoire :
Tuméfaction génienne haute gauche.

La motricité et la sensibilité faciale étaient conservées. L'ouverture buccale était légèrement limitée à 30 mm. De la salive claire coulait de l'orifice du canal de Stenon. Le reste de l'examen clinique était normal en particulier l'examen cervical notait l'absence d'adénopathies cervicales.

L'échographie des parties molles a mis en évidence une formation kystique intra massétérine, cloisonnée, entourée par une paroi épaisse et sans calcification intra kystique.



La TDM du massif facial a montré une formation hypodense kystique multiloculaire de siège masséterin gauche de 3 cm de diamètre, non vascularisée et ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste. Cette formation a fait évoquer le diagnostic d'un lymphangiome kystique (Figure 2).

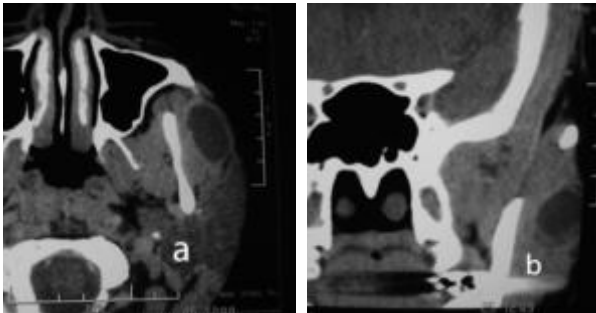


Fig. 2 : TDM du massif facial :

- a- Coupe transversale en fenêtre parenchymateuse montrant une formation kystique hypodense multiloculaire située au niveau du muscle masséter gauche.
- b- Coupe coronale en fenêtre parenchymateuse montrant l'épaississement de la paroi inférieure du kyste.

L'exérèse chirurgicale a été faite par voie de parotidectomie gauche. En per opératoire, on a découvert une tumeur intra massétérine en avant du prolongement antérieur de la parotide (Figure 3).

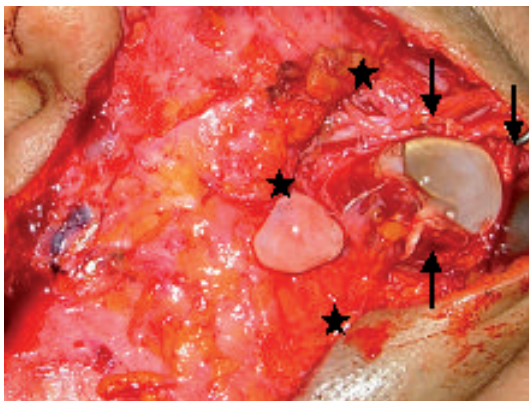


Fig. 3 : Vue peropératoire : formation kystique intramusculaire en avant du bord antérieur de la parotide (*) contenant des vésicules. Cette formation était surmontée par des filets nerveux du VII (rameaux buccaux). (→)

La dissection rétrograde des branches cervico faciales du nerf facial (branches buccales) surmontant la tuméfaction a mis en évidence une formation kystique à paroi rigide, contenant de multiples vésicules « vésicules filles » de tailles différentes et un liquide clair « eau de roche » évoquant fortement un kyste hydatique (Figure 4).



Fig. 4 : Pièce opératoire : périkyste et vésicules filles.

Une périkystectomie et un lavage abondant du site opératoire par du sérum salé hypertonique, ont été réalisés. Une discrète parésie faciale inférieure transitoire a été notée en postopératoire.

La sérologie hydatique ainsi que la recherche de localisation pulmonaire ou hépatique étaient négatives.

L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de kyste hydatique. Il a montré la présence d'une membrane hydatique lamellaire, d'une membrane prolifère et de nombreux scolex.

Aucune récurrence locale n'a été constatée à 2 ans de recul.

DISCUSSION

L'hydatidose cervico faciale et notamment musculaire est très rare même en zone d'endémie (1,4). L'infestation de l'homme est accidentelle par l'ingestion d'aliments souillés d'œufs de parasite ou par contact direct avec l'hôte définitif (le chien). L'homme remplace alors l'hôte intermédiaire en principe le mouton dans la chaîne du parasite. Le parasite emprunte ensuite le système porte pour se disséminer dans le corps humain, ce qui explique la rareté de l'atteinte extrahépatopulmonaire (1, 2,5). Engin et Sözüer avancent la théorie d'une voie lymphatique pour expliquer les localisations atypiques et solitaires au niveau des parties molles (in6). Bonitacino et al évoquent l'absence d'un tropisme de l'echinococcus granulosis pour le muscle. Il s'agit en effet d'une véritable résistance du muscle à l'hydatidose par la production locale d'acide lactique et la contractilité des fibres musculaires (in6).

Le tableau clinique se résume le plus souvent à un syndrome tumoral, indolore, non inflammatoire d'évolution lente et de découverte tardive (1,4).

Parfois la tuméfaction est responsable de compression des organes de voisinage telle que :

*Une dyspnée par compression de la trachée en cas de kyste cervical.

*Une Impotence fonctionnelle du membre supérieur par compression du plexus brachial si le kyste est de localisation sus claviculaire.

*Un trismus avec mastication douloureuse en cas d'atteinte de la région pterygo-maxillaire (7).

En cas de fissuration ou de surinfection, le kyste hyda-



tique peut simuler un hématome, un abcès chaud ou une tumeur maligne (8).

L'échographie constitue l'examen de première intention, elle permet d'affirmer la nature kystique de la tuméfaction et sa topographie. Elle permet également d'analyser les structures intra kystique : cloisons, vésicules filles, sable hydatique et calcifications. Elle a une sensibilité de 100% dans les cas typiques. Cependant, il existe des formes atypiques où la lésion peut être mixte, solide ou pseudo tumorale avec ou sans image trans sonore en son sein (8). La TDM précisera mieux les rapports locorégionaux surtout vasculaires. C'est l'examen de choix dans l'exploration de la maladie hydatique surtout dans sa forme multifocale (9). L'IRM, examen non invasif, permet une meilleure approche de la nature des lésions kystiques et de leurs sièges précis. Le kyste présente un hypo signal en séquence pondérée T1 avec prise de contraste après injection de Gadolinium et un hyper signal en séquence pondérée T2 (10). Une radiographie pulmonaire et une échographie abdomino pelvienne sont toujours nécessaires à la recherche d'une autre localisation de la maladie notamment hépatique et pulmonaire (11,12,13).

Le cloisonnement de la larve par les fibres musculaires explique la fréquence de la négativité de la sérologie hydatique et la normalité de l'éosinophilie dans les formes musculaires, comme c'était le cas pour notre patient. Cependant, la biologie garde un intérêt dans la surveillance du traitement quand elle est positive (2).

Le traitement du kyste hydatique dans sa forme musculaire est chirurgical. Le fait que le kyste soit bien encap-

sulé dans les fibres musculaires rend facile la périkystectomie emportant le kyste entier sans effraction de sa paroi (3,7). Des mesures de précautions per opératoires utilisant des champs imbibés de sérum hypertoniques permettent d'éviter la dissémination locale du scolex. Quand la localisation est unique, certains auteurs préconisent un traitement par injection intra kystique de solution saline hypertonique sous contrôle scannographique, d'autres préconisent une ponction aspiration injection d'alcool et de produit sclérosant (4). Le traitement médical par les dérivés de benzimidazoles (albendazole)® est réservé à certaines indications telles que les formes disséminées multifocales, les formes compliquées de rupture per opératoire pour éviter le risque de récurrence ou encore chez les patients inopérables (4,8). Toutefois, l'éducation et l'information des populations en zone d'endémie restent le meilleur moyen de prévention.

CONCLUSION

L'hydatidose est une affection bénigne mais qui peut devenir grave par ses complications évolutives. La localisation cervico faciale et surtout musculaire massétérine reste exceptionnelle mais à ne pas méconnaître en zone d'endémie.

Le traitement repose essentiellement sur la chirurgie. La difficulté réside dans les rapports anatomiques entre le kyste hydatique et les structures nerveuses de voisinage.

REFERENCES

- 1- Bellil S., Limaiem F., Bellil K. et al. Épidémiologie des kystes hydatiques extra-pulmonaires: 265 cas en Tunisie. Méd et mal infectieuses; 2009 (in press).
- 2- Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. Clin Microbiol Rev 2004; 17 (1):107-35.
- 3- Shuker S. Hydatid Cyst in the Maxillofacial Region. J Oral Maxillofac Surg, 1994 ; 52:1086-1089.
- 4- Guillausseau PJ, Deumier B, Levet Y, Wassef M, Garin Y, Bredin O, Lubetzki J. Muscular hydatidosis with localization in the masseter muscle. Presse Med.1986 31;15(22):1049.
- 5- Turki I., Turki A., Khochtali H., Bakir D., Bakir A.. L'hydatidose ptérygoïdienne Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 2005;106(1) : 27-29.
- 6- Daoudi A., Shimi M., Lahrach K. et al. Échinococose isolée du muscle flexor digitorum profundus : à propos d'un cas. Chir de la main ; 2009 (in press).
- 7- Soyulu L., Aydogan L.B., Kirglu M. et al. Hydatid cyst in the head and neck area. Am J Otolaryngol 1995; 16:123-25.
- 8- Abbassi R., Kacemi L., Briche M. et al. Hydatidose cervico-faciale: À propos

- d'un cas. J Radiol 2007; 88:1725-7.
- 9- Pasaoglu E, Damgaci L, Tokoglu F, et al. Case report CT findings of hydatid cyst with unusual location: infratemporal fossa. Eur Radiol 1998; 8:1570-2.
- 10- Alouini Mekki R., Mhiri Souei M., Allani M. et al. Kyste hydatique des tissus mous : apport de l'IRM (À propos de trois observations). J Radiol 2005; 86: 421-5.
- 11- Bel Hadj Youssef D., Loussaief C., Ben Rhomdhane F., Chakroun M. et al. Kyste hydatique primitif intraosseux : à propos de deux cas. La Rev de méd interne 2007 ;28: 255-58.
- 12- Loudiye H., Aktaou S., Hassikou H., El Bardouni A. et al. Hydatidose osseuse : étude de 11 cas. Rev du Rhumatisme 2003 ; 70 :732-5.
- 13- Akkari K., Chnitir S., Ben Miled M. et al. Kyste hydatique cervico-médiastinal: A propos d'un cas. J. TUN ORL. 2007;19 :