

KYSTE HYDATIQUE CERVICAL : A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

M. BELLAKHDHAR, M. HASNAOUI, B. DAABEK.

SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO FACIALE
HÔPITAL RÉGIONAL SIDI BOUZID

RESUME

Introduction : la localisation cervico-faciale du kyste hydatique est rare, elle représente 2% de toutes les localisations .
But : rappeler les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques des kystes hydatiques cervicaux.

Méthode : Nous rapportons 3 observations de kystes hydatiques cervicaux, colligés au service ORL et chirurgie cervico-faciale de Sidi Bouzid entre 2001 et 2009.

Résultats : Il s'agit de deux filles âgées de 12 et 10 ans et d'un homme âgé de 50 ans. Dans deux cas le kyste hydatique était dans la loge submandibulaire et dans un cas, il était sus-claviculaire. Les trois malades ont eu une échographie cervicale qui a évoqué le kyste hydatique dans un cas. La sérologie hydatique était positive dans le seul cas où le patient avait un antécédent de kyste hydatique du foie opéré. La radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient normales dans les trois cas. Tous nos malades ont eu une périkystectomie totale. L'évolution était bonne avec absence de récurrence respectivement de 6 mois, 2 ans et 4 ans.

Conclusion : les kystes hydatiques cervicaux sont rares même en pays d'endémie. L'imagerie et la biologie orientent le diagnostic qui reste histologique. Le traitement est chirurgical et surtout préventif.

Mots clés : Kyste hydatique, localisation cervicale, imagerie, chirurgie.

SUMMARY

Introduction: cervical location of a hydatid cyst is rare, it represents 2% of all locations .

Purpose: review clinical, biological, radiological and therapeutic particularities of cervical hydatid cyst.

Patients: three cases of cervical hydatid cyst, treated in the ENT department of Sidi Bouzid hospital between 2001 and 2009.

Results: there were 2 girls, 12 and 10 years old and one man, 50 years old. In two cases the hydatid cyst was sub mandibular, and in one case, it was sus clavicular. The three patients had a cervical ultrasonographic examination, the hydatid cyst was suspected in one case. The hydatid serology was positive in one case where the patient had a liver hydatid cyst history. Ultrasonographic examinations of the liver and plain chest radiograph were normal in the three cases. Total excision of the cyst was undertaken for the three patients. All patients were free of recurrent disease at the time of last follow (6 months, 2 years and 4 years).

Conclusion: cervical hydatid cysts are rare even in endemic disease country. Laboratory studies together with imagery, helps to ascertain the diagnosis which remains histological. Surgical removal of the cyst is the treatment of choice, but it is mainly preventive.

Key words: hydatid cyst, cervical localization, imaging, surgery.

INTRODUCTION

L'hydatidose est une anthrozoonose causée par le développement chez l'homme de la forme larvaire du *Tænia echinococcus granulosus* (1,2). C'est une maladie ubiquitaire avec une prédilection de l'atteinte hépatique (60% des cas) et pulmonaire (30% des cas) (3).

La localisation cervicale est extrêmement rare même en pays d'endémie (4).

Nous rapportons 3 cas de kyste hydatique cervicaux colligés au service ORL et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital régional de Sidi Bouzid entre 2001 et 2009.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Il s'agit d'une fille âgée de 12 ans d'origine rurale, sans

antécédents pathologiques notables, notamment pas de notion de contact avec les chiens, qui a consulté en septembre 2009 pour une tuméfaction sus-claviculaire droite évoluant depuis 4 mois.

L'examen a trouvé une masse sus-claviculaire droite de 3 cm de grand axe, rénitente, mobile par rapport aux deux plans profond et superficiel et bien limitée, la peau en regard était saine. Par ailleurs, il n'y avait pas d'adénopathies et la loge thyroïdienne était libre.

L'échographie cervicale a objectivé une formation kystique hypoéchogène, uniloculaire et non vascularisée. La radiographie du thorax était normale.

La patiente a eu une cervicotomie exploratrice avec découverte d'une masse kystique blanchâtre avec une membrane prolifère évoquant le kyste hydatique (Fig 1).



Elle a eu une périkystectomie totale.



Fig. 1 : Kyste hydatique sus claviculaire (vue peropératoire).

L'examen histologique du kyste a confirmé le diagnostic d'hydatidose.

Une sérologie hydatique et une échographie abdominale ont été pratiquées en post opératoire, elles étaient respectivement, négative et normale.

Les suites opératoires étaient simples. Aucune récurrence n'a été observée avec un recul de 6 mois.

OBSERVATION 2

Il s'agit d'une fille âgée de 10 ans, sans antécédents pathologiques notables, issue d'un milieu rural qui a consulté en Avril 2005 pour une tuméfaction de la région submandibulaire gauche évoluant depuis quelques mois et qui a augmenté progressivement de volume, sans signes accompagnateurs.

L'examen a mis en évidence une masse de la loge submandibulaire gauche, indépendante de la glande submandibulaire, faisant 3 cm de grand axe, molle, bien limitée et la peau en regard était saine.

L'échographie cervicale a montré une masse kystique avec une membrane épaisse qui a orienté vers un kyste hydatique (Fig 2).



Fig. 2 : échographie cervicale : masse kystique hypo écho-gène avec une membrane épaisse.

La sérologie hydatique était négative. La radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient sans anomalies.

La patiente a été alors opérée, elle a eu une cervicotomie exploratrice avec découverte d'un kyste hydatique. Une périkystectomie totale a été réalisée après protection du champ opératoire par des champs imbibés par du sérum salé hypertonique.

L'examen histologique définitif a conclu à un kyste hydatique et l'évolution était bonne avec un recul de 2 ans.

OBSERVATION 3

Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans, agriculteur, avec un antécédent de kyste hydatique du foie opéré en 1998 qui a consulté en février 2001 pour une tuméfaction de la région submandibulaire gauche évoluant depuis 6 mois.

L'examen a mis en évidence une masse de la loge submandibulaire gauche de 4 cm de grand axe, molle, mobile par rapport aux deux plans profond et superficiel, indolore et la peau en regard était saine.

L'échographie cervicale a montré une tuméfaction de la loge submandibulaire gauche de nature kystique indépendante de la glande submandibulaire. La sérologie hydatique était positive. La radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient sans anomalies en particulier pas de récurrence de kyste hydatique hépatique.

Le patient a été opéré avec découverte en per opératoire d'une formation kystique avec un contenu liquidien eau de roche (Fig 3).

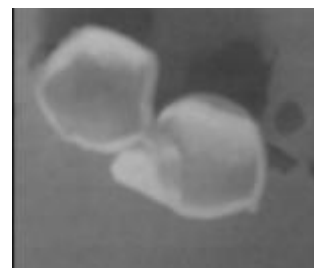


Fig. 3 : formation kystique avec un contenu liquidien eau de roche.

Il a eu une périkystectomie totale après protection du champ opératoire par des champs imbibés avec du sérum hypertonique.

Les suites opératoires étaient simples et le recul sans récurrence était de 4 ans.

DISCUSSION

Le kyste hydatique ou hydatidose est une anthroponose due au développement chez l'homme de la forme larvaire du taenia *Echinococcus granulosus*. 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) (5).

Il sévit à l'état endémique et constitue un véritable problème de santé publique en Tunisie. En effet, l'incidence chirurgicale y est de 15/ 100 000 habitants (6). La fréquence de l'atteinte hydatique cervico-faciale est estimée, dans la littérature, de 1 à 2% de toutes les localisations (1, 3). En Tunisie, une étude concernant l'hydatidose en général, a permis d'estimer la fréquence de l'atteinte cervico-faciale à 0,8% (6).

L'hydatidose cervico-faciale s'observe à tout âge avec une prédominance chez les jeunes (7). Parmi nos trois malades, deux étaient des enfants âgés de 12 et de 10 ans.

Le tableau clinique se résume le plus souvent à un syndrome tumoral, indolore, non inflammatoire d'évolution lente et de découverte fortuite (5, 8).

Dans certains cas la tuméfaction peut être responsable de compression des organes de voisinage (9). Des signes de compression à type de dysphagie ou dyspnée sont parfois présents. Zerhouni (10) a rapporté le cas d'un enfant âgé de 6 ans, qui avait un kyste hydatique cervical révélé par une dyspnée haute à cause d'une compression de la trachée.

Dans le cas où le kyste est cervico mediastinal, il peut se manifester par un syndrome de Pancoast Tobias (11) pouvant alors poser un problème de diagnostic différentiel notamment avec le cancer du poumon.

Rarement le kyste hydatique peut se manifester par des signes évoquant une fissuration ou une rupture (4).

Dans notre série le kyste hydatique s'est manifesté, dans les trois cas, par une tuméfaction molle, mobile et indolore sans signes de compression ni de rupture.

La localisation cervico-faciale de l'échinococcose semble être le plus souvent secondaire. Des antécédents d'autres localisations hydatiques ont été retrouvés dans 22,2% des cas dans la série de Charfi (7). Dans notre cas, un antécédent de kyste hydatique du foie a été rapporté par un seul malade.

L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic positif et le bilan d'extension des lésions.

L'échographie est un examen performant. Elle permet d'affirmer la nature kystique de la masse et sa topographie. Les aspects échographiques du KH cervical sont comparables à ceux des autres localisations viscérales. On peut voir des cloisons, des vésicules filles, un sable hydatique ou des calcifications (12).

Dans notre série, l'échographie cervicale a été réalisée pour tous les malades. Elle a évoqué le diagnostic de kyste hydatique chez un malade, en montrant une formation kystique hypoéchogène, à paroi épaisse.

La TDM peut être d'un grand apport diagnostique par la mise en évidence de calcifications pariétales et par l'absence de rehaussement de la densité après injection de produit de contraste (12). Elle précisera mieux les rapports locorégionaux surtout vasculaires (13).

L'IRM prend son intérêt en cas de lésion atypique ou pseudo tumorale. Le kyste hydatique apparaît en hyposignal sur les séquences pondérées en T1. Sur les séquences pondérées en T2, la visualisation d'un liseré périphérique en hypo-signal entouré d'un hyper-signal relatif se rehaussant après injection de produit de contraste réalise le « rim-sign » assez caractéristique de l'hydatidose des parties molles (14, 15).

Une radiographie du thorax et une échographie abdomino-pelvienne sont toujours nécessaires à la recherche d'une autre localisation de la maladie surtout pulmonaire et hépatique.

Pour nos malades, la radiographie du thorax et l'échographie abdominale étaient normales.

La cytoponction à l'aiguille fine peut orienter vers le diagnostic en montrant un liquide « eau de roche » (9). Cet examen est contesté par certains auteurs du fait des risques de fissuration, de dissémination, d'accident anaphylactique et des possibilités d'inoculation infectieuse qu'elle peut provoquer (15).

Sur le plan des examens biologiques, une hyper-éosinophilie sanguine peut être trouvée en phase d'invasion ou lors d'un épisode de fissuration. Mais elle est inconstante et non spécifique (3, 7).

La sérologie hydatique n'a de signification que lorsqu'elle est positive (5, 15). Elle repose sur des réactions sérologiques soit qualitatives (immuno-électrophorèse), soit quantitatives (hématagglutination indirecte, immunofluorescence, ELISA). L'intérêt de la sérologie réside également dans la surveillance postopératoire ; en effet, la persistance ou la ré-ascension des anticorps, peut témoigner d'une récurrence postopératoire ou de l'existence d'une échinococcose méconnue (16). Dans notre série, la sérologie hydatique était positive chez un seul malade, qui avait un antécédent de kyste hydatique du foie.

Le seul traitement radical du kyste hydatique cervical est chirurgical (15, 17). La périkystectomie totale emportant la totalité du kyste est la méthode de choix (4). Des mesures de précaution per opératoires utilisant des champs imbibés de sérum salé hypertonique pour éviter toute dissémination des scolex en cas d'ouverture accidentelle du kyste (5).

La périkystectomie sub totale emportant la partie extériorisée et superficielle du périkyste est réservée aux cas où le kyste adhère aux axes vasculo-nerveux.

Nos trois malades ont eu une périkystectomie totale. Certains auteurs préconisent un traitement par injection intra kystique de solution salée hypertonique ou par aspiration injection d'alcool ou de produit sclérosant sous contrôle scannographique (16, 18).

Le traitement médical aux dérivés imidazolés n'a pas en pratique une grande place dans le traitement de l'hydatidose cervico-faciale. Il est réservé aux cas inopérables ou pour des localisations hydatiques multiples, disséminées et de petites tailles (19).



Il peut être prescrit comme adjuvant à la chirurgie notamment en cas d'une rupture du kyste en per-opératoire ou en cas de récurrence post-opératoire (3, 7).

CONCLUSION

L'hydatidose est une affection bénigne mais qui peut devenir grave par ses complications. La localisation cervicale est rare mais non exceptionnelle. La symptomatologie clinique est polymorphe et diffère selon la topographie du kyste. Le traitement est chirurgical.

La prévention reste toujours nécessaire, surtout en zone d'endémie où il faut rompre le cycle évolutif du parasite en respectant certaines mesures prophylactiques.

REFERENCES

- 1-Meziane M, Mimouni H, Oujilal A, Ben Halima H, Boulaich M, Kzadri M. le kyste hydatique faciale isolé. *J.Tun ORL*, 2008. 21 : 47-48.
- 2-Braham R, Boukoucha M, Zaghouni Ben Alaya H, Maazoun K, Golli M, Nouri A, Guannouni A. Kyste hydatique cervical. *Archives de Pédiatrie* 2008;15:1815-1818.
- 3-Ennouri A, Ben Rhouma S, Makni S, Bouzouita K A, Marrakchi H, Atallah M. L'hydatidose à localisation cervico-faciale. A propos de 7 cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1989; 110: 169-71.
- 4-Akkari K, Chnitir S, Ben Miled M, Mardassi A, Setthom A, Hachicha S et al. kyste hydatique cervico médiastinal. A propos d'un cas. *J Tun ORL*. 2007, 19 : 44-6.
- 5- Mziou Z, Moatamri R, Chelbi M, Ommezine M, Ayachi S, Slama A, Kochtali H. Kyste hydatique du masséter. A propos d'un cas. *J. Tun ORL*, 2008.21 : 49-51.
- 6-Bellil S, Limaïem F, Bellil K, Chelly I, Mekni A, Haouet S et al.Épidémiologie des kystes hydatiques extrapulmonaires : 265 cas en Tunisie. *Méd et mal infect* 39. 2009 : 341-3.
- 7-Charfi A, Sakka M, Skhiri I, et al. Les kystes hydatiques cervico-faciaux. A propos de 9 cas. *Tunis Med* 1998; 76: 239-43.
- 8- Laraoui NZ, Janah A, Detsouli M, Touhami M, Chekkouri IA, Ben Chakroun Y. A propos d'une localisation inhabituelle du kyste hydatique. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1995; 116: 209-11.
- 9- Georgopoulos S, Korres S, Riga M, Kouvidou Ch, Balatsouras D, Ferekidis E. Hydatid cyst in the duct of the submandibular gland. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*.2007; 36: 177-179.
- 10- Zerhouni H, Amrani A, Kaddouri N, Abdelhak M, Benhmmamouch N, Barahioui M. Dyspnée laryngée révélatrice d'une localisation cervicale d'hydatidose : à propos d'un cas. *Arch Pédiatr* 2001 ; 8 : 1341-3.
- 11- Beji M, Ben Messaoud M, Louzir B, Bouzaïdi K, M'hiri Ben Rhouma N, Cherif J et al. Localisation cervico-thoracique d'un kyste Hydatique. *J Radiol* 2004;85:135-137.
- 12- Rochdi Y, Raji A, Elhattab Y, Nouri H, Bouchoua F, Narjisse Y, Ait Mbark B. A propos d'une localisation rare de l'hydatidose : le kyste hydatique cervical. *Fr ORL - 2007 ; 92 : 315-17.*
- 13-Hafsa C, Ben Alaya T, Kriaa S, Jerbi S, Golli M, Hamdi MH, Gannouni A. localisation cervico faciale du kyste hydatique. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*. 2008 Jun;125(3):160-3.
- 14- Alouni 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.
- 15- Kattmis H, Ozturkcan S, Ozdemir I, Guvenc I A, Ozturan X. Primary hydatid cyst of the neck. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery* 28 (2007) 205- 7.
- 16- Hotz M A, Gottstein B. Cystic Echinococcosis of the Parapharyngeal Space: Case Report with a 20-Year Follow-up. *J Oral Maxillofac Surg* 57:80-83, 1999
- 17-Turki I, Turki A, Khochtali H, Bakir D, Bakir A. L'hydatidose ptérygoïdienne. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, 2005; 106, 1, 27-29.
- 18-Akhan O, Enasri S, Ozmen M. Percutaneous treatment of a parotid gland hydatid cyst: a possible alternative to surgery. *Eur Radiol* 2002; 12: 597-9.
- 19- Ben Jemaa M, Marrakchi C, Maaloul I, Mezghanni S, Khemakhem B, Ben Arab N et al. Traitement médical du kyste hydatique : évaluation de l'albendazole chez 3 patients (22 kystes). *Méd et mal infect* 32 (2002) 514-8.