

Kyste hydatique des adducteurs de la cuisse. Aspect I.R.M, à propos d'un cas.

N. Meddeb, N. Bachrouch, M. Elleuch, H. Sahli, E. Cheour, S. Labib & S. Sellami

Service de rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie.
Correspondance : Dr Nihel Meddeb, BPN n°:3.cité Mahrajène, 1082 Tunis, Tunisie.
Tél.:(216) 157 84 99 55, Fax :(216) 184 22 81.E-Mail : Hamouda.boussen@rns.tn

Manuscrit n°2200. "Clinique". Reçu le 11 mai 2000. Accepté le 3 janvier 2001.

Summary: Hydatidosis cyst of adductor muscles: MRI aspects.

Muscular involvement is rare, representing less than 1% of hydrated cyst localisations. Clinical symptoms are insidious and non-specific causing a frequent delay in diagnosis.

We report the observation of a 50 year-old woman consulting for inguinal tumefaction with radiological exploration suggestive of hydrated cyst of adductors muscles. Magnetic resonance imaging is helpful in diagnosis, since it reveals a very suggestive aspect. Treatment is based on surgery, which cures patients but incurs a low risk of local relapse.

Résumé :

L'atteinte musculaire de l'hydatidose est rare, représentant moins de 1 % des localisations de l'échinococcose hydatique humaine. La symptomatologie clinique est insidieuse et peu évocatrice, à l'origine d'un retard diagnostique fréquent.

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 50 ans qui a consulté pour une tuméfaction inguinale gauche, dont l'exploration a abouti au diagnostic de kyste hydatique des muscles adducteurs. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a été d'un grand apport, montrant un aspect très évocateur d'un kyste hydatique. Le traitement est chirurgical, permettant ainsi la guérison, mais avec un risque de récurrence.

hydrated cyst
squeletique muscle
adductor
MRI
surgery
Tunisia
Northern Africa

hydatidose
muscle squelettique
adducteur de la cuisse
IRM
chirurgie
Tunisie
Afrique du Nord

Introduction

Les localisations de prédilection de l'échinococcose humaine sont le foie et les poumons dont elles représentent 85 % des cas (5). Elles posent en général peu de problèmes diagnostiques, car elles sont familières et fréquentes. L'atteinte des parties molles est exceptionnelle, constituant fréquemment des surprises d'examen anatomo-pathologique ou radiologique (1, 9).

Nous rapportons l'observation rare d'un kyste hydatique des adducteurs de la cuisse et discutons de l'apport de l'IRM dans ce contexte.

Observation

Une patiente âgée de 50 ans, d'origine rurale, n'ayant aucun antécédent notable, a été hospitalisée dans notre service pour exploration d'une tuméfaction de la face interne de la cuisse gauche apparue de façon progressive et insidieuse depuis 4 mois. Cette lésion, initialement asymptomatique, a occasionné, après 2 mois d'évolution, des douleurs inguinales puis du membre inférieur gauche, non systématisées.

La douleur, au départ mécanique et calmée par le repos et les antalgiques, est progressivement devenue inflammatoire et insomniaque, amenant la malade à consulter.

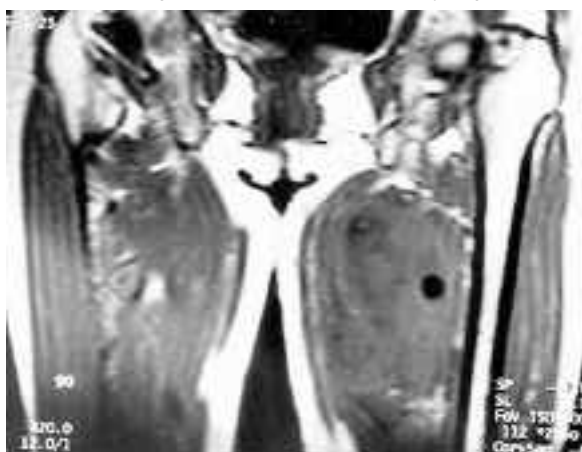
À l'examen, elle était apyrétique et en bon état général. La palpation du creux inguinal gauche retrouvait une masse mal limitée, adhérente au plan profond, légèrement sensible et frémissante.

La vitesse de sédimentation était à 45mm à la 1ère heure et les globules blancs à 6500 éléments/mm³ avec éosinophilie à 2,1 %.

Photo 1.

Coupe coronale en séquence pondérée T1 :
Lésion tumorale de bas signal de la face interne de la racine de la cuisse gauche contenant une formation arrondie de 1cm en hyposignal.

Coronal cross-section by weighted T1 sequence: tumoral lesion of low signal of the internal face of the root of the left hip containing a rounded formation of 1 cm in hyposignal.



Les radiographies standards de la hanche gauche étaient normales. L'échographie de la cuisse gauche a mis en évidence une formation intramusculaire, hypoéchogène et encapsulée, contenant des vésicules, avec un rehaussement du signal Doppler en périphérie de la lésion. L'imagerie par résonance magnétique (IRM), pratiquée pour mieux étudier les rapports de la masse avec les structures vasculaires et

Photo 2.

Coupes coronales et axiales en séquences pondérées T2.
Formation kystique dans la loge des adducteurs.
*Coronal and axial cross-sections by weighted T2 sequences.
Kyst formation in adductor lodge.*



nerveuses avoisinantes, a montré sur les coupes coronales en séquence pondérée T1 une lésion tumorale de bas signal de la face interne de la racine de la cuisse gauche contenant une formation arrondie en hyposignal en T1 (photo 1). En séquence pondérée T2, les coupes coronales et axiales montraient une formation kystique dans la loge des adducteurs (photo 2).

La lésion kystique prenait le contraste après injection de gadolinium avec une paroi épaisse et un contenu hétérogène (photos 3 et 4). Cette formation kystique refoulaît, sans les envahir, les vaisseaux fémoraux superficiels en dedans et le nerf sciatique en arrière. La radiographie du thorax et l'échographie abdomino-pelvienne ne montraient pas d'images évocatrices de kyste hydatique.

Le diagnostic de kyste hydatique a été posé devant la présence en immunoelectrophorèse d'un arc spécifique et la positivité significative du test ELISA (densité optique : DO = 1,1 pour un seuil significatif à 0,4).

La malade a été opérée le 24 février 1999 et l'abord postéro-interne de la cuisse gauche a retrouvé une formation kystique de 15 x 10 cm et deux autres petits kystes de 5 x 3 cm, de part et d'autre de la lésion principale. Ces lésions siégeaient derrière l'axe vasculaire et étaient enfouies dans la masse des adducteurs. Il a été pratiqué devant ces constatations une stérilisation à l'H₂O₂ et une résection macroscopiquement incomplète, laissant en place quelques parois kystiques, en raison de l'adhérence des formations kystiques aux fibres musculaires. Les suites opératoires ont été simples. En macroscopie, le contenu des lésions kystiques était jaunâtre, lié et multivésiculaire. Avec un recul de 8 mois, la patiente est actuellement asymptomatique sur le plan des douleurs de la cuisse et des sciatalgies. L'examen clinique ne retrouve plus de masse palpable dans la loge des adducteurs. La sérologie hydatique post-opératoire est faiblement positive (densité optique DO = 0,4).

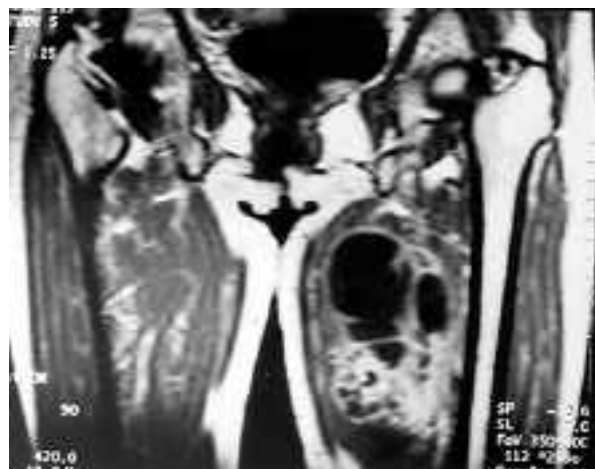
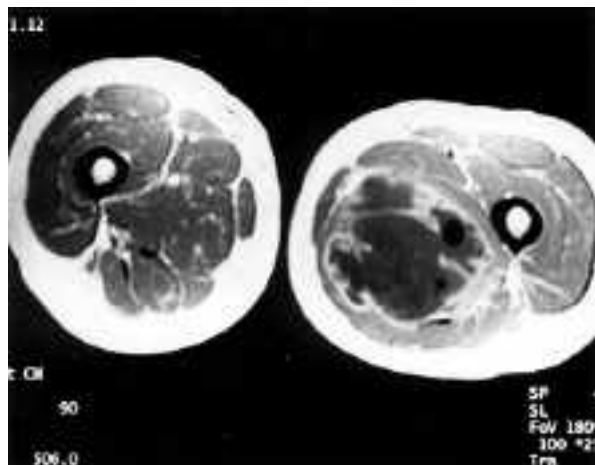
Commentaires

Le muscle squelettique est le siège de 1 % des localisations léchinococciques chez l'homme (1, 5, 9). L'atteinte prédomine sur les muscles du cou, du tronc et de la racine des membres, tel que nous l'avons observé chez notre patiente. Ceci peut être expliqué par la richesse de vascularisation de ces territoires (9). Sur le plan pathogénique, la présence d'une localisation musculaire implique que l'embryon hexacanthe ait franchi le filtre hépato-pulmonaire pour se fixer sur un organe, le plus souvent bien irrigué, le long de son trajet de migration (4).

L'atteinte de régions moins bien vascularisées est expliquée par certains auteurs par un mode de contamination direct, secondaire à la morsure d'un animal infesté ou à la souillure d'une plaie par les défécations d'animaux infectés (3, 4). Cette situa-

Photos 3 & 4.

Coupes coronales et axiales en séquence pondérée T1 après injection de gadolinium. Prise du contraste. Paroi épaisse. Contour hétérogène.
Coronal and axial cross-sections by weighted T1 sequence after Gadolinium injection. Contrast take. Thick wall. Heterogeneous outline.



tion est probablement celle de notre patiente qui présentait une cicatrice ancienne de morsure de chien en regard de la masse. Sur le plan clinique, il faut souligner la latence habituelle d'expression de ces kystes qui se présentent comme des tumeurs inertes, augmentant progressivement de volume au cours des années.

Un certain nombre de kystes est révélé par des complications à type de compressions nerveuses (nerf sciatique) ou d'infections.

Le diagnostic est celui d'une tumeur des parties molles. L'origine hydatique de celle-ci peut être suspectée grâce aux arguments étiologiques (notion de contagé hydatique ou antécédents d'hydatidose).

Les examens complémentaires ne sont pas toujours très parlants. Il existe souvent une éosinophilie. Les examens sérologiques sont très souvent négatifs. La sérologie hydatique n'est habituellement positive qu'en cas d'infection ou de fissuration du kyste (2, 10).

L'échographie permet d'orienter le diagnostic en montrant, comme dans notre cas, une image liquidienne plus ou moins hétérogène avec parfois une visualisation de vésicules filles (7).

L'IRM représente une technique nouvelle très onéreuse qui ne peut prendre place qu'au sommet de l'arbre diagnostique pour répondre à une question précise et indispensable à l'acte thérapeutique (3, 8). L'utilisation de cette méthode dans l'exploration de l'échinococcose des parties molles est encore rare (8). Elle

constitue toutefois une méthode qui s'adapte à ce type de pathologie. Son intérêt essentiel est anatomique, sa haute résolution en contraste et sa discrimination dans les trois plans de l'espace permettent d'établir les rapports intimes avec les nerfs et les vaisseaux. Ceci expliquerait le rôle que peut jouer l'IRM dans l'étude préopératoire de l'extension loco-régionale au niveau des parties molles et les rapports vasculaires et nerveux avec le kyste, ainsi que dans les suivis post-opératoires (8).

L'IRM est certes plus précise que l'échographie et la tomodensitométrie dans la détermination de la morphologie, de la topographie et des rapports avec les structures voisines, notamment vasculaires et nerveuses (3). Mais l'absence de spécificité diagnostique de l'IRM par rapport aux autres techniques d'imagerie en coupe ne fait pas d'elle une technique de première intention. En effet, l'IRM ne sera utile que dans les rares cas où l'échographie et la tomodensitométrie s'avèrent insuffisantes à préciser des rapports complexes du kyste hydatique avec les structures de voisinage vasculaires et nerveuses (3, 8).

L'exérèse des kystes hydatiques des parties molles pose parfois des problèmes (6). L'absence habituelle de plans de clivage, surtout lorsque le kyste est infecté, rend la kystectomie difficile (2, 6). Mais l'adhérence aux éléments vasculo-nerveux peut être, comme dans notre cas, particulièrement serrée et rendre difficile une exérèse complète. La protection du champ opératoire par des compresses au H₂O₂ n'évite pas toujours une contamination opératoire, surtout en cas de fissuration ou d'infection du kyste, d'où un taux relativement fréquent de récurrences locales ou à distance (6, 10).

Conclusion

Le kyste hydatique des parties molles est une tumeur rare, à développement lent, à extension locale. Il faut penser à ce diagnostic, surtout chez des sujets originaires d'un pays à endémie élevée, et demander les explorations nécessaires afin

de poser le diagnostic à temps et d'éviter les erreurs thérapeutiques (10).

L'IRM est certes plus précise que les autres moyens d'imagerie dans la détermination de la morphologie, de la topographie et des rapports avec les structures de voisinage. Mais l'absence de spécificité diagnostique fait de l'IRM une technique employée pour le bilan préopératoire (8).

Références bibliographiques

1. CHIGOT TJP, BEN HAMIDA M & MERCADIER M - A propos d'un cas de kyste hydatique musculaire. *Gaz méd Fr*, 1974, **81**, 5313-5317.
2. EL MOUSSAOUI A, RABII R, RAIS H, ABOUTAIEB R, MEZIANE F *et al.* - Hydatid cyst of the psoas muscle. A propos of a case. *Ann Urol (Paris)*, 1997, **31**, 357-360.
3. ESSADKI O, ELHAJJAM M & KADIRI R - Kyste hydatique des parties molles, aspects radiologiques. *Ann radiol*, 1996, **39**, 135-141.
4. GIGNOUX M & CALTRAN M - A propos d'un cas de kyste hydatique du creux poplité. *Lyon Chir*, 1969, **65**, 905-907.
5. KOURIAS B - A propos de 2000 cas de kystes hydatiques opérés. *Presse Méd*, 1961, **69**, 165-168.
6. LATINO R, COSTA S, BARBAGALLO E, VIRZI A & VAGNONI G - Primary localization of a hydatid cyst in the major dorsal muscle: report of a case. *Ann Ital Chir*, 1999, **70**, 123-126.
7. RIEBEL T, BASSIR C, LUCK W, MAURER J & SCHMITZ L - Sonographic course of systemic echinococcosis in a 10 year old girl. *Ultraschall Med*, 1999, **20**, 201-206.
8. SALAI M, APTER S, DUDKIEWICZ I, CHECHIK A & ITZCHAK Y - Magnetic resonance imaging of hydatid cyst in skeletal muscle. *J Comput Assist Tomogr*, 1999, **23**, 331-332.
9. TISSOT E, PUTOT JP, DESCASASS L, FRANCOIS Y & BRETAGNOLLE M - Kyste hydatique du psoas-diagnostic grâce au CT scanner. *J Chir*, 1984, **121**, 7-9.
10. VIELRIE F, ULLIMINATI G, PALUMBO P & GUGLIELONI R - Recurrent primary hydatidosis of Sartorius muscle. *Acta Chir Scand*, 1988, **154**, 535-536.