

KYSTE HYDATIQUE ISOLÉ A LOCALISATION CERVICO-FACIALE : *A propos d'un cas*

MESSAOUDI K.

Faculté de Médecine de Ouargla.

E-mail : messaoudi_karim@hotmail.fr

RÉSUMÉ :

L'hydatidose est une anthroponose endémique dans certains pays, notamment les pays du Maghreb et d'Amérique latine, où elle pose un véritable problème de santé publique. Les localisations préférentielles du parasite sont le foie et le poumon (80 à 90% des cas), le site cervico-facial est très rare, et représente moins de 1% de toutes les localisations. Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de 70 ans présentant une atteinte cervico-faciale multifocale. Z.H, 27 ans, originaire et résidant à Skikda, sans antécédent particulier, qui consulte pour l'apparition d'une tuméfaction cervicale sous la mandibule gauche augmentant progressivement de volume depuis 6 mois, douloureuse à la palpation, rénitente, molle, sans vascularisation ni inflammatoire caractère tout en évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. Une ponction : avec une aiguille de 10 cc, ramené un liquide dans de l'EAU DE ROCHE, échographie cervicale avec présence de multiples formations transsoniques. Le traitement est cervicotomie exploratrice, anatomopathologie en faveur d'un kyste hydatique. L'hydatidose cervico-faciale est très rare même en zone d'endémie. C'est l'une des localisations atypiques de la maladie dont la fréquence ne dépasse pas 1% de toutes les localisations hydatiques. Dans la littérature anglo-saxonne, 11 cas d'hydatidose cervico-faciale ont été rapportés ces 15 dernières années avec 3 cas à la mandibule, 2 cas au sinus maxillaire, 2 cas à la fosse ptérygo-palatine, 1 cas à la région cervicale, 1 cas dans la glande sous-maxillaire et 1 cas dans la fosse infratemporale et la glande parotide. Cette localisation est classée 7e, précédée par le foie et les poumons, la rate, le péritoine et les os et les tissus mous. Le siège glandulaire prédomine au niveau de la thyroïde, suivi de la parotide et de la glande sous-maxillaire. Il s'agit généralement d'une localisation primitive d'origine hémotogène et unique, dont la taille peut atteindre jusqu'à 6 cm. La sérologie hydatique est souvent négative ; la ponction doit être évitée en raison du risque de choc anaphylactique parfois mortel et du risque de dissémination secondaire. L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic et l'évaluation de l'extension des lésions. Conclusion, le kyste hydatique du cou est exceptionnel. Le diagnostic d'un kyste hydatique isolé du cou est très difficile. L'échographie facilite l'approche diagnostique et thérapeutique pour réaliser une exérèse chirurgicale complète. La prévention reste le traitement essentiel.

Mots clés : Kyste hydatique, Eau de roche, Traitement chirurgical.

ABSTRACT : HYDATID CYST FACIAL CERVICAL LOCALIZATION : ABOUT A CASE.

Hydatidosis is an anthroponosis that is endemic in some countries, particularly the Maghreb and Latin American countries, where it poses a real public health problem. The preferential localizations of the parasite are the liver and the lung (80 to 90% of cases), the cervico-facial site is very rare, and represents less than 1% of all localizations. The authors report the observation of a 70-year-old patient with multifocal cervico-facial involvement. Z.H, 27 years old, from and living in Skikda, with no particular history, who consults for the appearance of a cervical swelling under the left mandible gradually increasing in volume for 6 months, painful on palpation, renitent, soft, without vascular or inflammatory character while evolving in a context of apyrexia and conservation of the general state. A puncture: with a 10 cc needle, brought back a liquid in ROCK WATER, cervical ultrasound: presence of multiple transonic formations. Treatment: exploratory cervicotomy, anatomopathology : in favor of a hydatid cyst. Cervicofacial hydatidosis is very rare even in endemic areas. It is one of the atypical localizations of the disease, the frequency of which does not exceed 1% of all hydatid localizations. In the English literature, 11 cases of cervico-facial hydatidosis have been reported in the last 15 years with 3 cases in the mandible, 2 cases in the maxillary sinus, 2 cases in the pterygo-palatine fossa, 1 case in the cervical region, 1 case in the submaxillary gland and 1 case in the infratemporal fossa and the parotid gland. This location is ranked 7th, preceded by liver and lung, spleen, peritoneum, and bone and soft tissue. The glandular seat predominates at the level of the thyroid, followed by the parotid and the submandibular gland. It is generally a primitive localization of hematogenous and unique origin, the size of which can reach up to 6 cm. The hydatid serology is often negative; the puncture should be avoided because of the risk of sometimes-fatal anaphylactic shock and the risk of secondary dissemination. Imaging plays an essential role in the diagnosis and assessment of lesion extension. Conclusion, the hydatid cyst of the neck is exceptional, the diagnosis of an isolated hydatid cyst of the neck is very difficult. Ultrasound facilitates the diagnostic and therapeutic approach to achieve complete surgical resection. Prevention remains the essential treatment.

Key words : Hydatid cyst, Rock water, Surgical approach.

INTRODUCTION

L'hydatidose est une antroponose qui sévit à l'état endémique dans certains pays notamment le Maghreb et les pays d'Amérique latine où elle pose un véritable problème de santé publique. Elle est due au développement chez l'homme de la larve du taenia échinococcus granulosus. Les localisations préférentielles du parasite sont le foie et le poumon (80 à 90 % des cas), le parasite peut se développer dans n'importe quel organe, le siège cervico-facial est très rare, et représente moins de 1 % de l'ensemble des localisations. Les auteurs rapportent l'observation d'un patient de 70 ans présentant une atteinte cervico-faciale multifocale.

OBSERVATION

Il s'agit de la patiente Z H, Agée de 27 ans, Originnaire et demeurant à Skikda, sans antécédent particulier qui consulte pour l'apparition d'une tuméfaction cervicale sous mandibulaire gauche augmentant progressivement de volume depuis 6 mois. le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

1. Clinique

- Tuméfaction cervicale sous mandibulaire gauche, douloureuse à la palpation, rénitente, molle, sans caractère vasculaire ni inflammatoire.
- Pas de limitation de l'ouverture buccale.
- Hygiène bucco-dentaire bonne.

Une ponction: à l'aiguille de 10 cc, a ramené un liquide en EAU DE ROCHE.

2. Bilan biologique

En dehors d'un syndrome inflammatoire, le bilan était correct. Sérologie hydatique non faite.

3. Imagerie

3.1. Echographie cervicale

Présence de multiples formations transsoniques, au niveau de région sous mandibulaire gauche, de tailles variable, La masse est d'allure tissulaire avec en son sein de petites images arrondies transsoniques (figure 1).

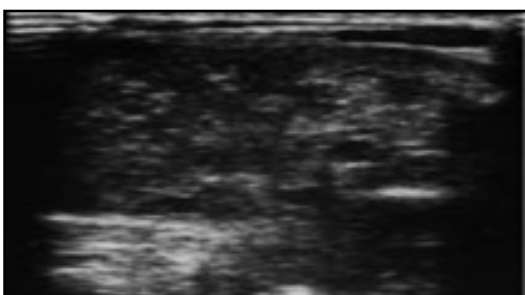


Figure 1. Echographie cervicale en coupe longitudinale montrant une masse sus claviculaire gauche avec structure tissulaire correspondant à des visicules filles [4].

3.2. Le scanner cervico-faciale

La présence de multiples formations arrondies kystique à paroi épaisse, rehaussées après injection de contraste, groupées au niveau régions submandibulaire gauche faisant évoquer à priori un lymphangiome (figure 2).

3. Traitement

- Cervicotomie exploratrice, avec une incision à deux travers de doigts du bord inférieur de la mandibule ;
- Exérèse du kyste et la glande sous mandibulaire gauche. Un

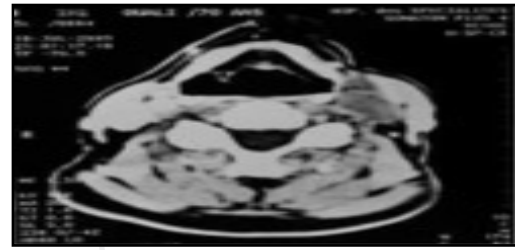


Figure 2. TDM cervicale en coupe axiale : objectivant un processus lésionnel latéro cervical gauche [5].

aspect en eau de roche faisait suspecter un kyste hydatique ? Envoie de la pièce à l'anatomopathologiste.

Antibiothérapie en post opératoire.

5. Anatomopathologie

Le kyste est constitué de deux membranes :

- La membrane externe, cuticulaire, membrane hyaline blanchâtre protectrice vis-à-vis des bactéries et de grosses molécules mais laissant passer les éléments nutritifs.
- La membrane interne, prolifère ou germinative, responsable de la persistance de l'espèce.

* Il contient le liquide hydatique « eau de roche », les vésicules prolifères, les vésicules filles et le sable hydatique constitué par les protoscolex.

• Autour du kyste, le parenchyme de la glande mandibulaire se tasse et devient l'adventice ou le péri kyste, où se développent progressivement une importante réaction granulocellulaire et une riche néo vascularisation.

Examen anatomopathologiste en faveur d'un kyste hydatique cervicale (figures 4 et 5).

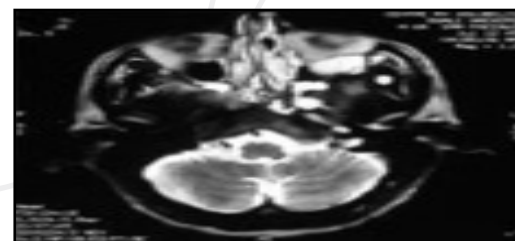


Figure 4. IRM cervicale, coupe axiale, T1; objectivants de multiples lésions kystiques [5].

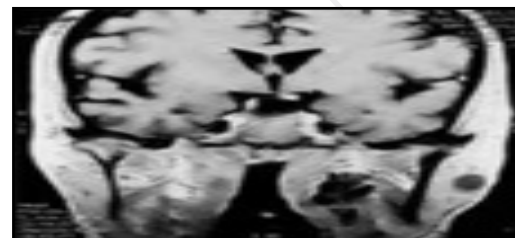


Figure 5. IRM encéphalique en image axiale T2 montrant un processus lésionnel d'aspect cloisonné de la fosse tempora et orbitaire gauche.[5]

DISCUSSION

L'hydatidose cervico-faciale est très rare même en zone d'endémie.

Elle fait partie des localisations atypiques de la maladie dont la fréquence ne dépasse pas 1% de l'ensemble des localisations hydatiques. Dans la littérature anglaise, 11 cas d'hydatidose cervico-faciale ont été rapportés dans les 15 dernières années avec 3 cas au niveau de la mandibule, 2 cas au niveau du sinus

maxillaire, 2 cas au niveau de la fosse ptérygo-palatine, 1 cas au niveau de la région cervicale, 1 cas au niveau de la glande sous maxillaire et 1 cas au niveau de la fosse infratemporale et la glande parotide [1]. Cette localisation est classée au 7e rang, précédée par le foie et le poumon, la rate, le péritoine et l'os et les tissus mous. Le siège glandulaire prédomine au niveau de la thyroïde, suivie de la parotide et la glande sous maxillaire [1]. Il s'agit en général de localisation primitive d'origine hémotogène et unique, dont la taille peut atteindre jusqu'à 6 cm [2].

Quand l'atteinte est multifocale, le siège est toujours unilatéral et se loge souvent à gauche comme le cas de notre patient. Le tableau clinique se résume le plus souvent à une tuméfaction cervicale, indolore, non inflammatoire avec conservation de l'état général expliquant l'évolution lente, silencieuse et la découverte tardive. Parfois, la tuméfaction associe dans signes compressifs :

- dyspnée par compression trachéale (kyste thyroïdien) ;
- impotence du membre supérieur par compression du plexus brachial (kyste sus claviculaire) ;
- une mastication douloureuse (kyste de la région ptérygo-maxillaire) ;
- en cas de fissuration ou de surinfection, le kyste peut simuler un abcès chaud ou une tumeur maligne.

La sérologie hydatique est souvent négative, la ponction est à éviter à cause du risque de choc anaphylactique parfois mortel et du risque de dissémination secondaire [3]. L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic et le bilan d'extension des lésions. 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 kystiques : cloisons, vésicules filles, sable hydatique et calcifications[4]. L'écho Doppler permet d'affirmer la nature avasculaire du kyste.

CONCLUSION

Le kyste hydatique du cou est exceptionnel, même dans des pays endémiques, mais doit être considéré devant tout cas de masse kystique du cou, particulièrement en présence d'autres sites.

Le diagnostic d'un kyste hydatique isolé du cou est très difficile. Les ultrasons facilitent l'approche diagnostique et thérapeutique pour réaliser la résection chirurgicale complète.

La prévention reste le traitement essentiel, consistant de casser le cycle de vie du parasite à tous les niveaux de la chaîne épidémiologique.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent la présence d'aucun conflit d'intérêt.

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à exprimer sa gratitude aux employés de la faculté des sciences médicales de l'Université Kasdi Merbah, départements de médecine. L'auteur tient également à remercier le Pr. Nadia Yahi/Ait Mesbah pour son soutien.

Date de soumission : 07/05/2022.

Date d'acceptation : 18/04/2024.

Date de publication : 05/11/2024.

RÉFÉRENCES

1. **Zouita, B., et al.** Kyste hydatique parotidien primitif. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 2011; 112, 3: 190-192.
2. **Hafsa C. et al.** Kyste hydatique du massif facial. Annales d'Oto-laryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale. Elsevier Masson. 2008; 125, 3.

3. **El Bousaadani, A. et al.** Thyroid hydatid cyst : An unusual site [Kyste hydatique thyroïdien: Localisation exceptionnelle]. 2016.

4. **Hmidi M. et al.** Le kyste hydatique cervical isolé: une localisation inhabituelle. Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale. 2012; 129, 2: 133-135.

5. **Aderdour, L. et al.** Kyste hydatique de la thyroïde chez l'enfant. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale. 2012; 13, 2: 124-126.