

Hydatidose multiple révélée par un tableau d'urgence neurologique ; à propos d'un cas

Multiple hydatidosis revealed by a neurological emergency, a case report

S. DAOUD¹, M. BENATTA², S. MEBROUKA¹, M. BOUCHAKOUR¹

¹Service de neurochirurgie, CHU d'ORAN², Service d'urologie, EHU d'ORAN

MOTS CLÉS

hydatidose multiple,
cerveau, rein, enfant

Introduction

Le kyste hydatique est une affection parasitaire causée par l'*Echinococcus granulosus*. L'homme est atteint par contact avec les chiens, ou par ingestion d'aliments ou d'eau contaminés. Toutes les localisations sont possibles en particulier au niveau du foie (50 à 60%), le poumon (30 à 40%), et dans 5 à 10% d'autres organes (rate, cœur, cerveau...). La présentation clinique de la maladie est polymorphe, en fonction du siège du kyste. La localisation cérébrale ne représente que 1 à 3% des cas, elle simule un syndrome tumoral cérébral, avec les risques vitaux et fonctionnels qu'elle comporte.

Nous rapportons un cas d'hydatidose multiple hépatique, pulmonaire, cérébrale, rénale et splénique révélé par un tableau d'urgence neurochirurgicale.

Observation

Il s'agit d'un garçon de 9 ans originaire d'une zone pastorale des hauts plateaux, admis au service de neurochirurgie du CHU d'Oran pour une altération de l'état de conscience d'installation rapidement progressive. Le début remonte à un mois avant son admission, marqué par des céphalées soulagées par les vomissements en jet. Ces symptômes ont motivé les parents à consulter un pédiatre qui a demandé un scanner cérébral. Ce dernier a mis en évidence une image arrondie d'allure kystique, de siège intra-parenchymateux pariétal droit, exerçant un effet de masse sur les structures adjacentes. Le ventricule latéral droit était complètement collabé avec engagement sous falcorielle estimé à 11 mm, évoquant un kyste hydatique cérébral (Figure 1).

Un téléthorax et une échographie abdominale réalisés en urgence ont montré un kyste hépatique mesurant 22x16 mm, une localisation splénique mesurant 14x26 mm, une localisation rénale (10x16 mm) et une localisation pulmonaire basale gauche (Figure 2).

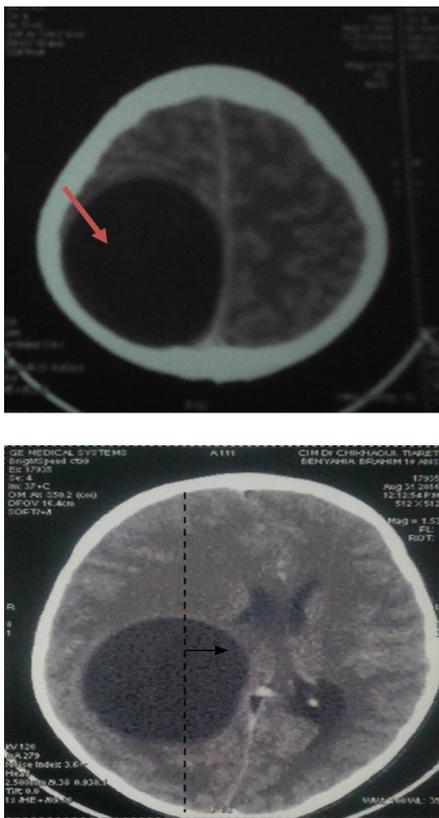


Figure 1 : scanner cérébrale en coupes axiale : a) image kystique (→) exerçant un effet de masse sur les structures adjacentes responsable d'un engagement(b)de 11 mm(→)

Une extraction chirurgicale du kyste cérébral a été réalisée en urgence (Figure3). Le patient a été maintenu intubé et ventilé pendant 3 jours avec des suites opératoires neurochirurgicales satisfaisantes. A sa sortie, un complément thérapeutique à base d'albendazole a été préconisé.

Discussion

L'hydatidose humaine est une infection parasitaire cosmopolite, le foie et les poumons sont les organes les plus fréquemment atteints. L'hydatidose encéphalique est rare puisqu'elle ne représente que (0.5 à 4%) par rapport aux autres localisations, et 1 à 3% des processus expansifs intra crâniens ; son siège préférentiel est habituellement supra-tentoriel (1, 2). Elle affecte beaucoup plus l'enfant que l'adulte (3). L'origine rurale des patients infestés est retrouvée dans la majorité des cas (4,5,6).

La symptomatologie dépend de la localisation du kyste dans l'encéphale. Le syndrome d'hypertension intracrânienne est la présentation clinique la plus fréquente (3).



Figure 2 : les différentes localisations viscérales du kyste hydatique

- a : échographie abdominale (kyste hépatique, spléniques);
- b : télé thorax, image kystique basale gauche (→)

Le diagnostic radiologique est habituellement fait par le scanner cérébral qui montre une image kystique intra parenchymateuse arrondie bien limitée dont le centre a la même densité que le liquide céphalo-rachidien sans œdème péri lésionnel, ni rehaussement après injection du produit de contraste. L'image en boule de canon est pathognomonique de cette lésion cérébrale. La tomodensitométrie permet aussi d'apprécier la taille et le siège du kyste et aide le neurochirurgien au choix de la voie d'abord.

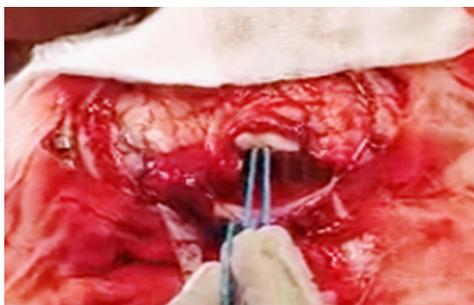


Figure 3: extraction chirurgicale du kyste hydatidique (a:aspect du cerveau après ouverture de la dure mere; b:etapes d'accouchement du kyste non rompu;c: cavite residuelle)

D'autres localisations peuvent être associées dans environ 30% des cas (7) dont hépatique et pulmonaire et plus rarement rénale ; il faudra donc les rechercher systématiquement.

Actuellement, le traitement est exclusivement chirurgical; le but est l'ablation complète du kyste sans effraction par expulsion hydrostatique forcée, à l'aide d'une solution salée hypertonique introduite entre le cerveau et le kyste par une sonde molle après incision corticale permettant <<d'accoucher>> le kyste. Dans la littérature, le risque de rupture per opératoire est de 8 à 17% (6,9) responsable ainsi de choc anaphylactique, de récurrences, et de développement de kyste hydatidique cérébral multiple (8,9).

Les localisations hépatique, pulmonaire, rénale et splénique dans notre cas sont de découverte fortuite bien que ces organes constituent le premier filtre au parasite.

Le kyste hydatidique rénal chez l'enfant constitue une pathologie très rare. Longtemps muet cliniquement, il ne devient symptomatique qu'à l'occasion de ses complications. Le diagnostic est basé sur le contexte épidémiologique, l'aspect échographique ou scannographique. La complication majeure est la rupture du kyste dans les voies urinaires qui peut se manifester par une hydaturie qui expose au risque d'infection et de destruction rénale (10).

Le traitement est essentiellement chirurgical et en règle conservateur. Le traitement médical reste la seule alternative devant la localisation multiple des kystes.

Conclusion

Malgré sa rareté, le kyste hydatidique cérébral doit être évoqué en pays d'endémie devant un syndrome d'hypertension intracrânienne, le diagnostic est confirmé par un scanner cérébral. Le traitement est chirurgical avec un bon pronostic en absence de rupture et lorsque le diagnostic et le traitement sont précoces. Ceci ne doit pas faire oublier que le vrai traitement de l'hydatidose reste prophylactique. L'association à d'autres localisations viscérales doit être systématiquement recherchée et nécessite une prise charge multidisciplinaire bien planifiée.

Références bibliographiques

1. Tapia EO, Vidal TA, Antonio PL. Brain hydatidosis: report of four cases. Rev Med Chil. 2012;140(3):358-63.
2. BOUAZIZ M Calcified cerebral hydatid cyst: a case report Sante. 2005 Apr-Jun;15 (2):129-32.
3. EL-SHAMAM O, AMER T, EL-ATTA MA Magnetic resonance imaging of

simple and infected hydatid cysts of the brain. *MagnReson Imaging*. 2001 Sep; 19 (7): 965-74.

4. KEMALOGLU S, OZKAN U, BUKTE Y, ACAR M, CEVIZ A. Growth rate of cerebral hydatid cyst, with a review of the literature. *ChildsNervSyst*. 2001 Dec; 17 (12): 743-5.

5. NUR ALTINÖRS, MURAD BAYBEK, HAKAN H. CANER, BÜLENT ERDOGAN. Central nervous system hydatidosis in Turkey: a cooperative study and literature analysis of 458 cases. *J. Neurosurgery* 2000, July, Vol.93: 1-8 .

6. TUZUN Y, KADIOGLU HH, IZCI Y, SUMA S, KELES M, AYDIN IH. The clinical, radiological and surgical aspects of cerebral hydatid cysts in children. *PediatrNeurosurg*. 2004 Jul-Aug; 40 (4):155-60.

7. CIUREA AV, VASILESCU G, NUTEANU L, CARP N Cerebral hydatid cyst in children. Experience of 27 cases. *ChildsNervSyst*. 1995 Dec; 11 (12): 679-85;

8. Khalidi M, Mohamed S, Kallel J, Khouja N. Brain hydatidosis: report on 117 cases. *ChildsNervSyst*. 2000 Nov;16(10-11):765-9.

9. YUCEER N, GUVEN MB, YILMAZ H. Multiple hydatid cysts of the brain: a case report and review of the literature. *Neurosurg Rev*. 1998; 21 (2-3): 181-4.

10. Ksia^a, B. Hagui , S.Belhassen , L. Sahnoun , K. Maazoun ,S. Mosbahi , S. Hidouri , S. Ben Youssef , M. Ben Brahim ,J. Chahed , I. Krichéne , M. Mekki , M. Belguith , A. Nouri -Kyste hydatique du rein chez l'enfant: à propos de 8 cas. *African Journal of Urology* 2014, 20 ; 201- 205.