




ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com

JOURNAL DE  
TRAUMATOLOGIE  
DU SPORT

Journal de Traumatologie du Sport 27 (2010) 146–148

Cas clinique

# Kyste hydatique primitif de la cuisse révélé par une cruralgie. À propos d'un cas

*Primary hydatid cyst of the thigh revealed by cruralgia. A case report*

M.F. Amar\*, B. Chbani, K. Lahrach, A. Marzouki, F. Boutayeb

*Service de chirurgie orthopédique et traumatologique (A), CHU Hassan II, Fès, Maroc*

## Résumé

L'échinococcose hydatique est préférentiellement localisée au foie. La localisation musculaire est très rare. La symptomatologie est souvent discrète et le diagnostic est confirmé par l'imagerie : échographie et/ou imagerie par résonance magnétique évitant ainsi tout geste intempestif. Le traitement est chirurgical. Les auteurs rapportent un cas de localisation isolée et primitive d'un kyste hydatique musculaire de la cuisse chez une sportive révélé par une cruralgie.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

*Mots clés* : Kyste hydatique primitif ; Imagerie ; Chirurgie

## Abstract

Hydatid echinococcosis is preferentially localized in the liver. Muscular localization of hydatid cyst is an uncommon event. Symptoms are often discrete. Diagnosis is confirmed by the imaging: ultrasonography and/or magnetic resonance imaging, thus avoiding any untimely gesture. The treatment is surgical. The authors report a case of primary and isolated localization of a muscular hydatid cyst of the thigh in a sport woman revealed by cruralgia.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

*Keywords*: Primary hydatid cyst; Imaging; Surgery

## 1. Introduction

L'échinococcose ou maladie hydatique est une antro-zoonose cosmopolite dont le parasite responsable est l'*Echinococcus granulosus*, plus rarement l'*Echinococcus multilocularis*. Elle est relativement fréquente en pays d'endémie, en particulier dans les pays du bassin méditerranéen, d'Afrique du Nord et d'Amérique latine [1,2]. La localisation musculaire primitive et isolée d'un kyste hydatique (KH) est très rare, étant donné que la présence d'acide lactique est un milieu défavorable pour sa croissance [3]. La plupart des kystes (60 %) se développent dans le foie ; les autres sites de développement sont le poumon (20 %) et moins fréquemment la rate, le coeur, le rein,

le système nerveux central, l'os et les tissus mous [2]. Le diagnostic repose sur les données de l'interrogatoire, de la clinique et de l'imagerie. Son traitement est essentiellement chirurgical.

## 2. Observation

Il s'agit d'une athlète de 30 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui se plaignait depuis huit mois d'une cruralgie gauche. La douleur était de type mixte, avec un point de départ au niveau de la face antérieure de la hanche gauche et une irradiation descendante le long de la face antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou. L'examen physique était normal en dehors d'une petite tuméfaction indolore au niveau de la face interne de la cuisse. Les radiographies du rachis lombosacré, du bassin et de la cuisse étaient normales. L'échographie évoquait une formation hétérogène avec multiples kystes de différentes

\* Auteur correspondant. Lotissement Zahira, n° 57 G, Zohour 2, avenue Bejrout, Fès, Maroc.

Adresse e-mail : drfahd55@yahoo.fr (M.F. Amar).

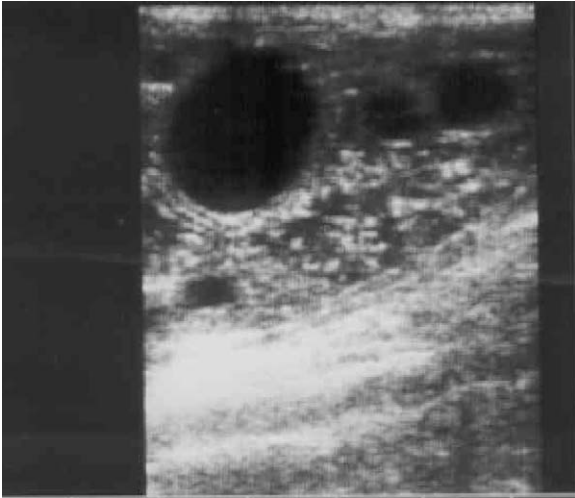


Fig. 1. Aspect échographique du kyste hydatique (KH) de la cuisse.

tailles (Fig. 1). Elle a été complétée par une imagerie par résonance magnétique (IRM) qui a montré un KH intramusculaire avec hyposignal en séquence pondérée T1 et un hypersignal en séquence pondérée T2 (Fig. 2). La patiente a bénéficié d'un bilan général recherchant une autre localisation. Il comportait une radiographie pulmonaire, une échographie hépatique et une éosinophilie qui étaient normales. La sérologie hydatique était négative. Elle a bénéficié d'une exérèse chirurgicale sous anesthésie locorégionale. En peropératoire, le plan de clivage était

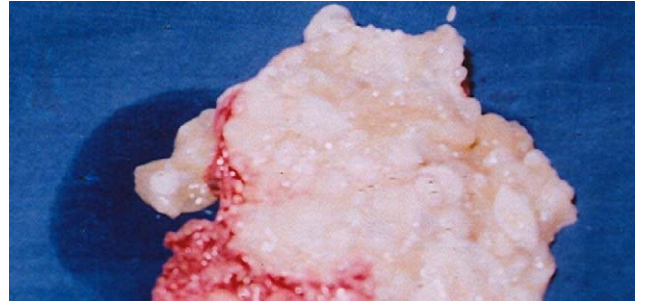


Fig. 3. Pièce d'exérèse avec de multiples vésicules filles à l'ouverture du kyste.

évident, ce qui a permis la réalisation d'une périkystectomie emportant la tumeur en totalité. L'ouverture de la pièce opératoire a trouvé de multiples vésicules filles (Fig. 3). Les suites opératoires ont été simples. Après un recul moyen de 40 mois, la surveillance clinique, échographique et biologique n'a pas objectivé de récurrence locale ou viscérale.

### 3. Discussion

L'hydatidose est une maladie endémique qui pose un problème de santé publique dans certaines régions du monde où s'effectue l'élevage du bétail et des moutons, notamment dans le pourtour méditerranéen, le Moyen-Orient et l'Amérique du Sud [4]. L'hôte définitif est le chien, l'hôte intermédiaire est le mouton. L'homme s'infeste accidentellement et devient hôte

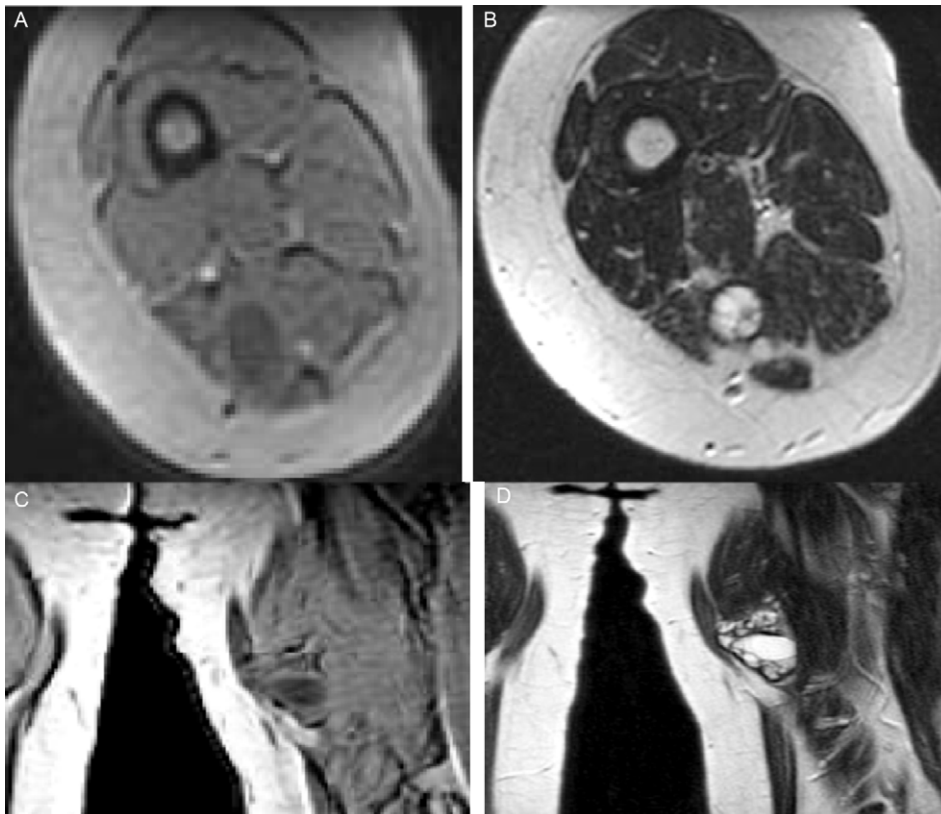


Fig. 2. Aspect imagerie par résonance magnétique (IRM) d'un kyste hydatique (KH) intramusculaire avec hyposignal en séquence pondéré T1 (A et B) et un hypersignal en séquence pondéré T2 (C et D).

intermédiaire par l'ingestion d'aliments souillés d'œufs du parasite ou par contact direct avec un chien malade. Arrivé dans les intestins de l'homme, le parasite emprunte le système porte pour se disséminer dans le corps. Cela explique la fréquence de l'atteinte hépatique (60 % des cas) et pulmonaire (20 % des cas). Il faut dire que ces deux organes constituent également un double filtre physiologique à la dissémination du parasite, rendant ainsi ces localisations extra-hépatopulmonaires moins fréquentes [5]. La période d'incubation peut durer de cinq à 20 ans et les symptômes surviennent plusieurs années après l'exposition. Le KH musculaire est une affection rare. Habituellement, la lésion primitive est intrahépatique, subphrénique ou pulmonaire. La musculature de la paroi thoracique [6], le grand pectoral [7], le sartorius [8], le quadriceps [9] et le glutéus [10] sont les localisations rapportées de localisations primitives musculaires. Dans le cas présenté, la localisation musculaire se situait au niveau de la loge interne de la cuisse. Il est difficile d'expliquer comment la larve a pu traverser les deux filtres hépatique et pulmonaire et former un kyste solitaire sans localisation viscérale associée. Sachant que la voie portale est la seule voie de dissémination de la larve prouvée chez l'homme, une dissémination par voie lymphatique serait possible [11]. Le diagnostic d'*Echinococcus* est fondé sur l'identification du KH dans les tissus. Les modalités d'imagerie comme les ultrasons et la tomographie par émission de positons (TDM) révèlent une paroi kystique calcifiée et des microcalcifications à l'intérieur de kystes filles avec une densité liquidienne entre le kyste et les organes environnants [3]. L'interprétation IRM des KH hépatique est bien connue mais le diagnostic est plus difficile à faire dans les tissus mous dû au fait que les interprétations d'imagerie n'en sont pas bien décrites [3,8,12]. La TDM ou les biopsies à l'aiguille guidées par les ultrasons sont aussi une aide au diagnostic, bien que certains auteurs ne le recommandent pas du fait du risque de rupture kystique et de réaction anaphylactique [9]. Le résultat des analyses microscopiques de la biopsie à l'aiguille n'est pas garanti, surtout si les patients ont reçu un traitement médical, et la région de la biopsie doit être réséquée dans le temps de la chirurgie [13]. Divers tests sérologiques peuvent aider au diagnostic d'échinococcose. Cependant, la sérologie seule n'est pas suffisante pour le diagnostic. On retrouve 50 % de faux négatifs chez les patients porteurs d'un kyste pulmonaire solitaire [14]. La sensibilité et la spécificité des tests sérologiques ne sont pas connues chez les patients atteints d'échinococcose des tissus mous. Cette sérologie peut être utile pour la surveillance du traitement lorsque qu'elle est positive [15].

Le traitement des KH musculaire est chirurgical. La technique de choix est la périkystectomie, emportant le kyste en entier sans effraction de sa paroi. La rupture du kyste peut cau-

ser un choc anaphylactique ou peut relarguer un grand nombre de scolex viables qui peuvent s'implanter n'importe où et produire des kystes secondaires [12].

#### 4. Conclusion

La localisation hydatique solitaire dans les tissus musculaires est exceptionnelle, mais utile à connaître. Le tableau clinique est souvent pauvre et peut mimer une tumeur des tissus mous. Le diagnostic est confirmé par l'IRM lorsque l'échographie n'arrive pas à trancher. Le traitement est chirurgical.

#### Conflit d'intérêt

Il n'y a aucun conflit d'intérêt.

#### Références

- [1] Bartho F, Molinier N, Farah A, Patel JC. Kyste hydatique du psoas. J Chir 1995;132:38–42.
- [2] Ferrandez HD, Gomez-Castresana F, Lopez-Duran L, Mata P, Brandau D, Sanchez-Barba A. Osseous hydatidosis. J Bone Joint Surg Am 1978;60:685–90.
- [3] Garcia-Diez AI, Ros Mendoza LH, Villacampa VM, Cozar M, Fuertes MI. MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. Eur Radiol 2000;10:462–6.
- [4] Dawson JL, Stamatakis JD, Stringer MD, Williams R. Surgical treatment of hepatic hydatid disease. Br J Surg 1988;75:946–50.
- [5] Saidi F. Surgery of hydatid disease. London: WB Saunders Co.; 1976, p. 31–59.
- [6] Alvarez-Sala R, Gomez de Terreros FJ, Caballero P. *Echinococcus* cyst as a cause of chest wall tumor. Ann Thorac Surg 1987;43:689–90.
- [7] Abdel-Khalik RA, Othman Y. Hydatid cyst of pectoralis major muscle. Case report and note on surgical management of muscle echinococcosis. Acta Chir Scand 1986;152:469–71.
- [8] Rask MR, Lattig GJ. Primary intramuscular hydatidosis of the sartorius. Report of a case. J Bone Joint Surg 1970;52A:582–4.
- [9] Ozkoc G, Akpınar S, Hersekli MA, Ozalay M, Tandogan R. Primary hydatid disease of the quadriceps muscle: a rare localization. Arch Orthop Trauma Surg 2003;123:314–6.
- [10] Combalia A, Sastre S. Kyste hydatique du muscle glutéal. Deux cas. Revue de la littérature. Rev Rhum 2005;72:851–7.
- [11] Ok Engin, Sozuer EM. Solitary subcutaneous hydatid cyst: a case report. Am J Trop Med Hyg 2000;62:583–4.
- [12] Guthrie JA, Lawton JO, Chalmers AG. Case report: the MR appearances of primary intramuscular hydatid disease. Clin Radiol 1996;51:377–9.
- [13] Bret PM, Fond A, Bretagnolle M, Valette PJ, Thiesse P, Lambert R, et al. Percutaneous aspiration and drainage of hydatid cysts in the liver. Radiology 1988;168:617–20.
- [14] Kammerer WS, Schantz PM. Echinococcal disease. Infect Dis Clin North Am 1993;7:605–18.
- [15] Bonitacino A, Carino R, Caratozzolo M. L'échographie dans l'hydatidose. Symposium international sur l'hydatidologie. Med Chir Dig 1989;18:301–12.