

## KYSTE HYDATIQUE LATERO VESICAL (UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE)

### LATERO VESICAL HYDATIC CYST (A CASE AND LITERATURE REVIEW)

BENCHERKI YOUSSEF, GHANNAM YOUSSEF, CHADLI ACHRAF, MOATAZ AMINE, DAKIR MOHAMMED, DEBBAGH ADIL, ABOUTAIEB RACHID

**Auteur correspondant:** Dr Youssef Bencherki ; Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, MAROC ;  
Email : bencherki.y@outlook.com

#### INTRODUCTION

Le kyste hydatique est une affection parasitaire due au taenia granulosus, considérée comme une zoonose atteignant aussi bien l'homme que les animaux, notamment les carnivores (chien) et les herbivores (moutons). L'homme en est atteint de façon accidentelle.

La localisation latéro-vésicale exceptionnelle, est due au développement du parasite (*Echinococcus Granulosus*) dans la graisse sous et rétro-vésicale. C'est une localisation exceptionnelle de ce parasite qui a un tropisme hépatique et pulmonaire. Elle peut être isolée ou associée à d'autres localisations viscérales. Le diagnostic est basé sur l'imagerie en coupe (échographie et scanner).

A travers une observation médicale, les auteurs vont présenter les aspects diagnostics et thérapeutiques de cette localisation très rare de kyste hydatique.

#### OBSERVATION :

Mr M.M âgé de 27 ans, éleveur, souvent en contact avec les chiens, sans autres antécédents notables. Il présentait depuis environ 5 mois des troubles du bas appareil urinaire à type de pollakiurie diurne et nocturne associés à une pesanteur pelvienne et parfois une constipation. Il n'y avait pas d'hématurie, d'émission de calculs ou d'hydraturie. L'examen physique retrouvait un patient en bon état général et hémodynamique, apyrétique sans œdèmes des membres inférieurs mais avec une discrète voussure hypogastrique gauche. La palpation avait objectivé une masse rénitente, indolore, hypogastrique, discrètement latéralisée à gauche sans circulation veineuse collatérale. Le toucher rectal trouvait une prostate de taille normale surmontée d'une grosse masse bombant à travers la paroi antérieure du rectum et persistante après sondage vésical. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

L'échographie avait mis en évidence une vessie semi-pleine à contenu finement échogène, refoulée à droite par une volumineuse masse latéro-vésicale gauche, ovalaire, bien limitée contenant de multiples vésicules filles et des structures serpiginieuses

qui mesuraient 13x11cm de grand axe (figure 1). Le foie était de taille normale de contour régulier siège à cheval des segments VI et VII d'une lésion ovalaire bien limitée à paroi partiellement calcifiée siège de quelques vésicules filles (Figure 2).

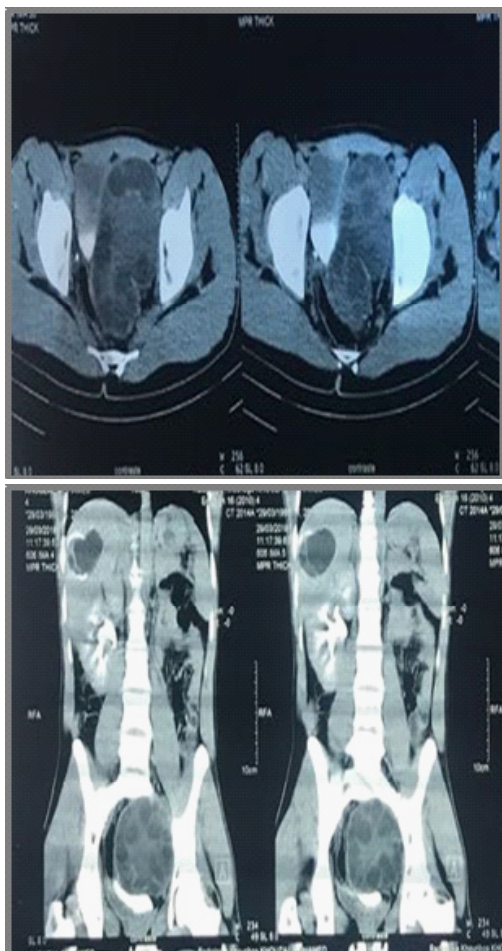


**Figure 1** Echographie du kyste hydatique latéro-vésical



**Figure 2** Échographie du foie

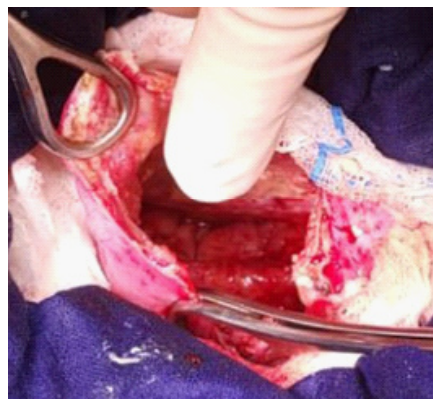
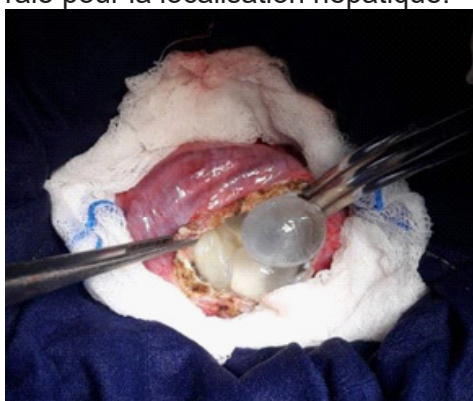
Le scanner avait permis de retrouver un kyste hydatique de 6,2cm de segment VII du foie et un en latéro et supra-vésical gauche de 13 cm de grand axe (Figures 3 et 4).



**Figure 3** Coupe scannographique montrant le kyste hydatique latéro-vésical

La sérologie hydatique était positive et le reste du bilan était normal.

Le diagnostic de kyste hydatique latéro et supra-vésical était retenu et le traitement était chirurgical par abord sous péritonéal. Il a consisté en une kysto-péritonectomie partielle (résection du dôme saillant) après protection du champ opératoire par de l'eau oxygénée (figures 5 et 6). Les suites opératoires étaient simples et un traitement médical par de l'Albendazol était prescrit pour une durée de 3 mois. Le patient a été opéré 4 mois après en chirurgie viscérale pour la localisation hépatique.



**Figure 4** Images per-opératoire de l'ouverture du kyste hydatique



**Figure 5** Vésicules filles du kyste hydatique

## DISCUSSION :

L'hydatidose est un fléau mondial, c'est une zoonose due au développement chez l'homme de la forme du ténia *Echinococcus granulosus* [1]. Elle touche toutes les tranches d'âges avec une sex-ratio égale à 1 [2]. Les organes les plus touchés par cette parasitose sont le foie et les poumons. La localisation hydatique au niveau de l'appareil uro-génital est dominée par l'atteinte rénale qui vient en troisième lieu des localisations viscérales avec 2 à 5%. La localisation latéro-vésicale est rare. Un double mécanisme étiopathogénique serait probablement incriminé : d'une part, la greffe hématogène primitive d'embryons hexacanthés comme dans le cas du kyste hydatique rétro-péritonéal et, d'autre part, la greffe secondaire dans le cul-de sac de Douglas de protoscolex provenant de la fissionnement de kystes hydatiques abdominaux. Dans notre cas il s'agissait très probablement de la deuxième théorie vu que notre patient était porteur d'un kyste hydatique au niveau du foie [3 ; 4]. Une autre voie exceptionnelle peut expliquer cette localisation inhabituelle, qui est la voie lymphatique par emprunt du système veineux de Retzius et les anastomoses de Schmiedel [5]

Par ailleurs l'évolution de cette maladie est insi-

dieuse et silencieuse, ce qui explique que les signes cliniques sont généralement d'apparition tardive. Les signes du bas appareil urinaire type irritatifs, sont le motif de consultation le plus fréquent, mais on peut également retrouver une masse hypogastrique, ou une hydaturie, signe pathognomonique de la maladie, ce qui est le cas ici pour notre patient. Parfois, cela peut se manifester par une rétention aigue d'urine ou une douleur des flancs. [6]

L'échographie est le premier examen paraclinique à demander devant une masse abdominale, et permet de la retrouver, de définir ses caractères et ses rapports, d'avoir ses mensurations, d'objectiver un éventuel retentissement sur le haut appareil, de rechercher une autre localisation notamment hépatique, et de classer le kyste selon la classification de Gharbi qui est aussi valable pour cette localisation [7]. Devant l'aspect échographique plusieurs hypothèses diagnostiques peuvent être émises notamment un kyste ou tumeur ovarienne chez la femme, une grande urétérocèle ectopique, ou un diverticule de la vessie.

Quand il y a un doute diagnostique une tomodensitométrie avec injection de produit de contraste devient indispensable. Elle montre une masse kystique contenant des vésicules filles ou une membrane décollée qui reste inchangée après injection de produit de contraste. Par ailleurs elle permet aussi d'étudier les rapports du kyste avec les organes de voisinage, de rechercher une autre localisation et d'apprécier un retentissement sur le haut appareil urinaire [8]. En cas de dilatation des voies excrétrices un cliché d'urographie intraveineuse est souhaitable afin de mieux préciser la topographie du kyste. [9]

L'imagerie par résonance magnétique ne trouve son intérêt que lorsque les autres examens d'imageries en coupe ne permettent pas d'établir un diagnostic certains. Le kyste se présente comme une masse circonscrite, en hyposignal en séquence pondérée T1, en hypersignal T2 et qui se modifie peu ou pas après injection de produit de contraste. La mise en évidence de vésicules filles avec des septa en hyposignal T1 et T2 est pathognomonique de kyste hydatique. Si le kyste est compliqué, il présente un signal hétérogène aussi bien en pondération T1 que T2 avec un rehaussement de la paroi après injection intraveineuse de produit de contraste.

Sur le plan biologique, la sérologie hydatique peut aider au diagnostic avec une sensibilité dans la localisation extra-hépatique qui varie entre 30 et 70% [10].

Le traitement du kyste est chirurgical. Le but de l'intervention chirurgicale n'est pas seulement l'évacuation ou l'ablation du kyste, mais aussi l'ablation de la membrane proligère qui se trouve collée sur la face interne du kyste et la destruction des vésicules filles qui sont libres à l'intérieur de la cavité kystique.

La technique de choix est la kysto-périkystéctomie totale, Celle-ci peut être partielle réséquant le maximum du périkyste et épargnant les plaques au contact des zones dangereuses.

Notre voie d'abord a été une médiane sous ombilicale sous péritonéale.

La voie coelioscopique n'a pas été décrite pour cette localisation particulière de la pathologie hydatique, cependant certains auteurs ont essayé cette voie pour des kystes rétro-vésicaux d'origine séminale avec de bons résultats en matière d'efficacité et de morbidité [11]. Il a été aussi décrit la voie endoscopique par fistulisation intravésicale pour des kystes hydatiques rétro-vésicaux [12, 13].

La technique utilisée chez ce patient était la kysto-périkystéctomie partielle. Afin de stériliser le parasite avant son extraction, et pour éviter toute dissémination secondaire per opératoire, nous avons injecté de l'eau oxygénée (pendant 10 minutes), une protection des champs opératoires par des champs imbibés de la solution puis vidange du contenu du kystique. Dans la littérature, d'autres solutions scolicides ont été utilisées telles que le formol, de l'éthanol et la solution hypertonique de chlorure de sodium [14]. Nous avons choisi l'eau oxygénée car elle a une meilleure action en décollant les membranes et en rompant de nombreuses vésicules filles. De plus, l'eau oxygénée n'entraîne aucune conséquence dans le champ opératoire [15]

La revue de la littérature a montré que la majorité des équipes prescrivent l'Albendazole avant et après le traitement chirurgical dans le but de minimiser le risque de dissémination et de récurrence. Nous prescrivons ce traitement médical seulement en cas de kystes hydatiques multiples ou en cas de kyste rompu. Notre patient a bénéficié d'un traitement à base d'Albendazole seulement en post opératoire.

La surveillance postopératoire est nécessaire et repose sur l'échographie abdominopelvienne [3].

Il serait plus adéquat de développer les moyens de prophylaxie ; celle-ci doit s'exercer à tous les niveaux de la chaîne épidémiologique. Il faut lutter contre la contamination de l'homme et protéger l'hôte intermédiaire et définitif.

## CONCLUSION

La localisation latéro-vésicale du kyste hydatique est très rare et exceptionnelle. La dissémination hémato-gène ou greffe secondaire dans le cul de sac de Douglas par fissuration d'un kyste intra abdominal pourrait expliquer cette localisation. Il évolue de façon insidieuse, l'échographie et le scanner permettent de poser diagnostic, conforté par la sérologie hydatique. Le traitement est chirurgical et consiste en la kysto-périkystéctomie qui peut être totale ou partielle.



## REFERENCES

- [1] Mohammed Laytimi F, le kyste hydatique du poumon chez l'enfant à propos de 115 cas faculté de médecine et de pharmacie de FES. Thèse de médecine, 2011 ; N°064/11.
- [2] Bennani S, El Mrini M, Raji A, Meziane F, Benjaloun S. Les kystes hydatiques rétro-vésicaux et rétro-péritonéaux isolés : à propos de cinq cas. *Ann Urol* 1992; 26:244-349.
- [3] Njeh M, Hajri M, Chbil M, El Ouekdi M, Ayed M. Le kyste hydatique rétrovésical: à propos de deux cas. *Ann Urol* 1993;27:97—100
- [4] Mosbah A, Zemni S, Guermazi H, Dahmoul H. Le kyste hydatique rétrovésical (ou du cul-de-sac de Douglas): à propos de trois cas. *J Urol* 1989;95:465—9.
- [5] Ben Abdallah R, Hajri M, Aoun K, Ayed M. Kyste hydatique rétrovésical et rétropéritonéal extrarénal: étude descriptive sur 9 cas. *ProgUrol* 2000; 10:424—31
- [6] Angulo JC, Escribano J, Diego A, Chapado MS. Isolated rétrovésical and extrarenal retroperitoneal hydatidosis: clinical study of 10 cases and literature review. *J Urol* 1998;159: 76—82
- [7] Abi F, El Fares F, Khaiz D, Bouzidi A. Localisations inhabituelles du kyste hydatique: à propos de 40 cas. *J Chir (Paris)*. 1989 May; 126(5):307-12.
- [8] Kilinc M, Oodev K, Gungor S, Karakose S, Ozeroglu M, Arslan A. Sonographic diagnosis of the ruptured hydatid cyst of the kidney. *EurRadiol* 1997;7:392—4
- [9] Boufettal R, Lefryiekh MR, Fadil A, Ouariti Zerouali N. Kyste hydatique pelvien primitif (à propos d'un cas). *J MarocUrol* 2008; 9:34—6.
- [10] ZMERLI S., AYED M., HORCHANI A., CHAMI I., EL OUKADI M., BEN SLAMA M.R.: Hydatid cyst of the kidney: Diagnosis and treatment. *World. J. Surg.*, 2001 ; 25 : 68-74.
- [11] Y. El Harrech, H. Jira, A. Qarro, M. Ghadouane, Y. Ouhbi, A. Ameer et M. Abbar, Kyste hydatique rétrovésical : aspects diagnostiques et thérapeutique, *African Journal of Urology*, Vol. 14, No. 1, 2008, 37-42.
- [12] D. Touiti, A. Ameer, K. Chohou, S. Alkandry, H. Oukheira, K. Borki. Le kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas fistulisé dans la vessie. À propos de deux cas. *Ann Urol* 2001 ; 35 : 216-9.
- [13] Lezrek M, Bazine K, Ammani A, Asseban M, Alami M, Moufid K, Kasmaoui EH, Beddouch A. Transurethral transvesical endoscopic management of a retrovesical hydatid cyst. *J Endourol*. 2012 Apr 9.
- [14] Emir L, Karabulut A, Balci U, Germiyanoglu C, Erol D. An unusual cause of urinary retention : a primary retrovesicalechinococcal cyst. *Urology* 2000 ; 56 : 856i-856.
- [15] SHETTY. SD, ALSAIGH. A, IBRAHIM. A, MALATANI .T, PATIL .KP, Hydatid disease of the urinary tract: evaluation of diagnostic methods *BRIT J UROL* 69: 476; 1992