

Case report

Enorme kyste hydatique cérébral révélé par un coma

Khalid Khattala^{1,&}, Aziz Elmadi¹, Mohamed Rami¹, Abdelhalim Mahmoudi¹, Youssef Bouabdallah¹

¹Service de chirurgie pédiatrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

[&]Corresponding author: Khalid Khattala, Service de chirurgie pédiatrique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Key words: kyste hydatique, kyste cérébral

Received: 24/07/2012 - Accepted: 31/07/2012 - Published: 23/11/2012

Abstract

La localisation cérébrale du kyste hydatique est rare (2%), nous rapportons le cas d'une fille de 6 ans, admise aux urgences pour un coma d'installation progressive et dont le bilan radiologique a montré un énorme kyste cérébral fronto-pariétal, le diagnostic de kyste hydatique a été retenu après traitement chirurgical. C'est le premier cas du kyste hydatique, à notre connaissance, qui a été révélé par un coma, la malade a bien évolué après le traitement chirurgicale sans récurrence après deux ans de recul.

Pan African Medical Journal. 2012; 13:64

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/13/64/full/>

© Khalid Khattala et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La maladie hydatique est une affection parasitaire secondaire à l'infestation de l'organisme par l'embryon hexacanthé d'Echinococcus granulosus [1,2]. Au Maroc, l'hydatidose sévit à l'état endémique [3]. L'organe le plus touché est le foie, la localisation cérébrale est rare et n'excède pas 2 %, elle touche essentiellement l'enfant [1]. Nous rapportons le cas d'une observation exceptionnelle d'un énorme kyste hydatique cérébral révélé par un coma et qui a bien évolué après traitement chirurgical.

Patient et observation

F.L fille âgée de 6 ans, unique de sa fratrie, habitant le milieu rural avec notion de contact avec les chiens, le développement psychomoteur et affectif est normal. Elle a présenté des céphalées chroniques évoluant depuis 3 ans avec une macrocranie d'aggravation progressive, sans vomissements ni crises convulsives ni déficit moteur.

Au terme de ces 3 années, elle a présenté de façon rapidement progressive des céphalées intenses, des vomissements, une paraparésie puis des troubles de la conscience, ce qui a motivé une consultation aux urgences chirurgicales pédiatriques trois jours après le début des troubles.

L'examen a trouvé une patiente comateuse avec un score de Glasgow à 4, apyrétique avec macrocranie et mydriase bilatérale réactive. Après mise en condition et intubation de la patiente, une TDM cérébrale a objectivé une énorme image arrondie hypodense fronto-pariétale d'environ 13,9 sur 11,6 cm faisant suspecter en premier lieu un kyste hydatique (**Figure 1**). L'échographie abdominale et la radiographie thoracique n'ont pas objectivé d'autres localisations.

La patiente a été opérée le même jour avec réalisation d'une énucléation du kyste par hydrodissection selon la technique d'Arana Iniguez (**Figure 2**). L'étude anatomopathologique a confirmé un kyste hydatique. La patiente a séjourné en réanimation pendant 2 jours, avec bonne évolution puis admise au service de chirurgie où elle a bénéficié de soins locaux et de kinésithérapie motrice. La patiente est sortie 15 jours après l'acte opératoire, la reprise de la marche et de la parole a été acquise progressivement.

Un mois en postopératoire, la famille a constaté des troubles de comportement diagnostiqués comme étant un syndrome maniaque, la malade a bénéficié d'un scanner de contrôle qui a montré une cavité résiduelle sans effet de masse (**Figure 3**), elle est suivie en psychiatrie avec bonne évolution. La patiente est suivie depuis deux ans avec bonne évolution.

Discussion

La localisation cérébrale du kyste hydatique est rare représentant 1 à 2 % des localisations chez l'homme [1,2]. Elle est plus fréquente chez l'enfant et l'adulte jeune (50 à 70 % des cas) et elle est le plus souvent solitaire [1,4]. Ce parasite passe à travers le filtre hépatique et pulmonaire et rejoint le cerveau par la circulation systémique ce qui explique la rareté de cette localisation.

Les localisations cérébrales sont généralement hémisphériques sous-tentorielles et sous-corticales particulièrement dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne au niveau du lobe pariétal [1,2,4]. De rares cas de localisations intraventriculaires et au niveau de la fosse postérieure ont été rapportés [1,2]. La localisation cérébrale est dans 10% des cas associée à d'autres localisations viscérales notamment pulmonaire et hépatique [1]. Ces localisations doivent être systématiquement recherchées par la radiographie pulmonaire et l'échographie abdominale.

Le kyste hydatique cérébral se développe lentement de telle façon que la circulation collatérale va pouvoir pallier le risque d'ischémie [1] avec une vitesse de croissance d'environ 10 cm/an [1]. Cette lenteur du développement explique le fait qu'une hydatidose cérébrale peut atteindre un volume considérable avant de donner des manifestations cliniques [1] ce qui est le cas chez notre patiente, mais quand le kyste a pris un volume intolérable la détérioration neurologique est devenue plus rapide.

Le tableau clinique associe des signes neurologiques focaux associés ou non à une hypertension intra crânienne, rarement des troubles psychiatriques [1,4]. L'examen physique peut montrer une augmentation du périmètre crânien chez le nourrisson et même chez le petit enfant ce qui est le cas de notre patiente, ce qui explique probablement l'évolution très progressive de la maladie. Le fond d'il montre souvent un 'dème papillaire et une atrophie optique exceptionnellement [4]. La tomodensitométrie cérébrale constitue l'examen de référence. Elle visualise typiquement une masse kystique arrondie ou ovale, de volume variable, à contenu liquidien et à contours bien définis, ayant la densité du liquide céphalorachidien, et située en plein parenchyme cérébral. L'effet de masse sur les structures avoisinantes est important et une hydrocéphalie est possible par blocage des voies d'excrétion du liquide céphalorachidien. et pas de rehaussement après injection du produit de contraste [1,2,3], l'dème périlésionnel est exceptionnel [5]. La visualisation d'une membrane flottante est pathognomonique et les calcifications sont extrêmement rares, inférieures à 1% [1]. L'imagerie par résonance magnétique est rarement pratiquée et montre un hyposignal en T1 et un hypersignal en T2. Elle est meilleure dans la détection des kystes hydatiques cérébraux multiples et définit mieux les rapports de la lésion avec les structures avoisinantes ce qui aide à la planification chirurgicale [2,3,6], de même l'dème périlésionnel est mieux visible par l'IRM. Le scanner est supérieur dans la détection des calcifications.

L'apport de la sérologie hydatique reste décevant par rapport aux autres localisations [2,3]. La confirmation diagnostique est histologique. Le traitement est chirurgical basé sur la technique d'hydropulsion décrite par Arana Iniguez [1,3], la deuxième technique possible est celle de la ponction-aspiration ; elle est moins utilisée et réservée aux kystes ayant un risque important de rupture tels que les kystes du quatrième ventricule, les kystes du tronc cérébral et du thalamus [1]. Le traitement à base de benzimidazoles (albendazole et mébendazole) a été utilisé par certaines équipes en cas d'hydatidose récidivante, disséminée, jugée inopérable ou rompue en peropératoire [1]. Les résultats du traitement médicamenteux des kystes hydatiques restent variables selon les séries, avec un taux de réponses allant de 43,5 à 80%.

Le pronostic est bon si le diagnostic est fait rapidement menant à un traitement précoce permettant d'éviter les séquelles neurologiques [7]. La prévention passe par les mesures d'abattage contrôlé des ovins.

Conclusion

Le kyste hydatique cérébral est rare, d'évolution très lente, il peut prendre des dimensions importantes avant d'être symptomatique ce qui explique le retard diagnostic, le pronostic est bon après traitement chirurgical malgré la gravité des troubles neurologiques qui peuvent révéler la maladie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Khalid Khattala : auteur correspondant a contribué à la rédaction de l'article et la prise en charge de la patiente, Aziz Elmadi, Mohamed Rami et Abdelhalim Mahmoudi ont contribué dans la prise en charge des patiente, Youssef Bouabdallah : chef du service, a contribué à la prise en charge de la patiente et à la correction de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: TDM cérébrale en coupe axiale montrant un énorme kyste hydatique fronto- pariétale

Figure 2: Aspect peroérotatoire du traitement du kyste hydatique cérébral

Figure 3: TDM cérébrale post opératoire montrant une cavité résiduelle

Références

1. Brahem M, Hlel K, Ayadi A et al. Cerebral hydatid cysts in children: 4 cases. Med Mal Infect. 2006 Aug;36(8):434-7. **This article on PubMed**
2. Braham E, Bellil S, Bellil K et al. Hydatid cyst of the posterior fossa. Med Mal Infect. 2007 May;37(5):281-3. **This article on PubMed**
3. Ghannane H, Aniba K, Haddi M et al. Cerebral hydatid cyst in children: apropos of 6 cases. Arch Pediatr. 2007 Feb;14(2):196-7. **This article on PubMed**

4. Asri F, Tazi I, Maaroufi K, El Moudden A et al. Cerebral hydatid cyst and psychiatric disorders. Two cases. *Encephale*. 2007 Mar-Apr;33(2):216-9. **This article on PubMed**
5. Bahloul K, Ouerchefani N, Kammoun B et al. Unusual brain edema caused by an intracranial hydatid cyst: a case report and literature review. *Neurochirurgie*. 2009 Feb;55(1):53-6. **This article on PubMed**
6. Bukte Y, Kemaloglu S, Nazaroglu H et al. Cerebral hydatid disease: CT and MR imaging findings. *Swiss Med Wkly*. 2004 Aug 7;134(31-32):459-67. **This article on PubMed**
7. Khaldi M, Mohamed S, Kallel J, Khouja N. Brain hydatidosis: report on 117 cases. *Childs Nerv Syst*. 2000 Nov;16(10-11):765-9. **This article on PubMed**

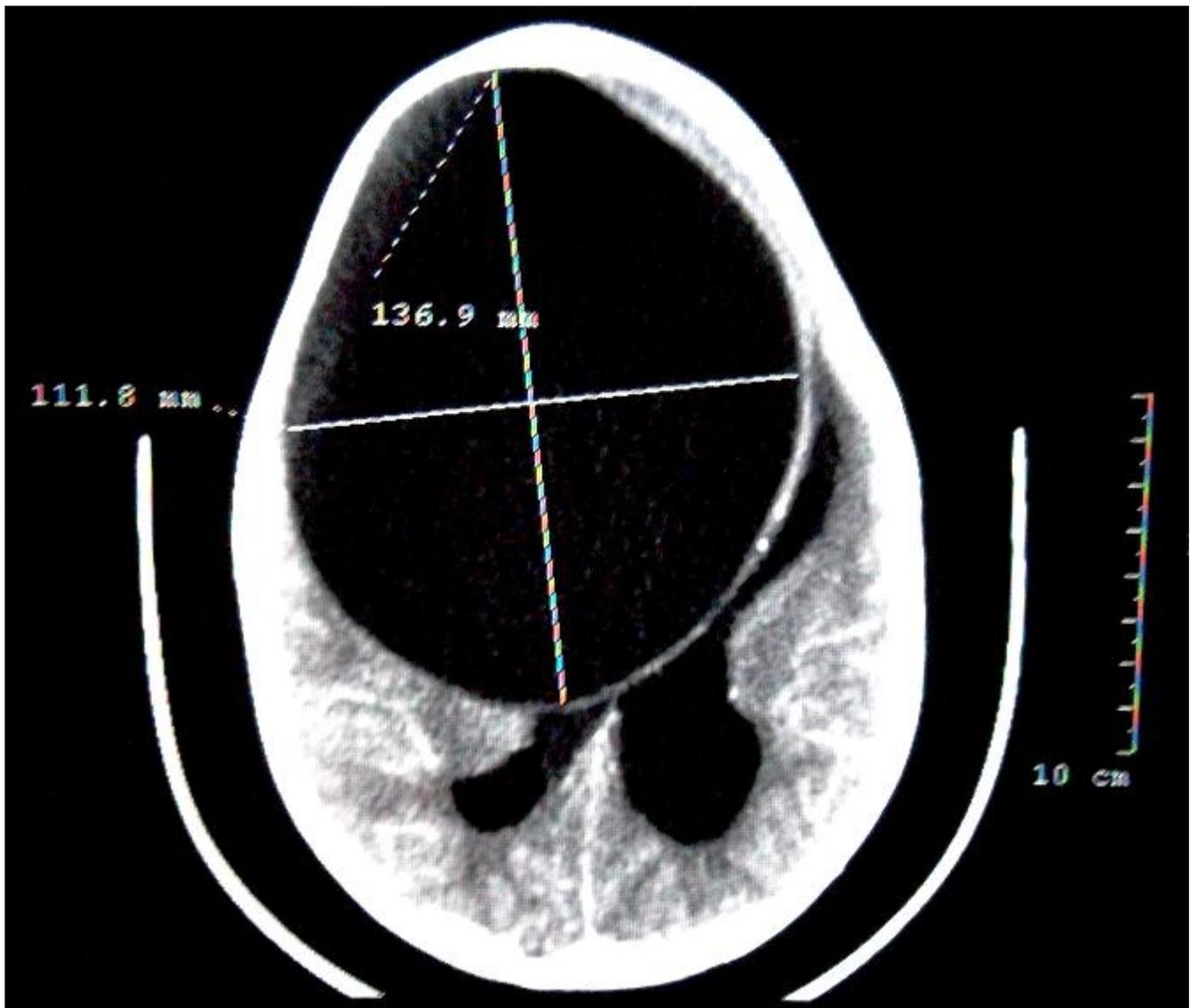


Figure 1: TDM cérébrale en coupe axiale montrant un énorme kyste hydatique fronto- pariétale



Figure 2: Aspect peroéatoire du traitement du kyste hydatique cérébral

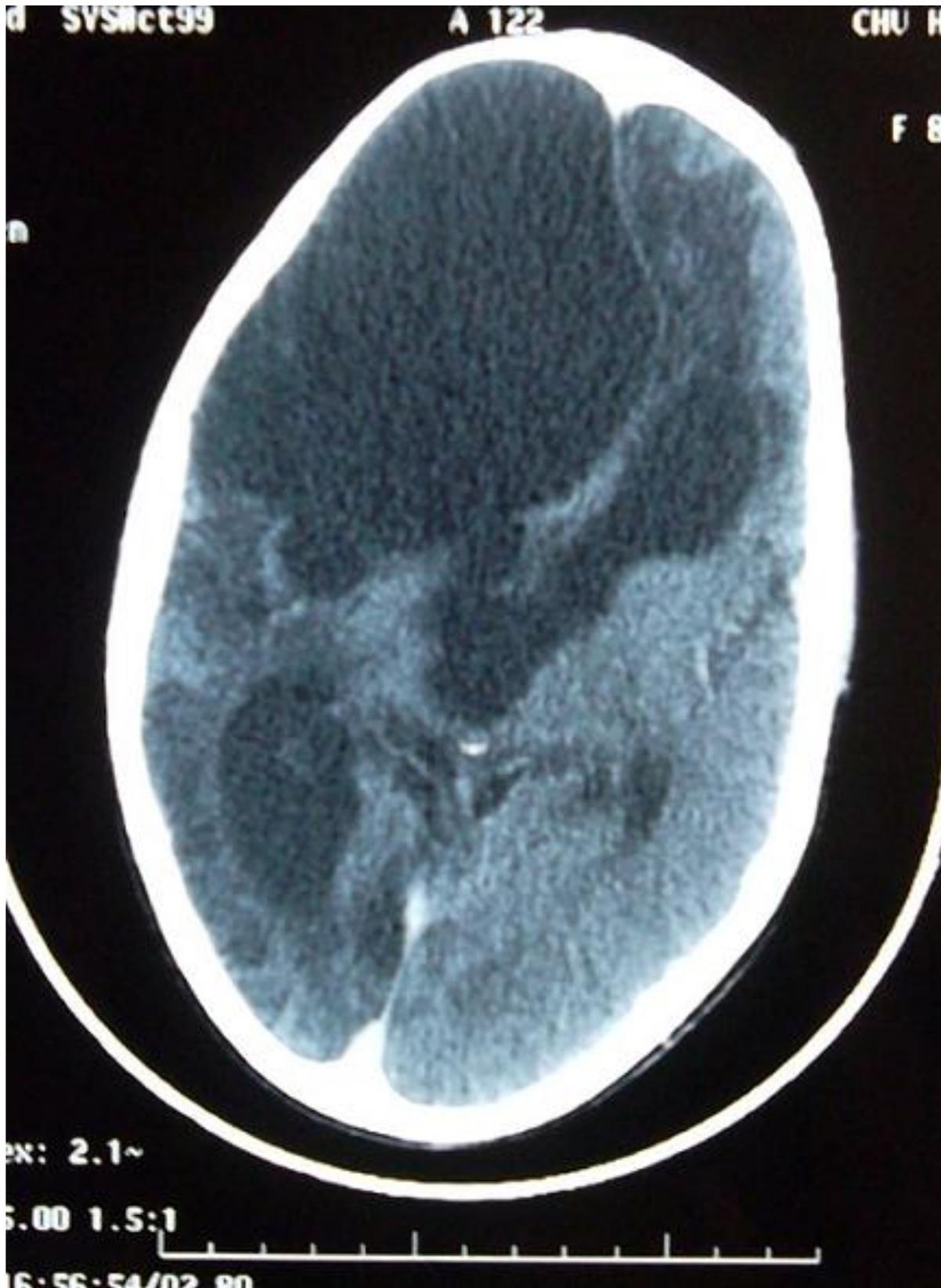


Figure 3: TDM cérébrale post opératoire montrant une cavité résiduelle