

Kyste hydatique primitif et isolé du diaphragme en Tunisie

Primary and isolated phrenic hydatid cyst in Tunisia

A. Makni · F. Fetirich · M. Jouini · M. Kacem · Z. Ben Safta

Reçu le 15 novembre 2011 ; accepté le 3 janvier 2012

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2012

Résumé Le kyste hydatique (KH) du diaphragme est défini par le développement d'un KH dans l'épaisseur du muscle diaphragmatique. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 40 ans, chez qui le diagnostic de KH du diaphragme a été fait fortuitement à l'occasion d'une tumeur stromale gastrique. Le patient a été opéré par une laparotomie médiane. Il a été réalisé une résection du dôme saillant du KH du diaphragme associée à une gastrectomie totale. Les suites opératoires ont été simples. Après un recul de 12 mois, le bilan de contrôle est négatif. Le diagnostic du siège diaphragmatique du KH repose sur la tomodensitométrie (TDM) thoracoabdominale. Le traitement est chirurgical et la voie d'abord dépend des caractéristiques topographiques du kyste.

Mots clés Kyste hydatique · Kyste hydatique phrénique · Diaphragme · Kyste · Hôpital · Tunis · Tunisie · Maghreb Afrique du Nord

Abstract The hydatid cyst of the diaphragm is defined as the development of a hydatid cyst in the diaphragm muscle. The purpose of this study is to identify the specific pathogenic, clinical and therapeutic aspects of this hydatid cyst. It is important to confirm the diagnosis of the location before surgery. We report the case of a patient aged 40 years, in whom the diagnosis of hydatid cyst of the diaphragm was made incidentally in the course of a gastric stromal tumour. The patient was operated by a midline laparotomy. Resection of the protruding dome of hydatid cyst of the diaphragm was carried out along with total gastrectomy. The postoperative course was uneventful. After 12 months, the results were negative. The diagnosis of hydatid cyst of the diaphragm is based on the thoraco-abdominal CT scan. The treatment is surgical based on the topographic features of the cyst.

Keywords Hydatid cyst · Phrenic cyst · Diaphragm · Cyst · Hospital · Tunis · Tunisia · Maghreb Northern Africa

A. Makni (✉) · F. Fetirich · M. Jouini · M. Kacem · Z. Ben Safta
Service de chirurgie générale A, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
e-mail : aminmakni@msn.com

Introduction

Le kyste hydatique (KH) du diaphragme se développe dans l'épaisseur du muscle diaphragmatique entre les séreuses pleurale et péritonéale. Il représente 0,6 à 1,5 % des localisations hydatiques intrathoraciques [4,6,7].

Observation

M. S.R., âgé de 40 ans, sans antécédents pathologiques, a été hospitalisé pour des épigastralgies évoluant depuis trois mois dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen physique était sans anomalies. La fibroscopie œsogastroduodénale a objectivé quatre formations tumorales gastriques : trois étaient au niveau du corps gastrique et une était au niveau de l'antra. Les biopsies avaient conclu à des tumeurs stromales gastrointestinales (GIST). Dans le cadre du bilan d'extension, une tomodensitométrie (TDM) thoracoabdominale avait objectivé les quatre formations tumorales gastriques, sans extension locorégionale ou à distance. Cependant, cet examen avait révélé la présence d'une masse kystique diaphragmatique droite mesurant 10 cm de grand axe (Fig. 1). Cette masse était liquidienne pure, avec des calcifications arciformes au niveau de sa paroi. Ces aspects avaient fait porter le diagnostic d'un KH du type I. Les angles de raccords entre les parois de cette masse et la coupole diaphragmatique étaient obtus, ce qui a fait confirmer son siège diaphragmatique (Fig. 2). Le bilan de la maladie hydatique n'avait pas retrouvé d'autres localisations intra- ou extra-abdominales. La sérologie hydatique était négative.

Le patient a été opéré par voie médiane. L'exploration peropératoire a confirmé la présence d'un cancer totogastrique résecable, associé à un KH du diaphragme qui offrait un dôme saillant qui refoulait vers le bas le dôme hépatique. Après un abaissement du foie dans un premier temps, l'abord du KH a été réalisé avec une protection du champ opératoire par de larges compresses imbibées de sérum salé hypertonique, une ponction-vidange du contenu kystique, une résection du dôme saillant suivie d'une déterision du

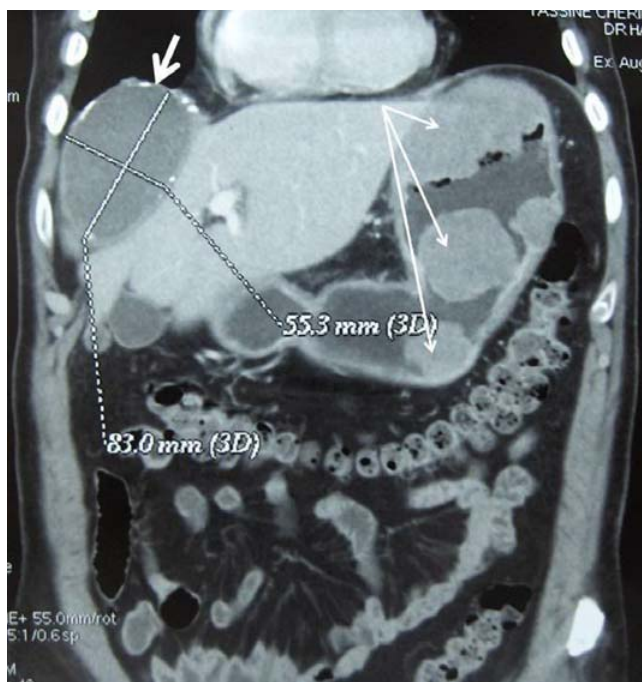


Fig. 1 Tomodensitométrie thoracoabdominale. Coupe frontale (image de reconstruction) : présence d'un kyste hydatidique du diaphragme droite du type 1 de 10 cm (flèche blanche) associé à des tumeurs solides gastriques (trois flèches blanches) / *Chest and abdominal CT-scan: presence of an hydatid cyst of the right diaphragm of 10 cm (one white arrow) associated with gastric solid tumors (three white arrows)*

kyste. Il n'y avait pas d'ouverture pleurale associée. À ce geste a été associée une gastrectomie totale avec anastomose œsojéjunale sur une anse montée en Y selon Roux. Les suites opératoires ont été simples. Le patient est sorti de l'hôpital le huitième jour postopératoire. Après un recul de 12 mois, le bilan de contrôle n'a mis en évidence ni récurrence hydatidique ni récurrence néoplasique locorégionale ou à distance.

Discussion

La localisation diaphragmatique du KH ne présente aucune particularité d'âge ou de sexe [4,6,7]. La rareté de cette localisation s'expliquerait par la contractilité musculaire à l'origine d'une production d'acide lactique empêchant la fixation et le développement du parasite au niveau du tissu musculaire, en particulier le diaphragme [1,3,4]. La greffe, souvent primitive, se fait par voie artérielle ou lymphatique. Plus rarement, la greffe est secondaire à la rupture d'un KH pulmonaire ou hépatique. Elle peut être associée à d'autres localisations intra- ou extrathoracique. Dans notre observation, il s'agissait plutôt d'un KH primitif et isolé du diaphragme. Au

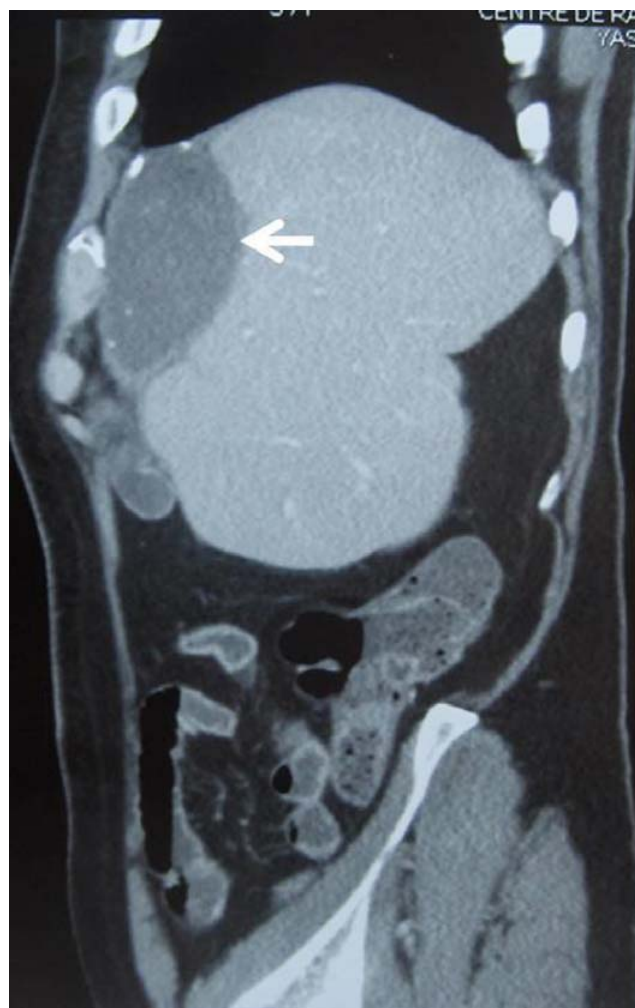


Fig. 2 Tomodensitométrie thoracoabdominale. Coupe parasagittale (image de reconstruction) : présence d'un kyste hydatidique du diaphragme droite du type 1 de 10 cm (flèche blanche) qui refoule vers le bas et l'arrière le foie / *Chest and abdominal CT-scan: presence of an hydatid cyst of the right diaphragm of 10 cm (white arrow), which pushes down and back, the liver*

cours de son évolution, le KH du diaphragme peut se rompre dans la plèvre, les bronches ou dans la cavité abdominale, s'infecter ou comprimer les organes adjacents. Sur le plan clinique, les formes non compliquées sont asymptomatiques et de découverte fortuite dans 20 % des cas, comme c'était le cas chez notre patient. Ailleurs, le KH du diaphragme peut se manifester par des douleurs basithoraciques irradiant à l'épaule et parfois une gêne respiratoire ou une toux irritative [1,5]. Le diagnostic repose sur l'imagerie, notamment l'échographie abdominale qui permet de confirmer la nature hydatidique, mais sans pour autant affirmer avec certitude le point de départ diaphragmatique. La TDM thoracoabdominale et/ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent d'affirmer l'origine diaphragmatique. Ces différents

examens ont également pour objectif de chercher une éventuelle complication ou une autre localisation thoracoabdominale [4]. La sérologie hydatique est rarement positive lorsque le KH diaphragmatique est isolé, comme ce fut le cas chez notre patient, et peut rester négative après l'intervention, même en cas de récurrence [4]. Au terme des différentes explorations, le diagnostic de la nature hydatique est généralement posé, mais c'est surtout le point de départ du KH qui peut rester imprécis avant la cure chirurgicale [2,5]. Le traitement est exclusivement chirurgical. Selon que le développement se fait aux dépens de la face supérieure ou inférieure du diaphragme, le kyste sera abordé par une thoracotomie ou par une laparotomie médiane ou sous-costale. La voie combinée peut être nécessaire en cas de rupture dans la plèvre. Dans notre cas, le KH se développait sur le versant abdominal du diaphragme, ce qui nous a permis de nous contenter de l'abord abdominal. Concernant le geste à réaliser, en fonction de la taille du kyste, on peut proposer une kystectomie totale pour les KH diaphragmatiques de petite taille. Ceux-ci entraînent rarement une perte de substance qui nécessite généralement une réparation par simple suture et exceptionnellement une plastie musculaire ou prothétique [5]. Pour les gros kystes, comme ce fut le cas de notre patient, où le kyste faisait 10 cm, une résection du dôme saillant semble la solution la plus raisonnable. Les KH rompus dans le thorax sont traités par une décortication pleurale suivie de l'exérèse du kyste. Le traitement médical a les mêmes indications que pour les autres localisations.

Conclusion

La localisation diaphragmatique du KH est rare. Si le diagnostic de la nature hydatique ne pose pas de problème particulier et repose sur l'échographie abdominale, la confirmation de l'origine diaphragmatique nécessite le recours à la TDM, voire à l'IRM thoracoabdominale. Cette confirmation est primordiale puisqu'elle conditionne la voie d'abord chirurgicale.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Daali M, Hssaida R (2000) L'hydatidose musculaire. *Presse Med* 29:1166–9
2. De Vega DS, Vazquez E, Calvo E (1991) Kyste hydatique du diaphragme : à propos d'un cas. *J Chir (Paris)* 128(2):76–8
3. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Bouslami B, et al (2007) Kyste hydatique du psoas. À propos d'un cas. *Santé* 17(3):177–9
4. Kabiri H, Al Aziz S, El Maslout A (2001) L'hydatidose diaphragmatique. *Rev Pneumol Clin* 57(1 Pt 1):13–9
5. Miloudi Y, Alaoui Yazidi A, Bartal M (1997) Diagnostic inhabituel d'une image de pleurésie. *Rev Mal Resp* 14(3):232–4
6. Skljarov I, Celard P, Gamondes JP, Pinet F (1985) Les tumeurs primitives de diaphragme. À propos d'un cas. *J Radiol* 66(8–9):527–30
7. Thameur H, Chenik S, Abdelmoula S, et al (2000) Les localisations thoraciques de l'hydatidose. À partir de 1 619 observations. *Rev Pneumol Clin* 56:7–15