

# Le kyste hydatique primitif du cou: cause rare d'une masse cervicale

## Primary cervical hydatid cyst: a rare cause of a cervical mass

L. Belliral<sup>1</sup>, I. Issoufou<sup>1</sup>, F.Z. Ammor<sup>1</sup>, H. Harmouchi<sup>1</sup>, M.Lakarnbi<sup>1,2</sup>, Y.Ouadnoui<sup>1,2</sup>, M.Smahi<sup>1,2</sup>

1- Service de chirurgie thoracique, CHU HASSAN II, FES, Maroc

2- Université Sidi Mohamed Ben Abedallah, Faculté de médecine et de pharmacie, FES, Maroc

### RESUME

Le kyste hydatique cervical est extrêmement rare même en pays d'endémie. Il pose un problème diagnostique positif et de prise en charge thérapeutique.

Nous rapportons le cas d'une femme de 40 ans, qui a consulté pour une masse sus claviculaire gauche évoluant depuis six ans. L'imagerie avait montré une lésion kystique. La patiente a eu, alors une cervicotomie exploratrice avec la découverte en per-opératoire d'un kyste hydatique cervical.

**Mots clé :** Kyste hydatique, Localisation cervicale, Chirurgie.

### ABSTRACT

Hydatid cyst of the neck is extremely rare, even in endemic countries. It is a source of many diagnosis and therapeutic difficulties. We report a case of a 40 years old woman who consulted for a left sus clavicular mass developed six years ago. The imaging had shown a cystic lesion. The patient had a cervicotomy with the per-operative discovery of a susclavicular hydatid cyst.

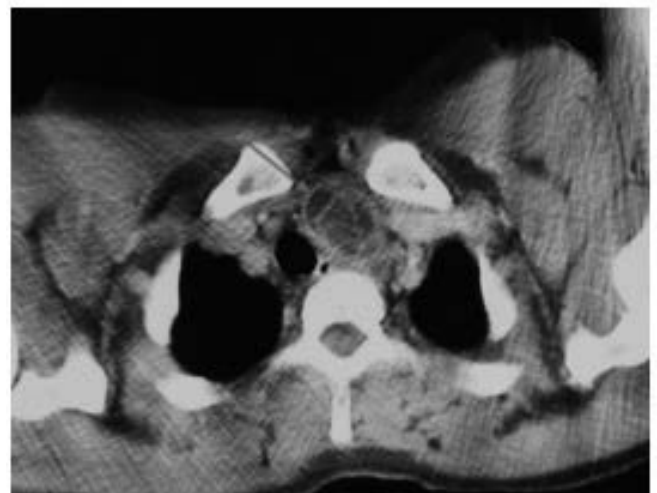
**Key words:** Hydatid cyst, Neck, Surgery.

### OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 40 ans, sans notion de contact avec les chiens, qui s'est présentée avec une masse cervicale gauche évoluant depuis 6 ans. L'examen physique retrouvait une patiente en bon état général, avec une masse latéro-cervicale sus claviculaire gauche ferme, fixe par rapport au deux plans et indolore de 4 cm de grand axe. Il n'y avait pas de signes inflammatoires de la peau en regard ni d'adénopathie cervicale.

L'examen biologique était normal. L'échographie objectivait une formation kystique sus claviculaire gauche multi-cloisonnée non vascularisée au Doppler. Un complément par une TDM cervico-thoracique a objectivé une formation kystique basi cervicale médiane latéralisée à gauche (flèche rouge), sous le lobe thyroïdien gauche, bien limitée à paroi fine et multi cloisonnée non rehaussée après injection de produit de contraste mesurant 36 x 26 mm, cette formation refoule l'axe aéro digestif à droite (figure 1).

Un complément par un TOGD était nécessaire, montrant un rétrécissement de l'œsophage cervical, étendu sur 32 mm non sténosant, excentré et régulier, avec légère dilatation en amont de l'obstacle et un refoulement trachéal vers la droite (figure2).



**Figure 1 :** TDM cervico-thoracique : Formation kystique basi cervicale médiane latéralisée à gauche (flèche), bien limitée et multi cloisonnée non rehaussée après contraste mesurant 36x26 mm



**Figure 2 :** TOGD : Rétrécissement de l'œsophage cervical, étendue sur 32 mm non sténosant, excentré et régulier, avec légère dilatation d'amont et un refoulement trachéal vers la droite.

La patiente a eu une cervicotomie avec découverte d'une masse kystique avec des membranes hydatiques mesurant 3,5\*3,7 cm et de multiples vésicules filles (figure 3). Une périkystectomie totale a été réalisée après stérilisation du champ opératoire au sérum salé hypertonique.



**Figure 3 :** Vue per-opératoire qui montre les vésicules filles (flèche noir).

L'examen anatomopathologie a confirmé l'origine hydatique, et devant l'absence d'autres localisations hydatiques le diagnostic d'un kyste hydatique cervicale primitif a été retenu, un traitement adjuvant de 06 mois à base d'anti helminthique (AZOL\* 400 mg) a été démarré à une dose de 10mg/kg/j. L'évolution postopératoire était favorable. Il n'y avait pas eu de récurrence après un recul de 18 mois .

## DISCUSSION

L'hydatidose est une maladie ubiquitaire observée essentiellement dans les pays du bassin méditerranéen, l'Afrique du sud et l'Asie centrale, avec une prédilection de l'atteinte hépatique et pulmonaire [1,2]. Au Maroc, elle sévit à l'état endémique et constitue un véritable problème de santé publique [3].

L'atteinte hydatique cervico- faciale est exceptionnelle même en pays d'endémie estimée dans la littérature à 1-2% de toutes les localisations [4,5,6]. Elle s'observe à tout âge avec une prédominance chez les jeunes. Le tableau clinique, souvent symptomatique, se résume le plus souvent à un syndrome tumoral, indolore, non inflammatoire d'évolution lente et de découverte fortuite comme le cas de notre patiente [3,7]. Dans certains cas, la tuméfaction peut être responsable de compression des organes de voisinage, voir un syndrome de Pancoast Tobias [8]. L'imagerie présente un double intérêt, celui du diagnostic positif, en affirmant la nature liquidienne de la masse et en précisant les rapports avec les voies aérodigestives, les éléments vasculaires et la recherche d'autre localisation hydatique extra cervicale. L'échographie constitue le plus souvent l'examen clé [7,9]. Elle précise la nature liquidienne de la tuméfaction et le type du kyste [7]. Comme chez notre patiente un recours à la TDM peut être d'un grand apport diagnostique par l'affirmation de la nature de la masse, avec un diagnostic précis de la topographie, de la taille et des rapports et par la mise en évidence de calcifications pariétales et par l'absence de rehaussement après injection du produit de contraste dans les KH de structure hétérogène [3,7,9]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est le moyen d'imagerie le plus utile en pathologie hydatique des parties molles chaque fois que l'aspect échographique est atypique [3].

Certaines équipes préconisaient une cytoponction afin de confirmer l'origine hydatique du kyste [10]. Dans la notre, elle ne fait pas partie de la pratique courante en raison du risque de fissuration, de dissémination ou de choc anaphylactique. Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec le lymphangiome kystique qui est multi cloisonné de siège souvent cervical, et le kyste cervical thymique qui se développe le plus souvent dans le creux sus-claviculaire gauche, sous forme d'une masse kystique uniloculaire parallèle au muscle sterno-cleido- mastoïdien [7].

Le traitement du kyste hydatique cervicale repose sur la périkystectomie totale consistant en l'exérèse chirurgicale totale en monobloc du kyste [3,11]. La périkystectomie subtotale ou la résection du dôme saillant est réservée en cas d'adhérences aux axes vasculo-nerveux ou à l'axe aérodigestif. La stérilisation du champ opératoire au sérum salé hypertonique ou à l'eau oxygénée est indispensable afin de pallier le risque de dissémination en cas de rupture du kyste en peropératoire [3]. Les dérivés imidazolés sont indiqués dans les formes inopérables, ou comme traitement adjuvant à la chirurgie en cas de rupture peropératoire du kyste ou de localisations hydatiques multiples [3], chez notre patiente le traitement médical était indiqué vu l'aspect multivésiculaire et la présence de vésicules filles. Une surveillance post- opératoire régulière immédiate et à long terme est préconisée.



## CONCLUSION

La localisation cervicale isolée du kyste hydatique est exceptionnelle. Toutefois, elle doit être évoquée devant toute masse cervicale kystique isolée en zone endémique. Par sa symptomatologie clinique polymorphe, il pose un problème délicat de diagnostic.

Le traitement est chirurgical. La prévention reste toujours nécessaire, surtout en zone d'endémie.

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

## REFERENCES

1. Meziane M, Mimouni H, Oujilal A, et al. Le kyste hydatique faciale isolé. *J Tunis ORL*. 2008;21:47-8.
2. Ennouri A, Ben rhouma S, Makni S, et al. L'hydatidose à localisation cervico- faciale. À propos de 7 cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol*. 1989;110:169-71.
3. Oqbani Q, Chraïbi M, Harchichi N, Abbaoui S ; Kyste hydatique cervical primitif. Localisation rare et inhabituelle ; 120 K. Oqbani et al. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2017;134 :119-121.
4. Bellakhddhar M, Hasnaoui M, Daabek B. Kyste Hydatique Cervical : A Propos de trois observations. *J. TUN ORL*. 2011 ; 26 : 70-73.
5. Akkari K, Chnitir S, Ben Miled M, Mardassi A, Setthom A, Hachicha S. et al. Kyste Hydatique Cervico Mediastinal A Propos D'un Cas. *J. TUN ORL*. 2007 ; 19:70-73.
6. Belcadhi M, Kermani W, Mani R, Zeglaoui I, Ben Ali M, Abdelkéfi M et al. L'hydatidose cervico-faciale. A propos de 17 cas. *TUNIS MED* 2011;89 (3):336-341.
7. Braham R, Boulocha M, Zaghouani Ben Alaya H , Maazoun K, Gouli M, Nouri A et al. Cervical hydatid cyst. *Arch Ped*. 2008;15:1815-18.
8. Rabiou S, Issoufou I, Belliraj L, Ammor FZ, Lakranbi M, Ouadnoui Y et al.; Pancoast syndrome revealing a hydatid cyst of the lung. *QJM: An International Journal of Medicine*, 2015:1-2.
9. Beji M, Ben Massoud M, Louzir B. Localisation cervico-thoracique d'un kyste hydatique. *J Radiol*. 2004; 85: 135-7.
10. Khare, et al. Isolated Echinococcosis of the cervical region. *J Cytol*. 2014; 31 (2): 102-4.