

## LES KYSTES HYDATIQUES DE L'ORBITE DISCUSSION À PROPOS DE 03 CAS OPÉRÉS

S. TLIBA, R. BOUDRAA\*, H. FADLA, A. MANSOUR, N. SAMAI, K. HOUAM,  
F. AMARA KORBA, D. LATATL.N, ALIMI, N. SMATI, M. BOUAZIZ

*Service de Neurochirurgie CHU Ibn Rochd, Annaba.*

*\* Service d'ophtalmologie CHU Ibn Rochd, Annaba.*

### RESUME

Le kyste hydatique de l'orbite est une parasitose rare ne présentant que 1 à 2% de toutes les autres localisations hydatiques. A travers une série rétrospective de 03 cas opérés dans le service de Neurochirurgie d'Annaba, nous avons fait une lecture de la littérature pour présenter les aspects épidémiologiques, clinico-radiologiques et chirurgicaux de cette pathologie. Ces lésions atteignent préférentiellement les enfants. L'exophtalmie unilatérale est le maître symptôme. L'imagerie en coupe (échographie, scanner et IRM) est d'un apport certain dans le diagnostic préopératoire, cependant le diagnostic de certitude n'est confirmé que par l'aspect per opératoire et par l'étude histologique post opératoire. Le traitement est uniquement chirurgical. La prophylaxie stricte demeure la mesure préventive principale.

*Mots clés : Kyste hydatique, Orbite, Exophtalmie.*

### INTRODUCTION

Malgré les nombreuses mesures de prévention, la maladie parasitaire due au tænia échinocoque demeure toujours présente dans les pays du Maghreb [10, 11 et 13].

Appelée communément hydatidose ou kyste hydatique, cette maladie cosmopolite, rencontrée essentiellement dans les pays d'élevage du mouton, sévit encore de manière endémique en Algérie [8, 11]. Cette parasitose est due au développement dans l'organisme de la forme larvaire d'un tænia du chien "échinococcus granulosus". Ce dernier présente de nombreux sites de développement chez l'homme, préférentiellement au niveau du foie et du poumon.

Bien qu'elle ne soit pas un siège de prédilection, La localisation intra-orbitaire est possible mais ne représente que 1 à 2% de toutes les localisations hydatiques [1, 5, 6, 7 et 12] ; cependant, elle n'est pas exceptionnelle par rapport aux autres processus expansifs intra-orbitaire, où elle présente une fréquence de 13 à 15 % [3, 14].

### OBSERVATION ILLUSTRATIVE

Il s'agit d'un enfant de sexe masculin, âgé de 05 ans, originaire de Aïn El Baïda, aux antécédents d'insuffisance tricuspide grade III, qui a été hospitalisé au service d'ophtalmologie pour une exophtalmie unilatérale avec cécité de l'œil droit, puis adressé au service de neurochirurgie pour un traitement chirurgical.

Le début d'apparition de la symptomatologie remontait à 06 mois avant son admission, marqué par l'installation progressive d'une exophtalmie unilatérale droite accompagnée de baisse de l'acuité visuelle jusqu'à cécité totale, en raison de la consultation tardive, associées à un œdème de la paupière supérieure droite. L'anamnèse relève comme facteur de risque :

- Un mode de vie rural.
- Une notion d'élevage d'animaux domestiques (chiens, moutons).
- Une hydatidose hépatique dans la famille.

L'examen ophtalmologique retrouve

- Une exophtalmie unilatérale droite, de 23 mm à l'exophtalmomètre de Hertel, non axiale, avec déplacement du globe oculaire en bas et en dehors. Cette exophtalmie est irréductible, non pulsatile, et non douloureuse à la palpation.
- Un œdème des paupières droites, avec larmoiement continu.
- Un chémosis plus important en temporal supérieur.
- Limitation des mouvements oculaire.
- L'acuité visuelle de l'œil droit était nulle.
- A l'examen du fond d'œil : Atrophie optique.
- L'examen de l'œil gauche est normal.

L'examen général était par ailleurs sans particularité.

La sérologie hydatique, n'a malheureusement pu être faite.

Le patient a bénéficié d'un scanner orbito-cérébral, réalisé en coupes axiales et coronales jointives de 03mm avant et après injection de produit de contraste, qui mettait en évidence en rétro-oculaire droit, une petite formation kystique mesurant 24 mm de diamètre, ayant une paroi épaisse à 02 mm et partiellement calcifiée, ronde et homogène, située au niveau postéro-supérieur, insérée entre le toit de l'orbite et le globe, de densité liquidienne, régulière, refoulant le globe oculaire en bas et en avant, présentant un phénomène

de rehaussement au niveau de la paroi après injection de produit de contraste (Fig. 1).

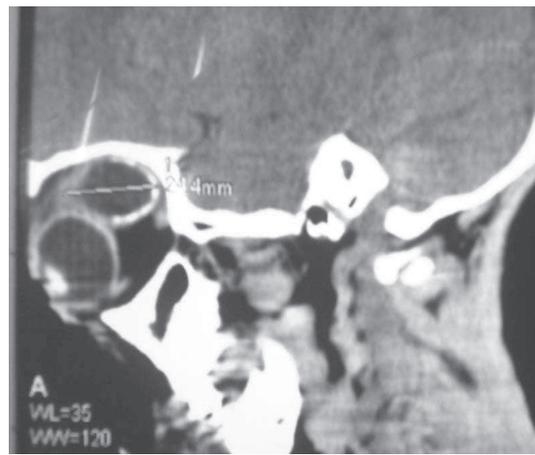
Les examens à la recherche d'une autre localisation hydatique (hépatique, pulmonaire) étaient négatifs, en particulier l'échographie abdomino-pelvienne et la radiographie du thorax. Après confrontation des données anamnestiques, cliniques et radiologiques, le diagnostic de kyste hydatique intra-orbitaire est fortement évoqué sans pouvoir éliminer définitivement un autre diagnostic.

L'enfant a été opéré à travers un volet fronto-orbitaire droit monobloc. L'exploration a retrouvé une masse multi vésiculaire avec une membrane épaisse et adhérente, qui a bénéficié des étapes suivantes :

- Evacuation et aspiration du liquide hydatique (sous tension), des vésicules et de la membrane prolifère.
- Ablation d'une large partie de la membrane, cette dernière est très adhérente aux muscles de l'orbite.
- Lavage abondant à l'eau oxygénée 11%.

Le diagnostic de kyste hydatique a été ensuite certifié par l'examen macroscopique et histologique de la pièce opératoire.

Les suites opératoires étaient bonnes en dehors d'un œdème palpébral supérieur avec signes inflammatoires de la peau en regard de l'œil droit, qui a disparu en quelques jours. L'ouverture de l'œil droit est spontanée, sans paralysie du releveur de la paupière supérieur.



**Fig. 1 : TDM en Coupe axiale et sagittale : formation kystique sous le toit de l'orbite.**

L'exophtalmie a considérablement régressée cliniquement et sur la TDM de contrôle (Fig. 2), néanmoins, il y a persistance de la cécité.

Le recul actuel est de 06 ans sans récurrence.

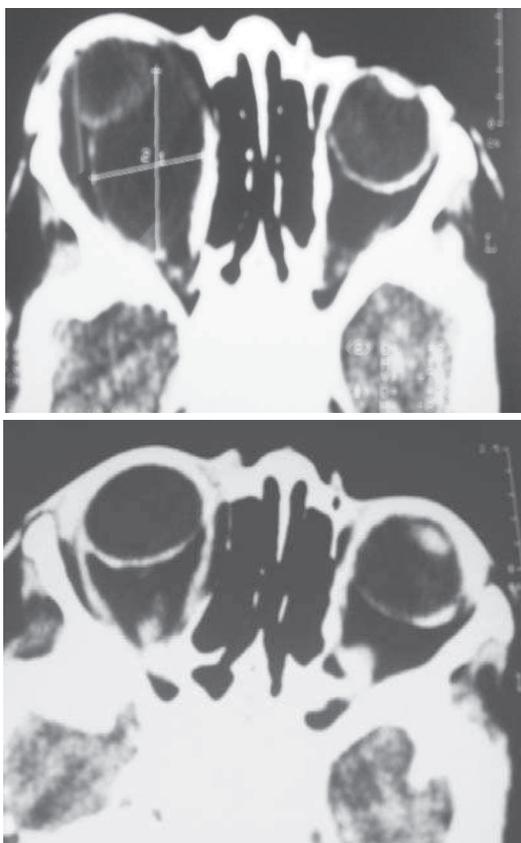


Fig. 2 : Images TDM pré et post opératoires.

## DISCUSSION

Le diagnostic de kyste hydatique de l'orbite a été évoqué sur les caractéristiques anamnestiques des patients, les critères cliniques et radiologiques de l'exophtalmie et a été confirmé par l'intervention chirurgicale et l'étude histologique du kyste.

L'originalité tient à la localisation orbitaire du kyste hydatique au moment où la localisation cérébrale est exceptionnellement observée au cours de cette dernière décennie [10, 14].

L'Algérie demeure une zone d'endémie où l'hydatidose sévit toujours. Elle est due au développement chez l'homme du taenia échinococcus granulosus, dont l'hôte définitif est le chien, et l'hôte intermédiaire le mouton. L'homme paraît comme hôte intermédiaire accidentel. Sa contamination se fait par voie digestive [11].

Sa localisation unilatérale gauche a été rapportée par la plupart des publications. Aucun cas de kyste hydatique bilatéral de l'orbite n'a été publié [1, 3, 4, 6 et 15].

Dans notre série, 02 patients avaient un kyste hydatique de l'orbite gauche, ceci est probablement dû au trajet plus direct de la carotide primitive de ce côté.

La larve hydatique ayant un tropisme pour le tissu musculaire, la localisation intra-orbitaire supérieure et surtout supéro-interne est le siège de prédilection [1].

Cette maladie touche préférentiellement les sujets jeunes en raison du manque d'hygiène chez les enfants qui jouent avec les animaux parasités.

L'exiguïté de l'orbite de l'enfant diminue la durée de latence du kyste.

La prédominance des atteintes masculines a été retrouvée dans notre travail et a été rapportée dans la littérature [6, 15]. Elle serait due au fait que l'homme est plus exposé au contact avec les chiens et par rapport à son travail en agriculture. En effet, nos 03 patients proviennent de zones rurales, en contact permanent avec des animaux domestiques.

L'exophtalmie est le signe majeur, retrouvée dans toutes les observations [7]. Cependant, un de nos patients avait inauguré sa maladie par un œdème des paupières et deux autres par des douleurs orbitaires et rétro-orbitaires. Ce dernier symptôme semble fréquent comme signe de début [15]. Par ailleurs, nous avons constaté que les malades consultent souvent au stade d'exophtalmie qui demeure le maître symptôme de la maladie. Cette exophtalmie est indolore, irréductible, non pulsatile, d'évolution progressive, axiale ou latérale selon le siège du kyste ; mais le caractère brutal ainsi que le caractère douloureux du kyste peuvent être retrouvés. Ils sont expliqués par sa possible fissuration.

La baisse de l'acuité visuelle est fréquente, elle peut provoquer la cécité dans les cas où le kyste n'a pas été diagnostiqué et opéré à temps.

Bien qu'elle ne soit pas demandée systématiquement dans notre service, Ben Rabah et Sami ne rapportent que 10 à 12 % de sérologie hydatique positive [7, 14], car cette localisation est peu immunogène.

L'imagerie en coupe (échographie, scanner et IRM) joue un rôle important dans le diagnostic et le bilan d'extension des lésions [1, 9]. L'aspect kystique d'une masse intra orbitaire à la TDM est très évocateur d'un kyste hydatique de l'orbite. C'est un processus arrondi ou ovalaire, Hypo dense, homogène, à limites régulières avec une couronne périphérique plus dense, pouvant prendre le contraste modérément. La TDM précise le degré de l'exophtalmie, la topographie intra ou extra-conique et le retentissement du kyste sur les structures voisines. L'IRM demeure l'examen de choix en neuro-imagerie orbitaire ; elle montre un hypo signal T1 et hyper signal T2 avec rehaussement de la paroi après injection de gadolinium. La fissuration du kyste, donne un hypo signal en T2.

Le traitement actuel est uniquement chirurgical [1, 4, 5, 6 et 12]. L'exérèse d'un kyste hydatique de l'orbite comporte des temps opératoires très particuliers. Il est nécessaire de les respecter si l'on veut obtenir une guérison rapide et définitive. Il faut surtout éviter de pratiquer une ponction simple qui exposerait aux récidives. Le kyste hydatique présente dans l'orbite les mêmes structures anatomiques que dans les autres organes, son traitement ne vise pas l'extirpation complète du kyste, étant donné les adhérences intimes que contracte l'adventice avec les éléments musculaires et vasculo-nerveux de l'orbite.

Le but du traitement est l'ablation de la membrane germinative ou proligère, en respectant les structures anatomiques de l'orbite et en évitant la rupture du kyste, à l'origine de réactions anaphylactiques violentes et de récidives. L'exérèse de la vésicule hydatique sous couvert d'une solution parasiticide est actuellement le traitement de choix et le seul susceptible d'entraîner une guérison définitive. Benhaddou et coll [6]. rapportent 3 cas de récidives sur 22 kystes hydatiques de l'orbite opérés soit 13,6%. Par ailleurs nous n'avons aucune récidive dans notre série après 02, 03 et 06 ans de recul.

### CONCLUSION

Malgré les mesures de prévention et le développement des nouvelles techniques d'imagerie, la maladie hydatique entre autre le kyste hydatique de l'orbite demeure en

Algérie toujours présent. Cette localisation est rare mais non exceptionnelle. L'exophtalmie unilatérale est le maître symptôme. Seule la chirurgie permet son traitement et seule la prophylaxie stricte permet sa prévention.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALPARSLAN L, KANBEROGLU K, PEKSAYAR G AND COKYÜSEL O. Orbital hydatid cyst : assesment of two cases. *Neuroradiology* 1990, 32 : 163-5.
- [2] AOUCHICHE M, HARTANI D. Formes malignes du kyste hydatique de l'orbite. *Ann. Algérien. chirurg* 1976 ; 10 : 89-96.
- [3] BELMEKKI M, EL BAKKALI, ABDELLAH, BENCHRIFA, BERRAHO. Épidémiologie des processus orbitaires chez l'enfant à propos de 54 cas. *Journal Français d'Ophtalmologie* 1999, vol 22, n° 3.
- [4] BENALIOUA M, NEHILI F ET AL. Kyste hydatique de l'orbite à propos d'une observation. *Médecine et Hygiène* 1985 ; 43 : 3310-2.
- [5] BENDIAB, BENALIOUA, NEHILI : Kyste hydatique de l'orbite à propos d'une observation. *Médecine-Hygiène* 1985 ; 43 : 3310-2.
- [6] BENHADDOU M ET AL. Le kyste hydatique orbitaire : 22 cas. Communication orale, congrès de la société Française d'ophtalmologie. *J. F. Ophtalmol* 2005.
- [7] CHABOUNI M ET AL. Kyste hydatique de l'orbite : localisation intra-orbitaire unique, *Journal Français d'Ophtalmologie* 1999, Vol 22 - N° 3.
- [8] FLAMMANT, BOUKOFFA, RAHMANI, KOUHIL : place du kyste hydatique dans la pathologie orbitaire de l'est Algérien. *Oto-Neuro-Ophtalmol* 1980 ; 52 :147-152.
- [9] KAYMAS MEMDOUH, GOGULU FIKRET. Orbital hydatid cyst. *J Neurosurg* 1997.2002.
- [10] KEHILA M, AMMAR N, HATTAB Etude statistiques des localisations hydatiques à propos de 664 cas 1980-1986. *Tunisie Médicale* 1988 ; 66 :587-91.

- 
- [11] LAOUAR M. aspect épidémiologique actuel de l'hydatidose humaine dans l'est algérien. Thèse DESM 1985.
- [12] LE GUERINEL C, ROUX FX, BONIN LUCERNA S, LE RICHE B. Kyste hydatique intra-orbitaire. Une localisation exceptionnelle de l'hydatidose. Discussion à propos d'un cas récent. Neurochirurgie 1991 ; 37 : 200-205.
- [13] NOZAIIS JP. L'hydatidose dans le bassin méditerranéen, historique, répartition actuelle. Médecine et maladies infectieuses. 1989 ; 19 : 439-443.
- [14] SAMI A, ACHOURI M, HAROUCH CHOUKRY M, ELAZHARI A, AMRAOUI A, BOUCETTA M. Kystes hydatiques intra-orbitaires 10 cas. Neurochirurgie 1995 ; 41 : 398-402.
- [15] SOUHAIL H, NAOUMIA A ET AL. Kyste hydatique de l'orbite chez l'enfant. Revue maghrébine de pédiatrie 2004 ; 14 : 263 - 266.