
KYSTE HYDATIQUE INTRA ORBITAIRE DE L'ENFANT A PROPOS DE 02 CAS.

B. YACOUBI, M. TOUATI, R. MESSERER, A. ABDELMALEK
R. BABA AHMED*, T. BENBOUZID.

*Service de Neurochirurgie, * Service d'Anatomopathologie
CHU de Bab El Oued Alger.*

RÉSUMÉ : Le kyste hydatique de l'orbite est un processus tumoral parasitaire dû au développement de la larve du *tænia échinococcus granulosus* de Batsch dans la cavité orbitaire. Il représente 1 à 2% [1,2] de l'ensemble des hydatidoses. C'est une parasitose cosmopolite, mais il y a encore des zones de prédilection malgré les mesures prophylactiques instaurées en Afrique, en Amérique latine et en Asie. Le mode de contamination se fait par voie digestive et la dissémination se fait par voie hématogène. L'enfant et l'adulte jeune, venant de la campagne, sont le plus souvent touchés. Le signe clinique majeur est l'exophtalmie unilatérale. La tomodensitométrie ou la résonance magnétique restent essentiels au diagnostic radiologique. Le traitement est exclu-sivement chirurgical. Macroscopiquement, le kyste est de diamètre variable. A la coupe, il contient un liquide clair et des vésicules, rondes, blanches, opalines, fragiles. La paroi interne du kyste est également tapissée d'une membrane blanche, translucide. Nous rapportons deux cas de kyste hydatique intra orbitaire développés chez des enfants âgés respectivement de 3 et 4 ans. Les kystes ont pu être extraits par la technique d'hydropulsion dans un cas. L'évolution a été ordinaire avec régression de l'exophtalmie.

Mots clés : *Kyste hydatique, Tumeurs orbitaires*

ABSTRACT: The hydatid cyst of the orbit is a parasitic lesion, due to the development of the larva of the *tænia echinococcus granulosus* of Batsch in the orbital cavity. It accounts for 1 to 2% [1, 2] of the whole hydatidoses. It is a cosmopolitan parasitosis, but there are still zones of predilection in spite of prophylactic measures (Africa, Latin America, Asia, Europe). Digestive tract constitutes the mode of contamination and the dissemination uses hematogen way. This disease generally concern children and young adults, coming from the countryside. The major clinical sign is a unilateral exophtalmia. The CT Scan or magnetic resonance imaging remain essential to make the radiological diagnosis. The treatment is exclusively surgical. Macroscopically, the cyst is of variable diameter and contains a clear liquid with round, white, fragile blisters. We report two cases of intra orbital hydatid cyst in children.

Key words : *Hydatid cyst, Orbital tumors.*

INTRODUCTION

L'infection par le *taenia l'Echinococcus granulosus* est complexe (Fig. 1). Le ver a un cycle de vie qui exige des hôtes définitifs et des hôtes intermédiaires. Les hôtes définitifs sont en principe des carnivores comme les chiens, alors que les hôtes intermédiaires sont habituellement des herbivores comme les moutons et du bétail. Les humains s'infectent accidentellement et peuvent également jouer le rôle d'hôtes intermédiaires. Le cycle de la maladie commence par une infestation par le ténia

adulte de l'intestin de l'hôte définitif. Le ténia adulte pond alors des œufs qui sont expulsés dans les selles de l'hôte.

Les hôtes intermédiaires s'infectent par l'ingestion des œufs du parasite. Dans l'organisme de l'hôte intermédiaire, les œufs éclosent et libèrent des embryons minuscules munis de crochets qui traversent la paroi du tube digestif et voyagent dans la circulation sanguine. Ils se fixent par la suite dans un organe tel que le foie, les poumons les reins et/ou l'orbite. Là, ils se développent pour former un kyste hydatique.

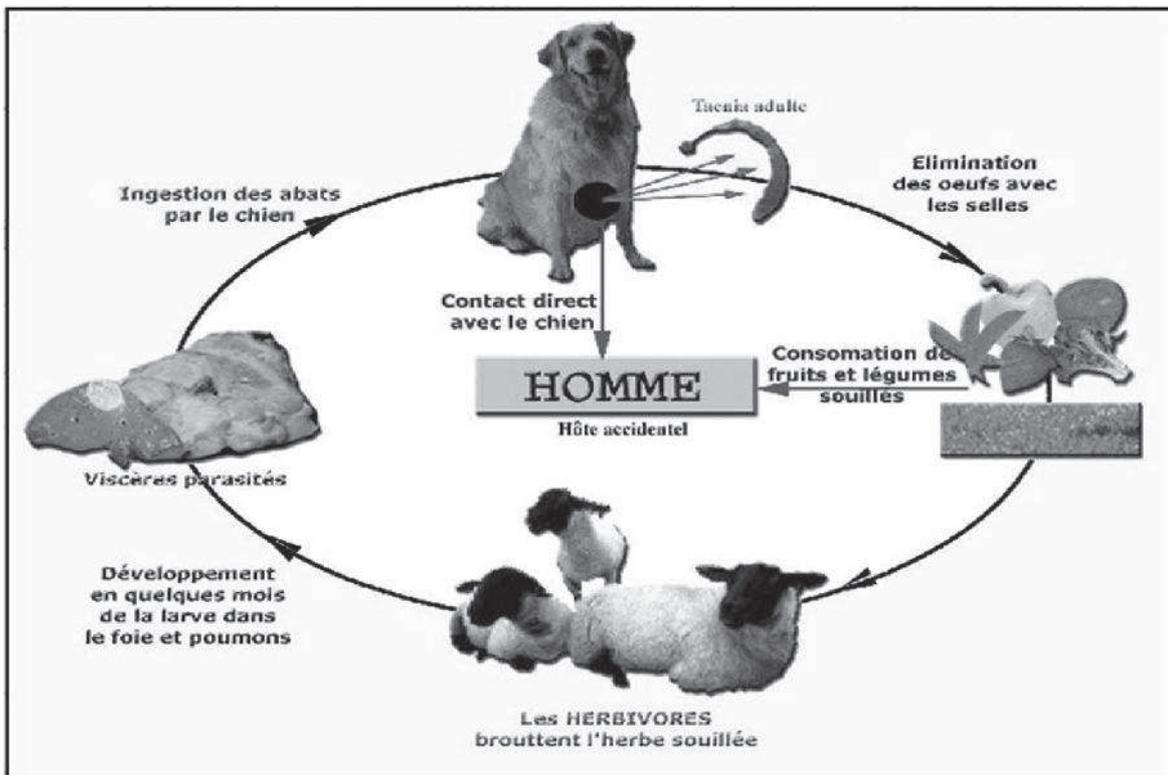


Fig. 1 : Cycle du parasite.

Histologiquement, le kyste est constitué de dehors en dedans, de trois membranes: la membrane externe ou adventice fournie par l'hôte, est faite de collagène, elle sépare les tissus normaux du kyste ; la membrane cuticulaire est faite de lamelles anhistes, très peu colorables, d'aspect caractéristique. Elle est PAS positive. Cette membrane d'origine parasitaire entoure également les vésicules filles. La membrane prolifère, souvent difficile à voir, est faite d'un alignement de noyaux représentant les cellules du parasite. Elles tapissent l'intérieur des vésicules. C'est à partir d'elles que se constituent les scolex que l'on peut parfois retrouver dans la cavité kystique. En cas de rupture du kyste, il existe souvent une réaction inflammatoire granulomateuse épithélioïde et géantocellulaire.

OBSERVATION

Il s'agit de deux patients venant de deux zones endémiques, Skikda et Chlef. Le premier est âgé de 03 ans (Fig. 2), le second de 04 ans (Fig. 3), vivant dans un entourage d'animaux domestiques (chiens, moutons). Ils consultent pour une exophtalmie unilatérale évoluant progressivement depuis deux mois, non axiale, inflammatoire, avec un chemosis et un

pseudo ptosis dans le premier cas. L'enfant de 03 ans présente au fond d'œil un œdème papillaire stade III et chez le second, on note la présence d'une paralysie du muscle droit interne, le fond d'œil n'ayant pas été fait.

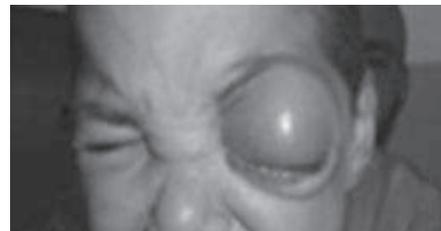


Fig. 2 : Importante exophtalmie avec pseudo ptosis



Fig. 3 : exophtalmie non axiale, déviée en dehors

L'IRM a montré une formation kystique hypo intense en T1, hyper intense en T2, avec une exophtalmie stade III, refoulant le nerf optique, intra conique dans le premier cas (Fig. 4), extra conique dans le deuxième cas (Fig. 5).

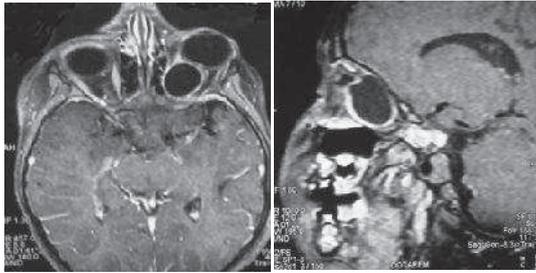


Fig. 4 : IRM coupe axiale et sagittale montrant le kyste hydatique intra orbitaire

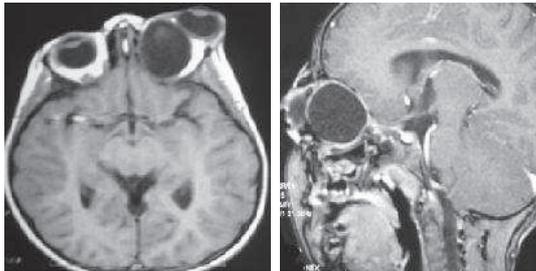


Fig. 5 : IRM coupe axiale et sagittale en T1 montrant le kyste hydatique intra orbitaire

Ces images peuvent par ailleurs évoquer d'autres diagnostics, auxquels il faudra penser :

- Angiome caverneux.
- Mucocèle.
- Kyste colobomateux.
- Kyste hématique post traumatique.

Le traitement chirurgical a été réalisé à travers un volet fronto orbitaire mono bloc. Cet abord a permis d'exposer la lésion, d'aspect kystique, non adhérente aux structures musculaires chez le premier patient et qui a pu être retirée en bloc par la technique d'hydropulsion (Fig. 6). Cependant, chez le 2^e patient, le kyste était par endroits adhérent et a fini par se rompre lors des tentatives de décollement. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de kyste hydatique.



Fig. 6 : dure mère réclinée, exposant l'orbite (a), Expulsion du kyste par hydropulsion (b).

L'évolution post opératoire (Fig. 7, 8) a été très satisfaisante avec régression des signes cliniques initiaux excepté le ptosis qui a demandé plusieurs semaines pour se normaliser.



Fig. 7 : Régression de l'exophtalmie chez le 1^{er} malade



Fig. 8 : Ptosis post opératoire transitoire chez le 2^e malade.

DISCUSSION

Le kyste hydatique orbitaire est de siège unilatéral, prédomine à gauche, souvent rétro bulbaire, intra extra conique, de volume variable, la forme multi kystique est très rare. Devant toute exophtalmie unilatérale, La Tomodensitométrie et/ou la résonance magnétique orbitaire orientent le diagnostic étiologique et conduisent au traitement chirurgical en urgence, la confirmation du diagnostic est apportée par l'aspect per opératoire, puis précisé par l'examen anatomopathologique.

CONCLUSION

Le kyste hydatique intra orbitaire est une urgence chirurgicale, en effet le pronostic visuel de l'œil atteint est mis en jeu par la compression du nerf optique. Le meilleur traitement reste toujours la prévention de l'hydatidose, d'où l'intérêt d'une éducation sanitaire sur les modes de contamination et les mesures d'hygiène générale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1] AOUCHICHE. M. TIAR. M. 1990. Manifestations ophtalmologiques des parasitoses. EMC d'ophtalmologie. (Paris) 21-420-A-10. 6 - 30 p
- 2] BEZZAR. M, BIGAIGNON. G, NACHEGA. J, LAASOU. K, GICOT. JF ET AYADI. A 1999. L'hydatidose : Echinococose d'importation en Belgique Louvain 118 : 64-71. (Bruxelles, Tunis).
- 3] BARHDADI H. MARKINI R. ELOUAHABI A. DENAZ S. AGLIZADI ELKHAMLICHI A. 2003. Kyste hydatique de l'orbite Rabat Maroc : particularités de l'abord neurochirurgical SNCLF. Paris décembre.

- 4] DUCREY N. BERNASCONI O. 1999. Les affections orbitaires non traumatiques à Lausanne de 1965-1996. J. Fr Ophtalmologie, . 22, 3, 377-382. Masson, Paris.
- 5] LAGARDÈRE. B. CHEVALIER. B. CHERIEF. R. CHEVALLIER. B. BIDAT. E. 1988. Kyste hydatique de l'enfant. La Médecine infantile Paris. 1, 17-30, Maloine.
- 6] SALMA BELLIL, FATEN LIMAIEM, KHADIJA BELLIL, INES CHELLY, AMINA MEKNI, SLIM HAOUET, NIDHAMEDDINE KCHIR, MONCEF ZITOUNA. La tunisie Medicale - 2009 ; Vol 87 (n°02) : 123 – 126. Profil épidémiologique descriptif des kystes hydatiques extra pulmonaires : à propos d'une série de 265 cas.