

Kyste hydatique dans la fosse cérébrale postérieure : une localisation inhabituelle

Olivier Mukuku¹, Marcellin Bugeme²

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

²Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Correspondance : Dr Olivier Mukuku, e-mail : oliviermukuku@yahoo.fr, Tél : +243 997 925 649

Résumé

Les auteurs rapportent un cas de kyste hydatique de la fosse cérébrale postérieure chez un patient de 22 ans, vivant dans un milieu à hygiène collective déficiente et restant en contact étroit avec les chiens, qui, cliniquement a présenté un syndrome d'hypertension intracrânien et un syndrome cérébelleux. Le diagnostic de kyste hydatique

était basé sur la tomodensitométrie qui a mis en évidence une volumineuse lésion kystique partiellement cloisonnée présentant des calcifications lamellaires pariétales sans rehaussement après injection du produit de contraste et sans œdème péri-lésionnel.

Mots-clés : Kyste hydatique – Hydatidose – Fosse postérieure cérébrale.

Introduction

Le kyste hydatique (KH) ou hydatidose est une maladie parasitaire dont l'agent responsable est l'*Echinococcus granulosus*, parasite asymptomatique du tube digestif du chien. La localisation encéphalique de l'hydatidose est rare n'excédant pas 2% de l'ensemble de localisation somatique [1-3]. La localisation dans la fosse cérébrale postérieure est inhabituelle [4]. L'hydatidose reste fréquente dans les pays en développement et constitue parfois un véritable problème de santé publique. La scannographie cérébrale fournit des signes très évocateurs du diagnostic [1,5]. Nous rapportons un cas d'un jeune patient de 22 ans qui a présenté un syndrome d'hypertension intracrânienne et un syndrome cérébelleux, chez qui la tomodensitométrie a mis en évidence un KH dans la fosse cérébrale postérieure.

Observation clinique

Patient S.L., âgé de 22 ans, sans antécédent pathologique particulier, a consulté pour des céphalées d'installation progressive, évoluant

depuis deux mois. Ces céphalées sont de localisation fronto-occipitale, très intenses, irradiant vers l'œil gauche, accompagnées de nausées, de vomissements, de vertiges et de flou visuel dans un contexte apyrétique. Le patient était traité dans plusieurs centres sans amendement de la symptomatologie. L'interrogatoire signalait également que ce patient était en contact étroit avec les chiens et habitait dans un milieu de mauvaises conditions d'hygiène.

A l'examen neurologique, le patient était conscient, bien orienté dans le temps et dans l'espace sans trouble cognitif. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux. Nous n'avons pas objectivé de trouble sensitif ni de trouble trophique. Par ailleurs, nous avons noté une atteinte de nerfs crâniens III et IV. Un trouble de la marche a été noté. L'épreuve doigt-nez a mis en évidence une hypermétrie à gauche. Les hypothèses diagnostiques évoquées étaient un syndrome cérébelleux statico-cinétique et un syndrome d'hypertension intracrânienne.

L'examen ophtalmologique a objectivé une exophtalmie gauche avec limitation de l'abduction du globe gauche et avait montré des bords nasaux de la papille flous avec petite hémorragie rétinienne para-papillaire à deux heures au fond d'œil. Le bilan biologique était sans particularité.

Une tomodensitométrie cérébrale sans et avec produit de contraste a mis en évidence une volumineuse lésion kystique de la fosse postérieure avec des lésions partiellement cloisonnées présentant des calcifications lamellaires pariétales et une absence de rehaussement après injection de produit de contraste (figures 1 et 2).

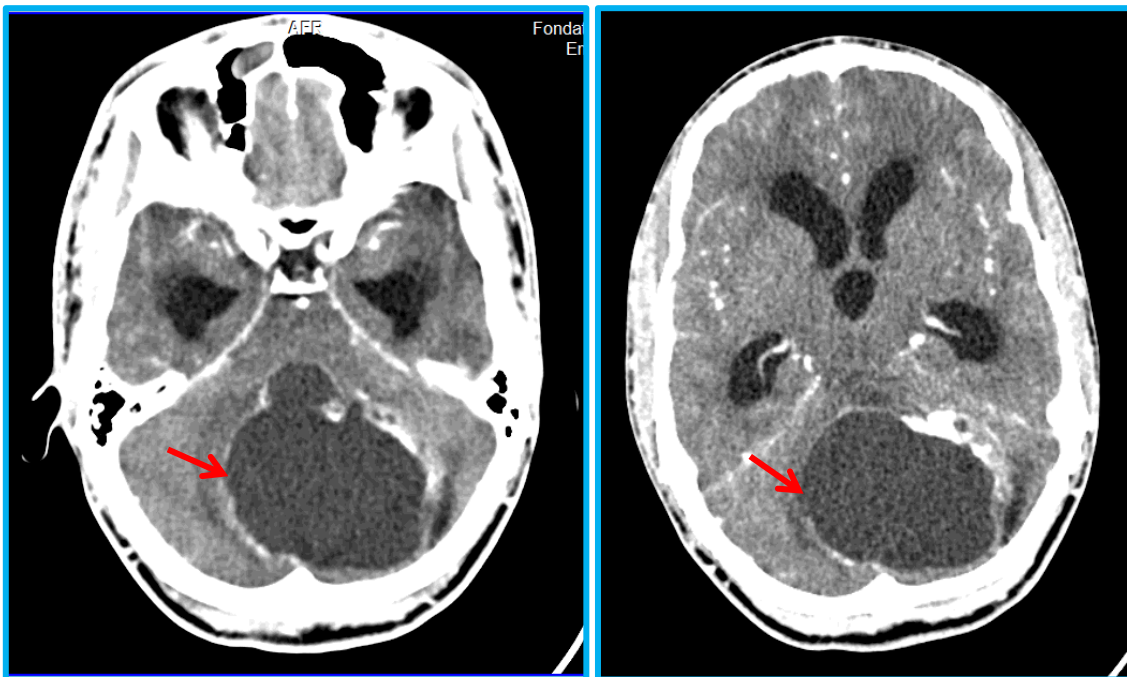


Figure 1 : TDM cérébrale avec injection de produit de contraste objectivant une volumineuse masse kystique partiellement cloisonnée dans la fosse postérieure avec calcifications lamellaires pariétales.

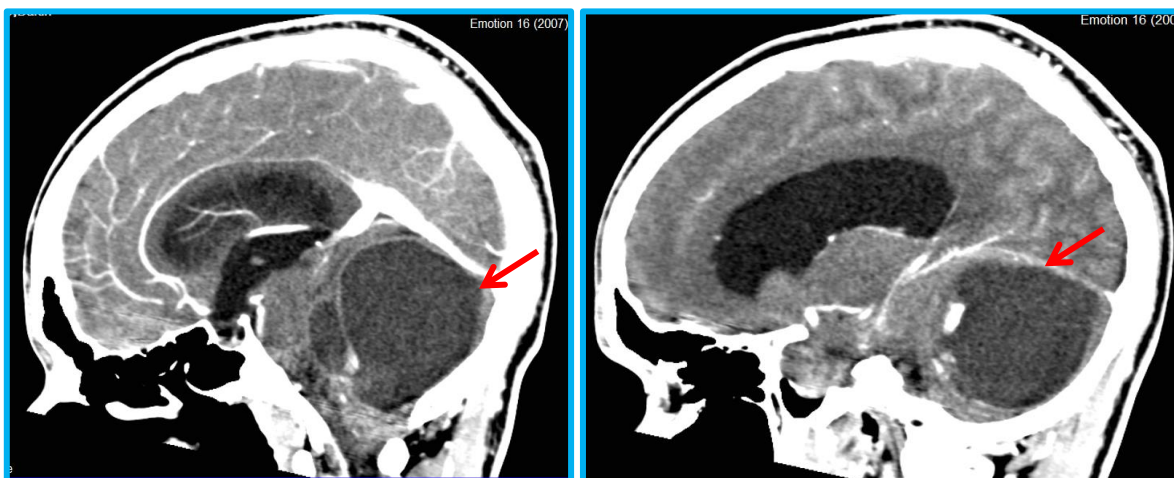


Figure 2 : TDM cérébrale avec injection de produit de contraste objectivant une volumineuse masse kystique partiellement cloisonnée dans la fosse postérieure sans rehaussement au niveau de la paroi.

La densité moyenne de la masse était de 30 UH légèrement supérieure à celle du liquide céphalo-rachidien. La lésion comprimait le quatrième ventricule et le tronc cérébral. Il en résultait une hydrocéphalie (supra-tentorielle) dont l'indice d'Evans a une valeur de 0,41. Devant l'aspect tomodensitométrique, le diagnostic retenu était celui d'un kyste hydatique compressif avec hydrocéphalie supra-tentorielle.

Le patient a été transféré en dehors du pays où il fut opéré. Le geste chirurgical a consisté en l'accouchement du kyste par hydrodissection utilisant le sérum salé hypertonique selon la technique d'Arana Iniguez avec des suites postopératoires simples. Un traitement médical fait de 15 mg/kg d'albendazole par jour pendant 2 semaines a été instauré.

Discussion

L'hydatidose reste fréquent dans les pays en développement et constitue parfois un véritable problème de santé publique et survient essentiellement chez l'enfant et chez l'adulte jeune avec nette prédominance masculine [3,6,7]. Cette parasitose est causée par l'*Échinococcus granulosus*, dont l'hôte définitif est le chien. La contamination de l'homme se fait accidentellement par contact direct avec les chiens et le cheptel animal ou par ingestion des viandes infestées de moutons ou de porcs qui est l'hôte intermédiaire. Après son ingestion, et sous l'effet des sucs digestifs, l'embryon hexacanthé est libéré de sa coque protectrice, puis entreprend sa migration en s'introduisant dans les voies circulaires porte et lymphatiques des villosités. Sa plasticité le permet de franchir tous les capillaires. Ce parasite passe à travers le filtre hépatique et pulmonaire et rejoint le cerveau par la circulation systémique [7,8]. Les localisations fréquemment rencontrées sont de siège hépatique (48%) et pulmonaire (36%) alors que la localisation cérébrale est rare et

n'excède pas 2% des cas [3,9,10]. La rareté de la localisation cérébrale de l'échinococcose peut s'expliquer par le passage du parasite par deux filtres (hépatique puis pulmonaire) avant d'atteindre la grande circulation [3].

Le kyste hydatique cérébral (KHC) siège préférentiellement à l'étage sus-tentorial, surtout au niveau du territoire de l'artère sylvienne [11]. La localisation dans la fosse cérébrale postérieure est inhabituelle [4,12,13], le siège est variable: vermien [13], hémisphérique [14], pontique, intraventriculaire, et même extradural [12].

Lorsque le KHC est localisé dans la fosse postérieure, le tableau clinique associe de façon variable, un syndrome cérébelleux, des signes déficitaires et une paralysie des paires crâniennes par refoulement des voies cortico-ponto-cérébelleuses [5]. Contrairement à la localisation sus-tentorielle, le syndrome d'hypertension intracrânienne est tardif, secondaire à la compression du 4^{ème} ventricule et peut également associer des signes focaux ou déficitaires [3]. La symptomatologie présentée par notre patient est secondaire à un important processus occupant cérébelleux, comprimant le tronc et le quatrième ventricule.

La scannographie cérébrale fournit des signes très évocateurs du diagnostic en visualisant une masse kystique arrondie ou ovale, de volume variable, à contenu liquidien, de densité proche du liquide céphalo-rachidien, à contours bien définis [9]. Dans notre cas, en plus de cette description, nous avons noté des calcifications de la paroi du kyste. Dans le KHC, les calcifications de la paroi sont rares étant inférieures à 1%. Deux types de calcifications ont été décrites, intra ou extramuraux. La calcification du kyste hydatique représente un signe d'inactivité du parasite [7,15]. Les mécanismes physiopathologiques contribuant aux

calcifications sont encore inconnus mais ils pourraient s'expliquer par la réabsorption du liquide du kyste ou par une gliose intense autour du kyste. Ces mécanismes coupent l'approvisionnement alimentaire du kyste et par conséquent causent la mort du parasite [7].

Une hydrocéphalie est possible par blocage des voies d'excrétion du liquide céphalo-rachidien et responsable de l'hypertension intracrânienne. Dans ces situations, il n'existe pas d'œdème péri-lésionnel ni de prise de contraste périphérique [1].

L'exérèse chirurgicale du kyste représente la seule thérapeutique possible actuellement, consistant à soulager rapidement le patient [1,8]. À notre avis, un traitement médical est indiqué en phase post opératoire pour réduire le risque de récurrence [8,16]. Néanmoins des controverses subsistent quant à la dose et à la durée de ce traitement. L'albendazole, le mébendazole et praziquantel se sont révélés efficaces dans le traitement médical des kystes hydatiques du foie et de l'abdomen. Cependant des données limitées ont été

publiées sur le traitement médical de l'hydatidose intracrânienne, en particulier la pénétration du médicament à travers la barrière hémato-encéphalique et la membrane du kyste hydatique [8].

Conclusion

Le kyste hydatique cérébral est rare, sa localisation dans la fosse postérieure est encore plus rare. Une hygiène déficiente, collective ou personnelle ainsi que la proximité avec des chiens sont des éléments importants dans la démarche diagnostique. Le diagnostic du kyste hydatique cérébral doit être gardé à l'esprit devant toute lésion purement kystique de la fosse postérieure cérébrale, il est évoqué devant les signes scannographiques du kyste hydatique. Le seul traitement radical des KHC demeure la chirurgie qui reste difficilement accessible dans notre milieu.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Tizniti S, Allali N, El Quessar A, Chakir N, El Hassani MR, Jiddane M. Un kyste hydatique cérébral particulier. *Journal of Neuroradiology* 2000; 27: 200-202.
2. Choukri M, Bertal A, Lakhdar A, Achouri M, Ouboukhlik A, El Kamar A, El Azhari A. Kyste hydatique cérébral calcifié : à propos d'un cas. *Journal of Neuroradiology* 2001; 28(4): 261-263.
3. Tlili-Graïess K, El-Ouni F, Gharbi-Jemni H, Arifa N, Moulahi H, Mrad-Dali K, Guesmi H, Abroug S, Yacoub M, Krifa H. Hydatidose cérébrale : aspects en imagerie. *Journal of Neuroradiology* 2006; 33(5): 304-318.
4. Lakhdar F, Arkha Y, Bougrine M, Derraz S, El-Ouahabi A, El-Khamlichi A. Kyste hydatique intra- et extracrânien de la fosse cérébrale postérieure (à propos d'un cas). *J Neurochirurgie* 2010; 56 (5): 391-394.
5. El Abbassi-Skalli A, Gharbi A, Adil A, Abdelouafi A, Kadiri R. Kyste hydatique cérébral. Apport de la scanographie. *Journal of Neurology* 2000; 27(3): 196-199.
6. Salaou O, Ibahiouin K, Chellaoui A, Hilmani S, Lakhdar A, Naja A, et al. Le kyste hydatique cérébral : à propos de 104 cas. *African Journal of Neurological Sciences* 2007; 26 (1): 21-26.
7. Benzagmout M, Maaroufi M, Chakour K, Chaoui ME. Atypical radiological findings in cerebral hydatid disease. *Neurosciences* 2011; 16 (3): 263-266.
8. Arana-Iniguez R. *Hydatid echinococcosis of the nervous system*. In: Spillane JD, editor. Tropical neurology. London, Oxford (UK): University Press; 1973. p. 408-417.

9. Basraoui D, El Idrissi I, Jalal H, Hiroual M, Essadki O, Ousehal A, Aniba K, Ghannane H, Lmejjati M, Benali SA. Kystes hydatiques cérébraux de l'enfant (à propos de 9 cas). *J Radiol* 2010; 91: 293-6.
10. Yeola-Pate M, Banode PJ, Bhole AM, Golhar KB, Shahapurkar VV, Joharapurkar SR, Bhake A, Chopra S, Agrawal A. Different Locations of Hydatid Cysts: Case Illustrations and Review of Literature. *Infect Dis Clin Pract* 2008; 16: 379-384.
11. Aggouri M, Fedoul B, Moussaoui A, Benzagmout M, Chakour K, Chaoui MF. Kyste hydatique de la fosse cérébrale postérieure. *Annales de Médecine et de Thérapeutique* 2010; 2(1): 74-76.
12. Braham E, Bellil S, Bellil K, Chelly I, Mekni A, Haouet S, Kchir N, Khaldi K, Zitouna M. Kyste hydatique de la fosse postérieure. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2007; 37(5): 281-283.
13. Kayaoglu CR. Giant hydatid cyst in the posterior fossa of a Child: a Case Report. *J Int Med Res* 2008; 36(1): 198-202.
14. Is M, Gezen F, Akyuz F, Aytekin H, Dosoglu M. A 13-year-old girl with a cystic cerebellar lesion: Consider the hydatid cyst. *J Clin Neurosci* 2009; 16(5): 712-3.
15. Hosch W, Stojkovic M, Jänisch T, Kauffmann GW, Junghanss T. The role of calcification for staging cystic echinococcosis. *Eur Radiol* 2007; 17: 2538-2545.
16. Todorov Y, Vutova K, Petkov D, Balkanski G. Albendazole treatment of multiple cerebral hydatid cysts: case report. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1988; 82: 150-152.