



Les difficultés diagnostics des kystes pelviens

The diagnostic difficulties of the pelvic cysts

الصعوبات التشخيصية للأكياس الحوضية

K. El Assad, K. Semgat, L. Boukhani, I. Guedira, N. Saadi, A. Filali, L. Barnaoussi, R. Bezad

Introduction

Le kyste pelvien est généralement asymptomatique. Il est découvert fortuitement où en cas de survenue de complications.

Son diagnostic étiologique est difficile en l'absence de contexte clinique parlant. Or l'échographie endovaginale couplée au Doppler apportent une sémiologie riche et précieuse pour l'approche diagnostic.

Cependant, malgré ces investigations le kyste hydatidique pelvien reste un diagnostic rare et n'est souvent étiqueté qu'en peropératoire.

Observation

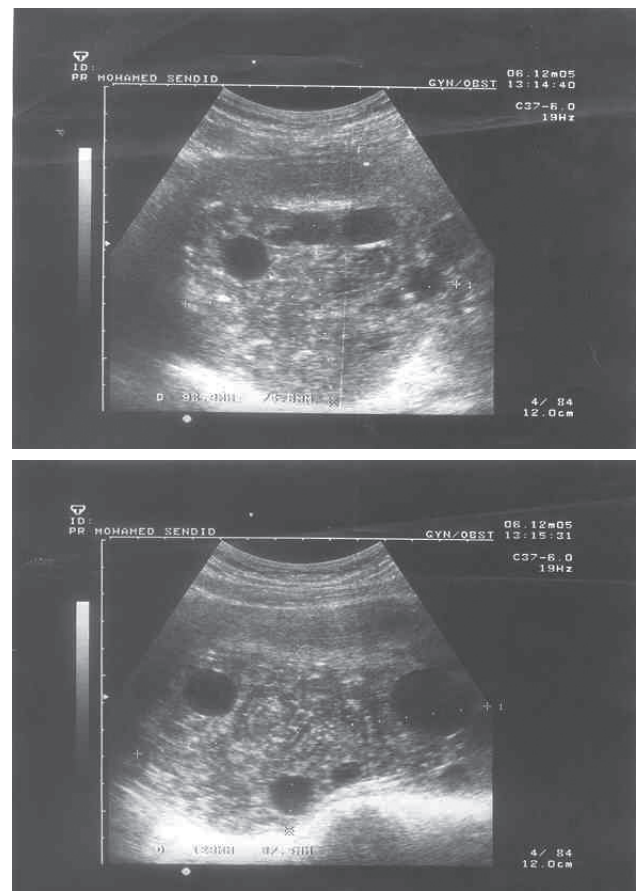
Mlle R.H, 28 ans, habitant initialement à la campagne pendant plusieurs années et résidante actuellement à Rabat, sans antécédents pathologiques particuliers, a consulté le mois de décembre 2005 pour des douleurs pelviennes associées à une pollakiurie évoluant depuis 6 mois. L'état général était conservé.

L'examen clinique a retrouvé une masse abdomino-pelvienne avec au toucher vaginal: un utérus dévié à droite par une masse indolore qui semble faire corps avec lui, et arrivant jusqu'à l'ombilic, sa consistance était assez ferme, et ses contours étaient réguliers.

L'échographie pelvienne a révélé un utérus de taille et de morphologie normales, refoulé en avant par une énorme

masse occupant le Douglas et surmontant l'utérus, mesurant 140/100/80mm bien limitée, d'échostructure hétérogène avec plusieurs images kystiques de tailles variables (figure 1).

Figure 1 : Échographique pelvienne



Masse d'échostructure hétérogène contenant plusieurs images kystiques

Tiré à part : K. El Assad : Maternité universitaire des orangers CHU Ibn Sina, Rabat - Maroc -

Devant cet aspect inhabituel, nous avons pensé à une tumeur de l'ovaire.

Le dosage du CA125 était normal à 7,80U/ml et le bilan d'extension était sans particularité entre autre une radiographie de poumon et une échographie abdominale normales.

A la laparotomie, on a découvert un énorme kyste qui comble le Douglas, indépendant de l'ovaire et en situation sous péritonéale. Lors du décollement prudent, il y a eu ouverture accidentelle du kyste avec issue de vésicules mêlées à du matériel gélatineux. Le diagnostic d'un kyste hydatique a été soulevé. On a aspiré et on a réalisé un lavage à l'eau oxygénée. Vu les adhérences intimes du kyste aux éléments avoisinants (rectum en arrière, uretères et vaisseaux utérins latéralement), on s'est contenté de la résection du dôme saillant, le foie paraissait indemne. La localisation pelvienne primitive du kyste hydatique a été retenue sachant que le bilan d'extension était normale.

L'examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic. Le traitement médical a été discuté mais l'expectative avec surveillance a été adoptée par notre équipe médicale. Le suivi est basé sur la clinique avec une échographie semestrielle toujours normale à ce jour.

Discussion

L'hydatidose sévit à l'état endémique dans certains pays du bassin méditerranéen dont le Maroc, en Océanie et en Amérique du Sud [1]. C'est une parasitose cosmopolite qui affecte accidentellement l'homme. Les œufs de *Toenia échinocoque* ingérés libèrent dans l'estomac l'embryon hexacanthe qui franchit la barrière intestinale et gagne le système porte. Le premier barrage est le foie où il s'arrête 6 fois sur 10. Si non, le cœur droit et le poumon seront le second barrage qui peuvent le retenir 3 fois sur 10. Enfin, si ces filtres sont dépassés, le parasite gagne la circulation générale et se greffe dans n'importe quel organe. Si la réaction de l'hôte ne l'élimine pas, il continuera son développement et subira une transformation kystique pour donner le kyste hydatique.

Les localisations hépatiques et pulmonaires sont les

plus fréquentes [2]. La localisation pelvienne est rare, elle varie entre 0,30 et 4,24% des localisations hydatiques selon les auteurs [1,3].

La plupart des malades porteurs d'une hydatidose sont d'origine rurale [4], comme dans notre cas.

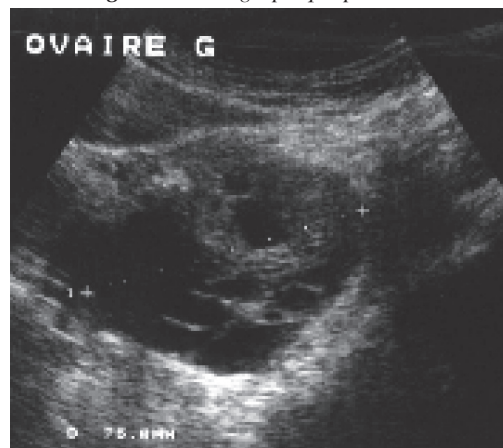
L'évolution de la maladie est très lente, l'infection peut avoir lieu dans l'enfance et ne s'exprime qu'à un âge adulte [4,5]. La localisation génitale est la plus fréquente des localisations pelviennes expliquée vraisemblablement par la richesse vasculaire de ces organes [6,7].

L'anamnèse est connue d'un grand apport en matière d'hydatidose, mais dans notre cas, la patiente n'avait pas fait illusion à son origine rurale et n'avait pas d'antécédents particuliers. De plus, la localisation pelvienne est rare et trompeuse. Elle est révélée le plus souvent par une masse abdomino-pelvienne associée à des algies pelviennes [8,9]. On peut avoir une symptomatologie génitale ou obstétricale [4], des signes de compression des éléments de voisinage [8], une pollakiurie telle dans notre cas, une complication telle une anurie ou rétention d'urines, parfois des métrorragies ou même une stérilité [10].

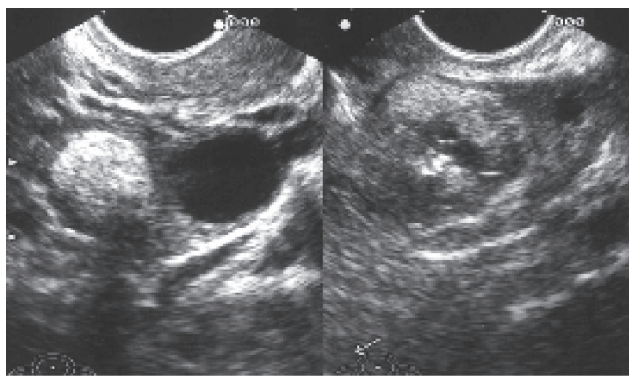
L'échographie a tout son intérêt en cas de masse abdomino-pelvienne, faut-il encore penser à l'hydatidose, du fait du nombre important et des types variables des kystes pelviens en particulier ovariens.

Effectivement, les tumeurs ovariennes malignes (exemple figure 2) présentent un aspect similaire. Sauf que dans

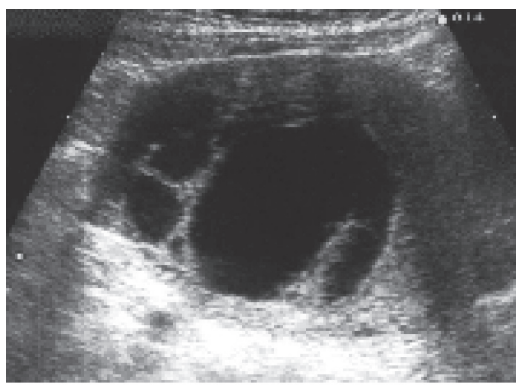
Figure 2 : Échographique pelvienne



Kyste malin à contenu solidoliquide [18]

Figure 3 : Échographique pelvienne*Kystes dermoïdes, inclusions dermoïdes intraovariennes bilatérales [18]*

ce contexte, on retrouve généralement des signes associés tel une ascite ou une carcinose péritonéale ou même une localisation secondaire en plus de l'altération de l'état général à la clinique.

Figure 4 : Échographique pelvienne*Tumeur utérine kystique multiloculaire simulant un kyste ovarien (sarcome utérin de bas grade) [18].*

L'aspect non spécifique des inclusions dermoïdes intraovariennes (figure 3) peut être discuté, mais si on y pense, une simple radiographie sans préparation du pelvis peut confirmer le diagnostic en montrant des éléments dentaires.

La nécrobiose aseptique d'un gros fibrome pédiculé peut également prêter à confusion. Or, c'est une complication qui survient généralement au cours de la grossesse ou du post-partum dans un contexte d'algies pelviennes aiguës et de fièvre à 38-38⁵.

Le diagnostic différentiel peut être posé également avec le sarcome utérin quand il se présente sous forme de kyste loculaire (figure 4) simulant un kyste ovarien et la liste n'est pas exhaustive.

Ainsi paraît la difficulté préopératoire d'approcher le diagnostic du kyste hydatique du cul de sac du Douglas. D'autant plus qu'il ne constitue que 0,5 à 2% de l'ensemble des localisations du kyste hydatique [11,12] et sachant que dans notre cas, c'était une localisation primitive.

Gharbi et al. distinguent cinq stades échographiques du kyste hydatique quelle que soit la localisation [1,13-15]:

Type I : Formation liquidienne pure,

Type II : Formation liquidienne avec décollement de membrane

Type III : Kyste multivésiculaire

Type IV : Kyste d'échostructure hétérogène

Type V : Formation à paroi hyper échogène avec cône d'ombre acoustique correspondant à un kyste hydatique calcifié.

Cet examen est fiable à 90 à 100% selon les auteurs [1].

Les stades II et III sont assez spécifiques. Le stade I peut simuler un K.O ou un hydrosalpinx. Le stade IV et V peuvent simuler une tumeur ovarienne ou un fibrome. Dans notre cas, c'était plutôt un stade III, ce qui explique qu'on n'a pas évoqué l'hydatidose.

La TMD garde son intérêt, du moins, elle différencie une situation intra ou rétro péritonéale.

La radiographie du thorax recherche une localisation pulmonaire associée, notre patiente ne présentait aucune lésion pulmonaire.

L'imagerie par résonance magnétique peut préciser l'architecture vasculaire autour du kyste. Les examens biologiques ont peu d'intérêt. L'hypereosinophilie n'est pas constante et la recherche des anticorps anti-échinococcus granulosus est souvent négative dans les localisations pelviennes [16]. Ainsi, le diagnostic d'un kyste hydatique pelvien en pré-opératoire n'est pas toujours possible.

Le traitement repose sur la chirurgie. La voie d'abord doit être large, l'idéale est de faire une kystectomie ou une

péri kystectomie totale. Dans les kystes profonds comme dans notre cas, on se contente d'une kystectomie partielle. L'important c'est d'assurer la stérilisation du kyste et la protection de la cavité péritonéale par des champs imbibés de solution scolicides telle que l'eau oxygénée. La dissémination péritonéale, entraînant une hydatidose péritonéale est très grave. Le traitement médical n'est proposé que si l'acte opératoire est contre indiqué, si la maladie hydatique est de localisation multiple ou encore si la résection est incomplète [17].

Dans notre cas, on a estimé notre traitement suffisant et une surveillance échographique semestrielle est de mise.

Conclusion

Devant un kyste pelvien, l'échographie sus-pubienne et endovaginale couplée au Doppler sont intéressantes.

Cependant en dehors des aspects typiques de certaines pathologies fonctionnelles ou organiques de l'ovaire, les pièges diagnostic sont non négligeables.

L'étiologie infectieuse des kystes pelviens ne doit pas être écartée des suppositions diagnostics, notamment l'hydatidose sachant qu'on est parmi les pays endémiques.

Références

1. Abi F, El Fares F, Khaiz D, Bouzidi A. Les localisations inhabituelles du kyste hydatique. A propos 40 cas. *J Chir* 1989; 126: 307-12
2. Arslan H, Sakarya M.E, Bozkurt M, Dilek F.H, Yilmaz Y, Dilek O.N et al. Free hydatid cyst only covered with germinative membrane disrupted from fibrotic capsule in the peritoneal cavity: a case report. *Acta Chir* 1998; 35: 85-6.
3. El mansouri A, Moumen M et Fares F. L'écchinococcose pelvienne chez la femme : à propos de deux cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 21: 503-6.
4. Fekih M.A, Abed A, Chelli H, Khorf M et Chelli M. Kyste hydatique pelvien et grossesse : à propos de quatre cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; 21: 803-5.
5. Gamoudi A, Ben Romdhane K, Farhat K, Khattech K, Hechiche M et Kahal K. Le kyste hydatique de l'ovaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24: 144-8.
6. Clements R and Bowyer F.M. Hydatid disease of the pelvis. *Clin Radiol* 1986; 3: 375-7.
7. Okumus Y, Tayyar M, Patiroglu T and Aygen E. Uterine hydatid cyst. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 4: 51-3.
8. Gupta A, Kakkar A, Chadha M and Sathaye C.B. A primary intrapelvic hydatid cyst presenting with foot drop and a gluteal swelling : a case report. *J Bone Joint Surg Br* 1998; 8: 1037-9.
9. Maiuri F, Iaconetta G, Benvenuti D, Rendano F and Serra L.L. Hydatid cyst of the lumbosacral spine with large pelvic mass. *Acta Neurol* 1993; 1: 315-21.
10. Laghzaoui Boukaidi M, Bouhya S, Soummami A, Hermas S, Bennis O, Sefrioui O, and Aderdour M. Pelvic hydatid cyst: a report of eight cases. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2001; 29 (5): 354-7.
11. Brown DL, Doubilet PM, Miller FH, et al. Benign and malignant ovarian masses: selection of the most discriminating gray-scale and doppler sonography features. *Radiology* 1998; 208: 103-10
12. Buy JN, Ghossain MA, Hugol D, Hassen K, Scirot C, Truc JB, et al. Characterization of adnexal masses: combination of color doppler and conventional sonography compared with spectral doppler analysis alone and conventional sonography alone. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 166: 385-93
13. Bouhaouala MH, Labdeb MF, Ben Hammouda M et al. Radiologie de la maladie hydatique. *Feuilles de radiologie* 1989; 29: 133-48.
14. Delleur G, Tricoire J, de Saint-Florant G. Hydatidose mammaire: une observation. *La nouvelle Presse Médicale*, 1980; 9: 888.
15. Jemni-Gharbi H, Mdimagh L, Bakir D, Khairi H, Kraiem CH. Aspects écho-mammographiques du kyste hydatique du sein à propos de dix cas. *Le sien* 2000; 10: 214-20.
16. Baba A, Chaib A, Khairi H, Keskes J. Profil épidémiologique de l'hydatidose pelvienne: à propos de 15cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991; 20 : 657-60.
17. Lapierre J. Traitement médical de l'échinococcose. *Conc Med* 1990; 927-8.
18. Ardaens Y, Coquet P. Imagerie des kystes et des tumeurs de l'ovaire. *EMC Gynécologie* 2000; 680-A-26.