

KYSTE HYDATIQUE DU SEIN
(à propos d'un cas)

HYDATID CYST OF THE BREAST
(about one case)

الكيسة العدارية للثدي من خلال حالة

S. ZAMIATI, L. JABRI, A. TAHRI, M. KARKOURI, S. SQALLI.

ملخص : يستعرض الباحثون حالة كيسة عدارية للثدي عند مريضة عمرها 65 سنة. كان الأمر يتعلق بعقدة في الربع السفلي الداخلي للثدي الأيمن، لينية، محدودة، متحركة وغير مؤلمة. لم توجد أي ظاهرة التهابية. تصوير الثدي أظهر ضلالة كثيفة، متجانسة، محدودة مع تكلس قوسي الشكل. هذا المظهر يذكر ورم حميد ومكن التشريح المرضي النسجي من تعديل التشخيص. الكيسة العدارية للثدي نادرة المكوث في بلد متوطن، الخصائص السريرية والشعاعية تذكر التشخيص الذي سيؤكد بالتشريح المرضي النسجي.

Résumé : Les auteurs rapportent un cas de kyste hydatique du sein chez une patiente de 65 ans. Il s'agissait d'un nodule du quadrant inféro-interne du sein droit de 3 cm de diamètre, de consistance molle, bien limitée, mobile et indolore, sans phénomène inflammatoire. La mammographie a objectivé une opacité dense, homogène, de contours nets, avec des calcifications arciformes. Une tumeur bénigne fut suspectée, et c'est l'étude anatomo-pathologique qui a redressé le diagnostic. Le kyste hydatique du sein est exceptionnel. Le séjour en zone endémique, les caractères cliniques et radiologiques évoquent le diagnostic qui sera confirmé par l'histologie.

Mots-clés : kyste hydatique, sein.

Abstract : The authors report a case of a internal hydatid cyst of the breast diagnosed in a 65 year old women. The patient, presented with a nodule of inferior and internal quadrant of the right breast of 3 cm of diameter, soft consistency, well limited, mobile and painless, without inflammatory phenomenon. Mammography showed a dense opacity, homogeneous, net contours, with arciform calcifications. A benign tumor was suspected, and it is the histological study that has straightened the diagnosis. The hydatid cyst of the breast is exceptional. The stay in endemic zone, clinical and radiological characters evoke the diagnosis which will be confirmed by histologic examination.

Key-words : hydatid cyst, breast.

INTRODUCTION

Le kyste hydatique est une parasitose due au développement dans l'organisme de la forme larvaire d'un ténia du chien appelé *échinococcus granulosus* (1).

La localisation mammaire de l'échinococcose est une éventualité rare (2). A partir d'un cas, nous rappelons les aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique de cette affection.

CAS CLINIQUE

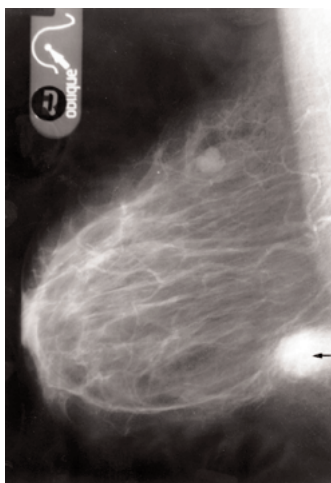
Mme S.F, âgée de 65 ans, résidante à Berrechid, 7^e geste, VII^eme pare, consulte pour tuméfaction mammaire droite, évoluant depuis trois mois.

L'examen montre un nodule du quadrant inféro-interne du sein droit de 3 cm de diamètre, de consistance molle, bien limitée, mobile et indolore, sans phénomène inflammatoire des téguments cutanés en regard. Il n'existe pas d'adénopathie axillaire ou sus claviculaire, ni d'écoulement mamelonnaire.

La mammographie objective une opacité du quadrant inféro-interne du sein droit dense et homogène, de contours nets, avec des calcifications arciformes.

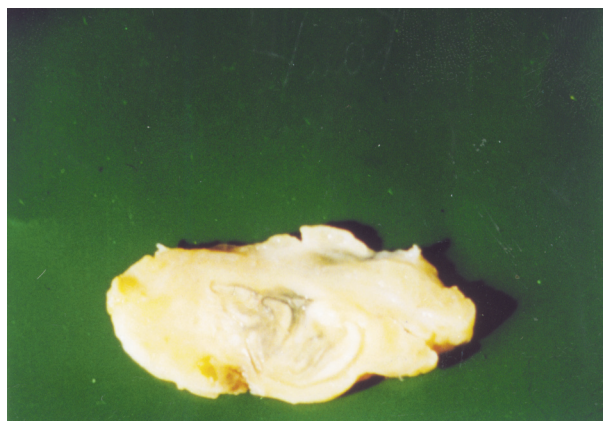
La patiente bénéficie alors d'une biopsie exérèse du nodule. A l'étape macroscopique, le diagnostic est suspecté devant l'identification d'une formation kystique dont la paroi est faite de membranes blanchâtres (fig. 1). Ce diagnostic est confirmé à l'étape histologique en montrant une paroi anhiste bordée en dedans par endroits d'une membrane prolifère. Le parenchyme mammaire avoisinant est le siège d'une réaction macrophagique (photo 2).

Fig. 1



Aspect mammographique : formation kystique à membrane blanchâtre.

Fig. 2



Aspect macroscopique : Membrane anhiste entourée de l'adventice. hémateine eosine (grossissement 13.2)

DISCUSSION

L'échinococcose est une lésion kystique due à l'échinococcus granulosus. Son cycle fait intervenir un hôte définitif, le chien, qui abrite la forme adulte du parasite. Le chien élimine par défécation des oeufs qui sont avalés par un hôte intermédiaire, le mouton, dans les viscères duquel se développe la forme larvaire du parasite. Le cycle naturel du parasite est bouclé lorsque le carnivore dévore les viscères d'un hôte intermédiaire parasité. L'homme est un hôte accidentel qui s'infecte par ingestion d'oeufs (3,4).

La localisation intrahépatique d'échinococcus granulosus est la plus fréquente, retrouvée dans 74 % des cas, la localisation pulmonaire représente 10 % et les autres organes 15 % (5). Sa découverte au niveau mammaire reste cependant une éventualité rare. La littérature mondiale ne publie que des cas isolés même dans les régions endémiques (2,6). La plus grande série est de 20 cas regroupés sur 13 ans, rapportée par *Quadraogo* (1).

L'âge ne semble pas influencer la survenue du kyste hydatique du sein (7).

Typiquement, le kyste hydatique du sein se présente comme un nodule de taille variable, à contours nets, mobile et indolore. Il est de consistance rénitente si le kyste est jeune et devient ferme s'il est ancien et calcifié (1). Il n'y a pas de phénomène inflammatoire cutané ni d'adénopathie. Une mastodynies peut se voir en cas de surinfection dans 5 % des cas (1). Enfin, il peut être de découverte fortuite lors d'un examen systématique (7). L'évolution du kyste hydatique du sein est particulièrement lente et souvent latente (7).

Dans notre cas, la patiente présentait un nodule du quadrant inféro-interne du sein droit de consistance molle, bien limitée, mobile et indolore, sans phénomène inflammatoire.

L'échographie mammaire, moyen anodin et reproductible, devrait permettre de circonscrire la lésion et de localiser les calcifications(7). A ce stade, le kyste hydatique est rarement évoqué, néoformation mammaire kystique souvent prise pour une tumeur bénigne, rarement pour une tumeur maligne. La notion de séjour en zones d'endémie peut parfois faire évoquer le diagnostic. De ce fait, le kyste hydatique du sein est souvent ponctionné. La cytoponction doit être proscrite en cas de suspicion d'un kyste hydatique car elle comporte un risque théorique de dissémination de scolex (3). Cependant, en l'absence d'orientation, les cas rapportés dans la littérature ont souvent bénéficié d'une cytoponction sans observer de récurrence locale (3).

La mammographie permet de déterminer le caractère bénin de la lésion. Celle-ci est fréquemment arrondie, régulière, aux contours nets, présentant souvent des calcifications.

Ouadraogo (1) propose une classification en quatre types d'images mammographiques :

- type I : opacité dense, arrondie, bien limitée ou non, ne comportant pas de calcifications.
- type II : opacité dense, arrondie, circonscrite par une fine ligne calcifiée.
- type III : opacité dense, arrondie, calcifiée dans sa quasi-totalité.
- type IV : opacité dense, arrondie, à contours nets, comportant des macrocalcifications épaisses, atypiques.

La mammographie permet également d'explorer les aires ganglionnaires qui sont normales en cas de kyste hydatique.

Suivant cette classification, notre patiente est classée type II.

Sur le plan biologique, l'hyperéosinophilie sanguine est inconstante et les sérologies hydatiques ont surtout un intérêt pour la surveillance postopératoire (7,8).

Le traitement du kyste hydatique du sein est toujours chirurgical par kystectomie (9,10). Si le diagnostic est suspecté en préopératoire, il est conseillé de stériliser au préalable le contenu kystique par plusieurs irrigations de sérum salé hypertonique ou d'eau oxygéné (10,11).

L'aspect histopathologique du kyste hydatique du sein est identique aux autres localisations, sur le plan macroscopique, il s'agit d'un kyste contenant un liquide " eau de roche" et dont la paroi est faite de membrane blanchâtre, luisante et lisse (1). Histologiquement, de dehors en dedans, on distingue d'abord l'adventice ou le périkyste, enveloppe fibro-inflammatoire développée au dépens du tissu hôte ; elle est discrète dans le sein. La corticale, membrane anhiste, fait suite à la précédente et bordée en dedans par la membrane prolifère. Celle ci est l'élément noble du kyste, donne naissance aux scolex et secrète le liquide hydatique en " eau de roche" (1).

CONCLUSION

Le kyste hydatique du sein est exceptionnel, et de ce fait, il pose un problème diagnostic. Ce diagnostic doit être évoqué devant la symptomatologie clinique, les données de l'échographie et de la mammographie surtout s'il y a notion de séjour dans des zones d'endémie.

Nous insistons sur la prophylaxie: éviter la promiscuité chiens-moutons, contrôler les abattoirs, améliorer l'hygiène individuelle et générale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **EG. Ouadraogo.** Le kyste hydatique du sein. Etude de 20 observations. J.Gynécol. Obstét. Biol. Reprod, 1985, 14, 187-194.
- 2- **RJ. Yaghan.** Hydatid disease of the breast : A case report and literature review. Am. J. Trop. Med. Hyg, 1999, 61, 5, 714-715.
- 3- **H. Essaidi, H. Megdiche, Z. Rhimi, MN. Missaoui, MH. Seghem, H. Khairi et al.** Kyste hydatique du sein. A propos de deux cas, 1993, 44, 2, 107-110.
- 4- **AF. Petavy, S. Deblock, S. Walbum.** Epidémiologie et prévention des échinococcoses en France. Rev. Prat, 1990, 40, 191-197.
- 5- **YJ. Golvan.** Eléments de parasitologie médicale, 4 édition. Paris, Flammarion, 1983.
- 6- **JA. Perez, P. Castillo, E. Henning, A. Perez.** Breast hydatid cyst. A case report. Rev. Med. Chil, 1997, 125, 1, 66-70.
- 7- **LH. Iloki, G. Lefebvre, Y. Darbois, P. Tranbaloc.** Kyste hydatique du sein. A propos d'un cas. Rev. Fr. Gynécol. Obstét, 1992, 87, 35-38.
- 8- **MF. Biava, L. Kures.** Diagnostic biologique des échinococcoses. Rev. Prat, 1990, 40, 201-204.
- 9- **A. Baba, A. Chaieb, H. Khairi, J. Keskes.** Profil épidémiologique de l'hydatidose pelvienne. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod, 1991, 20, 657-660.
- 10- **R. Mzabi, C. Dziri.** Les échinococcoses extra-hépatiques: diagnostic et traitement. Rev. prat, 1990, 3, 220-224.
- 11- **B. Sastre, S. Sielezneff, S. Agostini, H. Dumon, A. Arnaud.** Diagnostic et traitement d'un kyste hydatique du foie. Rev. Prat, 1990, 4, 205-212.