

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DU KYSTE HYDATIQUE CEREBRAL AU MALI.

Diagnosis and surgical treatment of intracerebral hydatidic cyst in Mali.

Diarra Mamadou Salia (1), Traoré Youssouf (2), Cissé Meh (1), Kéita A (1), , Sogoba Y (3) Dama M (4), Coulibaly O (4) , Sogoba B (4) , Diallo O (4), Kanikomo D (3).

1 - Service Neurochirurgie CHU -ME Le Luxembourg ; BP 4194.Tel : +22366747776.

Email :madoucha@hotmail.com ; 2 - Service de traumatologie et de neurochirurgie du CHU Pr BSS de Kati; 3 - Service de Neurochirurgie CHU Gabriel Touré; 4- Service Neurochirurgie CHU - Hôpital du Mali.

RESUME

Introduction : L'hydatidose est une parasitose fréquente dans les pays d'élevage de moutons (maghreb). Le kyste hydatique cérébral en est une localisation rare (1 à 4%) et souvent méconnue en Afrique sub-saharienne. Nous rapportons 2 cas de kystes hydatiques cérébraux opérés au Mali.

Observations : Le premier patient de 46 ans, cultivateur et éleveur, vivant en milieu rural, admis pour crises convulsives Bravais-Jacksoniennes, dysarthrie et hémiparésie droite. Le deuxième, âgé de 38 ans présentait un syndrome d'hypertension intra-crânienne et une tuméfaction occipitale fistulisée. La tomodensitométrie cérébrale a objectivé une lésion kystique unique dans un cas et multi-cloisonnée dans le deuxième cas. Après concertation pluridisciplinaire, le diagnostic de kyste hydatique a été évoqué. Une exérèse complète des lésions a été effectuée et l'anatomo-pathologie a confirmé un kyste hydatique cérébral dans les deux cas. Les suites ont été favorables. **Conclusion :** Le kyste hydatique cérébral est une affection rare et peu connue au Mali. Une hypertension intracrânienne, des signes focaux, des crises convulsives, ainsi que les données TDM et l'IRM sont les clés du diagnostic. La prise en charge neurochirurgicale permet une évolution favorable. La prévention permet l'interruption de la chaîne de transmission. **Mots clés :** *Kyste, Hydatique, Cérébral, Neurochirurgie, Mali.*

ABSTRACT

Aims: Cerebral hydatidic cysts are common in North African and pastoral countries but still underdiagnosed in sub-saharian ones. We report the first two cases operated in Mali and histologically proven of cerebral hydatidic cysts. **Patients and method:** Our study was about a 46 years old patient, admitted for Bravais-Jacksonian crisis, dysarthry and right hemiparesis, and another 38 years old male one, with an intracranial hypertension syndrome associated with cranial fistulized cerebral hydatidic cyst. The CT scan has shown a cerebral cyst in the first case and multi-ocular cysts in the second. The patients underwent surgery, with complete removal in one case and a rupture in the second case, but with a good outcome. Anatomopathological analysis concluded to hydatidic cerebral cysts in both cases. **Conclusion:** With these first cases, the diagnosis of cerebral hydatidic cyst must be evoked more frequently in our countries, because of the evolution of radiological diagnosis and surgical abilities. **Keywords:** *Cyst, Hydatidic, Cérébral, Neurosurgery, CHU Luxembourg, Mali.*

INTRODUCTION

Le kyste hydatique est une anthrozoose rare, surtout dans sa localisation cérébrale (1 à 4 % des localisations) [1, 2, 3, 4, 5]. Il est causé par *Ecchinococcus granulosus* (Ténia du chien, avec comme hôte intermédiaire, le mouton). Contrairement aux pays du Maghreb, où il fait l'objet de nombreuses publications scientifiques [1, 2, 4, 5], il est souvent méconnu en Afrique sub-saharienne, où le diagnostic est peu souvent évoqué. L'hypertension intracrânienne, les signes focaux ou l'épilepsie, peuvent être les manifestations initiales de cette pathologie [1, 4, 5]. Le traitement est médico-chirurgical. Quelques cas de kystes hydatiques multiples localisés au poumon, à la rate ou au foie ont été décrits dans la littérature au Mali [6, 7], mais il s'agit là des premiers cas de localisation cérébrale de kystes hydatiques diagnostiqués et opérés dans notre pays.

Le diagnostic restant largement méconnu, l'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques et radiologiques du

kyste hydatique cérébral, afin de sensibiliser les professionnels, ainsi que la population, pour améliorer la prévention et la prise en charge.

Observation 1: Il s'agissait de Mr B.N., âgé de 46 ans, cultivateur et éleveur, habitant en milieu rural, sans antécédents particuliers, adressé en juin 2015 pour crises convulsives partielles Bravais-Jacksoniennes droites avec déficit post-critique, évoluant depuis 3 mois environ (une à deux par mois avec augmentation de la fréquence des crises). A l'examen clinique, il présentait un bon état général, une dysarthrie, une hémiparésie droite, prédominant au membre supérieur. L'auscultation cardio-pulmonaire était normale et l'examen de l'abdomen ne révélait pas de masse palpable.

Une tomodensitométrie cérébrale avec injection de produit de contraste a objectivé une lésion kystique cérébrale, pré-rolandique frontale gauche, avec des fines calcifications périphériques internes, de 2*2 cm. Le

diagnostic de kyste hydatique, Il s'agissait d'une lésion frontale en zone fonctionnelle (aire frontale ascendante ou pré-frontale). Nous avons procédé à une discussion en réunion quant au risque fonctionnel opératoire. Devant une amélioration de son état, le patient était réticent à l'intervention, avec une bonne évolution. Il a été perdu de vue pendant quelques mois. Il a été revu en consultation 2 mois plus tard, devant la reprise de la symptomatologie initiale. Un second scanner cérébral a montré une légère augmentation de la taille de la lésion à 27 x 26mm (Figure 1a et 1b). L'indication opératoire a été posée avec le consentement du patient, ainsi que de sa famille. Le patient a été opéré le 25.08.2016. Il existait un plan de clivage net avec le parenchyme et nous avons tenté une hydropulsion selon la méthode d'Arana-Iniguez. Devant l'échec de la technique, nous avons effectué une dissection avec des lamelles de coton chirurgical et la lésion a été enlevée en bloc (Figure 2 et 3).

Les suites opératoires ont été favorables, avec régression du déficit moteur, à prédominance brachiale, de la dysarthrie et des troubles des fonctions supérieures en post-opératoire immédiat.

La pièce d'exérèse a été envoyée en bloc (Allemagne) et l'anatomo-pathologie a conclu à un kyste hydatique cérébral, avec des signes inflammatoires majeurs et réaction macrophagocytaire des bordures, faisant penser à une ancienne rupture. Il n'a pas été noté de signes de malignité. Le patient a reçu un traitement par Praziquantel pendant 28 jours. Nous avons effectué une TDM de contrôle à 3 mois et demi et 2 ans en post-opératoire qui n'ont pas montré de reliquat ou de récurrence de la lésion (Figure 4).

Observation 2 : Il s'agissait de Mr A T. 38 ans, M, éleveur et commerçant de bétail sans antécédents particuliers hormis le contact avec les animaux, vivant en milieu rural. Il a consulté pour tuméfaction occipitale en Juillet 2017. A l'examen on notait un syndrome d'hypertension intracrânienne associée à des signes déficitaires neurologiques. La TDM crânio-encéphalique réalisée a mis en évidence une volumineuse masse kystique intracrânienne de 12 cm de grand axe, multilocloisonnée avec amincissement cortical de la voûte crânienne en contact et rupture par endroits, individualisant des défauts osseux. Le siège était temporo-pariéto-occipital gauche sans œdème péri-lésionnel, ni de prise de contraste Figure 5a. La lésion était donc fistulisée, laissant sourdre un liquide clair. Etant donné l'aspect inhabituel de la lésion kystique, une IRM encéphalique a été réalisée et a conforté le diagnostic de kyste hydatique

cérébral. La recherche d'autres localisations s'est avérée négative.

Le second patient a été opéré par la méthode d'Arana-Iniguez, avec évacuation de nombreuses vésicules-filles (Figure 5b). Nous avons cependant déploré une rupture per-opératoire des vésicules du kyste hydatique, d'où l'indication d'un traitement médical complémentaire à base d'Albendazole pendant 21 jours.

Les pièces opératoires ont été envoyées à l'anatomopathologie qui a confirmé le diagnostic. L'évolution était satisfaisante chez le patient sans séquelles, avec une reprise progressive des activités professionnelles.

DISCUSSION

Le kyste hydatique est une anthrozoose causée par *Echinococcus granulosus* (Ténia du chien). L'homme en est un hôte accidentel par contact avec les chiens, les ovins, ou par contamination des aliments ou de l'eau. L'atteinte peut concerner surtout le foie, les poumons ou d'autres organes, mais les localisations cérébrales sont rares et constituent une impasse parasitaire (1 à 4% des cas [1, 2, 3, 4] 4 cas par an environ dans un service de neurochirurgie au Maroc [5]).

Le Mali n'est pas considéré comme une zone d'endémie [6], contrairement à l'Afrique du Nord ou l'Afrique centrale (Kenya) [3, 5], certainement parce que la maladie est sous-diagnostiquée dans notre pays. Le contexte rural de nos patients constituerait un facteur favorisant [3, 5, 7, 8, 9]. La prédominance est masculine [10, 11]. Tout comme dans notre série, l'épilepsie ou le syndrome d'hypertension intracrânienne peuvent être les principaux signes d'appel [11].

Il existe un réel problème diagnostique du kyste hydatique cérébral dans notre pays car la maladie est méconnue et l'interrogatoire n'est pas toujours concluant, quant à cette localisation.

L'imagerie TDM est de plus en plus vulgarisée et reste la pierre angulaire du diagnostic positif du kyste hydatique cérébral [2]. Cependant, elle peut ne pas être spécifique car, il s'agit souvent de masses liquidiennes relativement volumineuses, dont la densité varie de 2 à 8UH, ayant plus ou moins un effet de masse. Le diagnostic différentiel peut se faire avec d'autres lésions kystiques (kyste arachnoïdien, astrocytome kystique, abcès). La sérologie hydatique est à interpréter avec prudence, est souvent négative et n'est pas spécifique [2, 3].

La prédominance sus-tentorielle dans l'hémisphère gauche est retrouvée dans d'autres séries [2], ainsi que l'aspect multi-vésiculaire [2].

La réticence à l'opération pourrait être en rapport avec le niveau d'instruction et la conviction des patients de pouvoir guérir

« autrement » que par une intervention chirurgicale, ainsi qu'avec le manque d'information des professionnels de la santé. Souvent, c'est lorsque l'état s'aggrave que le patient consulte. Il existe un risque fonctionnel et vital potentiel ce qui justifie une prise en charge chirurgicale en première intention [2, 3, 5, 8]. Le retard de prise en charge grève parfois le pronostic, mais cela n'a pas été le cas de notre patient et la récupération neurologique est de 90% dans la plupart des séries [2, 3, 5, 8]. La technique chirurgicale doit s'adapter au contexte et nous avons eu à changer de stratégie lorsque l'hydropulsion a échoué, avec un kyste adhérent au cortex. Par ailleurs, la rupture per opératoire reste un écueil chirurgical. Les séquelles neurologiques peuvent être parfois majeures. Nous devons donc penser à cette affection rare lorsque le contexte clinico-radiologique est favorable.

CONCLUSION

Le kyste hydatique cérébral est une affection rare et peu connue au Mali. Il devra être évoqué de plus en plus souvent devant une hypertension intracranienne, des signes focaux ou des crises convulsives, associées à des lésions kystiques cérébrales. La TDM et l'IRM permettent de poser le diagnostic. La prise en charge neurochirurgicale et l'Albendazole permettent généralement une évolution favorable. La prévention, l'hygiène alimentaire, et le contrôle vétérinaire des animaux domestiques (abattage contrôlé des ovins), permettent l'interruption de la chaîne de transmission.



Fig. 1 a et b: Patient 1 : TDM craniocéphalique avec injection de produit de contraste montrant la lésion (flèche) avec important œdème péri-lésionnel. **1c :** Absence de récidence à 3 mois post-opératoires.



Fig. 2 et 3 : Exérèse en bloc de la lésion.



Fig. 5 :a et b : Patient 2 : Aspect de kyste multi-vésiculaire lors de l'exérèse.

Déclaration des conflits d'intérêt : Pas de conflit d'intérêt.

REFERENCES

- 1- ABBASSIOUN K., AMIRJAMSHIDI A. Diagnosis and management of hydatid cyst of the central nervous system : Part 2 : hydatid cysts of the

- skull, orbit and spine. Neurosurgery 2001; 11: 10-16.
- 2- EL ABASSI SKALLI A. – Kyste Hydatique cerebral, apport de la scannographie. J. Neuroradiol. 2000; 27: 196-199.
 - 3- AUBRY PIERRE. Hydatidose - Echinococcose - Kyste hydatique - Médecine Tropicale. www.medecinotropicale.free.fr.
 - 4- BOUAZIZ M. Calcified cerebral hydatid cyst: a case report. Sante 2005 ;15 (2):129-32.
 - 5- SALAOU O. LE KYSTE HYDATIQUE CEREBRAL : A PROPOS DE 104 CAS. AJNS 2007 ; 26 (1) : 21-26.
 - 6- S. DIALLO, Y. TOLOBA, S. DAO, S. SIDIBE, BF. SISSOKO, P. GOMEZ et Al. : Hydatidose multiple à propos d'une observation au mali. Mali Médical 2005 T XX N° 3: 34 – 36.
 - 7- GENTILLINI. M. Affections des à des cestoses larvaires. Méd. Trop.; Flammarion : 146-154.
 - 8- NUR ALTINÖRS, MURAD BAVBEK, HAKAN H. CANER, BÜLENT ERDOGAN. Central nervous system hydatidosis in Turkey: a cooperative study and literature analysis of 458 cases. J. Neurosurgery 2000, July, Vol.93: 1-8
 - 9- TUZUN Y, KADIOGLU HH, IZCI Y, SUMA S, KELES M, AYDIN IH. : The clinical, radiological and surgical aspects of cerebral hydatid cysts in children. PediatrNeurosurg. 2004 Jul-Aug; 40 (4):155-60.
 - 10- KOCAMAN S, ERSAHIN Y, MUTLUER S. Cerebral hydatid cysts in children. J NeurosciNurs. 1999; 31 (5): 270-7.
 - 11- EL-SHAMAM O, AMER T, EL-ATTA MA Magnetic resonance imaging of simple and infected hydatid cysts of the brain. MagnReson Imaging. 2001; 19 (7): 965-74.