

M. S. IRO², F. SLIMANI²

1 Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Hassan II University of Casablanca, B.P 5696, Casablanca, Maroc

2 Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd, B.P 2698, Casablanca, Maroc

Résumé: nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans sans antécédent pathologique particulier admise pour une exophtalmie unilatérale d'installation brutale évoluant depuis un mois sans notion de traumatisme. L'examen clinique a retrouvé une exophtalmie avec une baisse de l'acuité visuelle. Le bilan radiologique a objectivé une formation liquidienne à paroi fine de 29x20x17mm au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite gauche. Le bilan biologique était normal. La recherche d'une localisation secondaire était négative. La patiente a bénéficié par un abord paracanthal l'exérèse du kyste. L'examen histologique a conclu au KH. Les suites opératoires étaient favorables avec disparition de l'exophtalmie, bonne motilité oculaire et une bonne acuité visuelle.

Mots clés : kyste hydatique, orbite, exophtalmie

Introduction: le kyste hydatique (KH) ou l'hydatidose est une affection parasitaire due au Echinococcus granulosus dont les hôtes représentent le mouton et le chien. Il s'agit d'une maladie endémique touchant particulièrement le bassin méditerranéen, l'Afrique de l'Est, l'Australie et la Nouvelle Zélande. Il peut se développer dans toutes les régions de l'organisme et plus fréquent au niveau du foie (75%) et des poumons (15%). La localisation intra-orbitaire est rare et représente 1 à 2 %. La clinique est dominée par l'exophtalmie. L'anamnèse et l'imagerie peuvent conduire au diagnostic mais le diagnostic de certitude reste anatomopathologique. le traitement est chirurgical. Nous rapportons le cas d'une localisation unique intra-orbitaire d'un KH.

Observation: Madame Z.S âgée de 43 ans sans antécédent pathologique particulier, admise pour une exophtalmie d'installation brutale évoluant depuis un mois, sans notion de traumatisme. A l'examen clinique on a noté une exophtalmie gauche non axiale irréductible, indolore, non pulsatile et pas de souffle. Une limitation de l'élévation du globe oculaire, pas de diplopie, sans signe inflammatoire en regard. L'examen ophtalmologique a noté que la patiente comptait les doigts de loin, une exotropie, la rétine à plat, un œdème papillaire stade III, une tortuosité vasculaire. La tomodynamométrie (TDM) montre une lésion kystique de 29 x 20 x 17 mm au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite gauche à paroi fine, refoulant le globe oculaire et le nerf vers l'extérieur et une exophtalmie grade I. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montre une formation kystique avec hyposignal T1 et hypersignal franc T2 au dépend du muscle droit interne, discrètement rehaussée en périphérie après injection de gadolinium mesurant 30 x 19 mm sur une hauteur de 22 mm. Cette formation élargit le muscle droit interne gauche et présente des rapports intimes avec le nerf optique qu'elle refoule vers le dehors. Le bilan biologique était normal. La sérologie et la recherche d'une localisation secondaire étaient négatives. La patiente a bénéficié sous anesthésie générale, par un abord paracanthal, l'accouchement du kyste sans effraction de la paroi. L'examen histologique a conclu au KH. Les suites opératoires étaient favorables avec disparition de l'exophtalmie, bonne motilité oculaire et une bonne acuité visuelle.

Iconographie

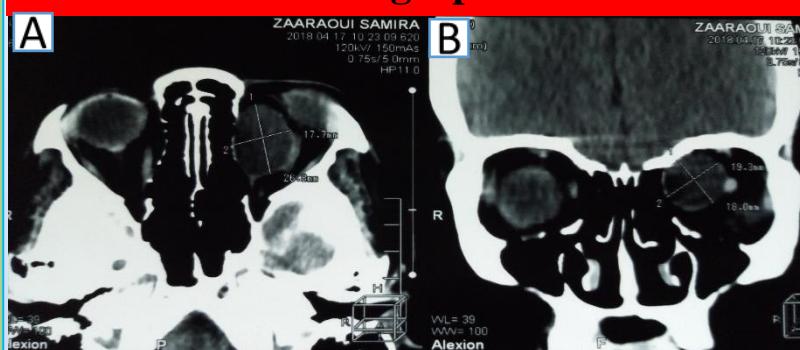


Figure 1: TDM en coupe axiale(A) et coronale (B) montre une formation hypodense intra-orbitaire gauche au niveau de la paroi super-interne, refoulant le globe oculaire et le nerf optique et prenant le produit de contraste en périphérie.

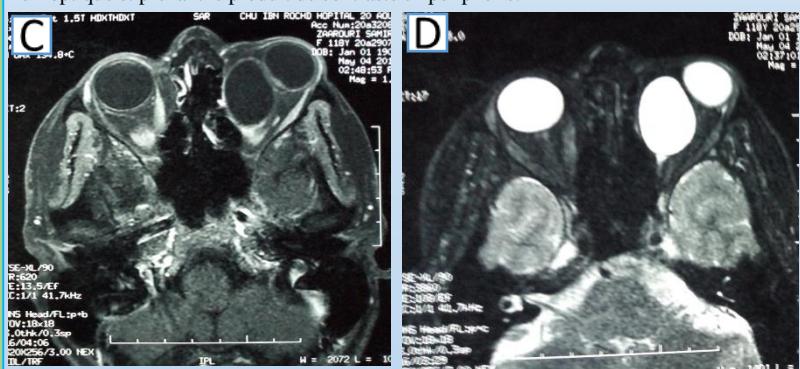


Figure 2 : IRM montrant une formation intra-orbitaire gauche sur la coupe axiale en hyposignal T1 (C) et la coupe axiale en hypersignal T2 (D)



Figure 3 : photo de la patiente en peropératoire montrant la voie d'abord et le kyste hydatique mis en évidence avant l'énucléation.

Discussion : le kyste hydatique de l'orbite est dû au développement du taenia Echinococcus granulosus dont l'hôte définitif est le chien et l'hôte intermédiaire est le mouton. L'homme apparaît comme un hôte intermédiaire accidentel. La contamination se fait par voie digestive, empruntant le système veineux portal et rarement la circulation générale. Ces larves peuvent se transformer en hydatide en n'importe quel point de l'organisme. La localisation intra-orbitaire du KH est rare, représentant 1 à 2% de toutes les localisations hydatiques. En l'absence d'ablation de ces kystes l'adventice va former progressivement une coque épaisse adhérente sans plan de clivage avec les tissus avoisinants rendant difficile sa dissection complète mais nettement décollable de l'hydatide. L'atteinte est toujours unilatérale et souvent dans l'orbite gauche comme le cas de notre patiente. Le siège de prédilection intra-orbitaire est surtout supéro-interne (55 %). L'exophtalmie est le maître symptôme. Elle est non pulsatile, non soufflante, rarement axiale, souvent indolore et d'installation brutale. Elle peut être accompagnée par des douleurs périorbitaires et une baisse de l'acuité visuelle. La clinique est aussi marquée par des anomalies du fond d'œil à type d'hyperhémie papillaire, une atrophie optique, des plis et/ou un décollement rétinien. On peut retrouver des troubles oculomoteurs. Le diagnostic se fait par l'anamnèse dans un contexte endémique et l'imagerie (l'échographie; la TDM et L'IRM) qui est d'un apport capital dans la prise en charge. Le diagnostic est confirmé par l'examen histologique mais il faut noter l'aspect eau-de-roche retrouvé en peropératoire est très évocateur. Le traitement est chirurgical. Il doit se faire avec une large voie d'abord et de manière délicate afin d'éviter une effraction capsulaire. Le kyste hydatique est de bon pronostic. L'évolution est fonction du délai de prise en charge et se fait de façon générale par la disparition progressive des signes fonctionnels.

Référence :

1. Aouchiche M, Ben Rabah R, Abanou A et al. Aspects tomodynamométriques du kyste hydatique intra-orbitaire à propos de 10 observations. J Fr Ophtalmol 1983;6-11:901-16
2. Basset D, D'hermies F, Leport M et coll. Localisation orbitaire d'un kyste hydatique chez un enfant surinamien. Bull Soc Fr Parasit 1989;7:241-4.
3. Benjelloun A., Essodegui F., Ksiyer M. Kyste hydatique orbitaire. A propos d'un cas. Ann. Radiol. 1996, 39 (3) : 131-134.
4. Gökçek C., Gökçek A., Akif Bayar M., Tanrikulu S., Buharali Z. Orbital hydatid cyst : CT and MRI. Neuroradiology 1997, 39 : 512-515.
5. Le Guerinel C., Roux F.X., Bonin A., Lucerna S., Leriche B. Kyste hydatique intra-orbitaire : une localisation exceptionnelle de l'hydatidose. Discussion à propos d'un cas récent. Neurochirurgie 1991, 37 : 200-205.
6. Alparslan L, Kanberoglu K, Peksayar G and Cokyüsel O. Orbital hydatid cyst: assesment of two cases. Neuroradiology 1990;32:163-5.
7. 5.Sami A, Achouri M, Harouch M, Choukry M, Elazhari A, Amraoui A, Boucetta M. Kystes hydatiques intra-orbitaires 10 cas. Neurochirurgie 1995;41:398-402.