

Références

- [1] Liou MJ, Lin JD, Chung MH, Liau CT, Hsueh C. Renal metastasis from papillary thyroid microcarcinoma. *Acta Otolaryngol.* 2005; 125: 438-42.
- [2] Cheon M, Choi JY, Kim HK et al. Renal metastasis from follicular thyroid carcinoma diagnosed by I-131 whole-body scan mimicking renal cell carcinoma on contrast-enhanced computed tomography. *Nucl Med Mol Imaging* 2011; 45: 72-5.

Kyste hydatique paravertébral : Localisation rare de l'hydatidose

Sayed Walid, Ben Salah Mohamed, Zoghliani Mohamed, Bennour Amine, Dridi Moez, Annabi Hédi, Haj Salah Mehdi, Trabelsi Mohsen, M'barek Mondher
 Service d'orthopédie. Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous. Tunis

L'échinococcose sévit selon un monde endémique dans plusieurs régions du monde notamment dans les pays du bassin méditerranéen (1). La localisation du kyste hydatique au niveau des parties molles est rare (1,2). Les topographies inhabituelles sont source d'un retard diagnostique et de difficultés thérapeutiques. Le diagnostic repose sur le contexte épidémiologique, les explorations radiologiques notamment l'échographie, l'hyperéosinophilie à la numération formule sanguine et la sérologie hydatique.

Nous rapportons le cas d'un kyste hydatique des muscles paravertébraux lombaires chez un jeune homme de 16 ans.

Observation

Mr F.F, jeune lycéen de 16 ans d'origine rurale, porteur d'un asthme allergique, a consulté pour une masse lombaire qui évoluait depuis 3 mois. Le patient n'avait pas d'antécédents hydatiques. Il n'y avait pas de notion de contagé tuberculeux.

A l'examen, on a trouvé une tuméfaction para-vertébrale droite, ronde, bien saillante sous la peau, de 12 cm de grand axe, à 4 cm de la ligne médiane à la hauteur de L3 - L4. Elle était superficielle, froide, rénitente, indolore à la palpation, sans circulation veineuse collatérale ni signes inflammatoires locaux. Au centre de cette tuméfaction, on notait une fistule qui faisait sourdre quelques gouttelettes de liquide gélatineux et louche (Fig.1). Le rachis était souple et indolore. L'état général était conservé.

La biologie a révélé une hyperéosinophilie sanguine avec une sérologie hydatique positive. L'examen chimique et bactériologique du liquide issu par la fistule était négatif.

Les radiographies standard du rachis lombaire et du thorax ainsi que l'échographie abdominale étaient normales. L'échographie de la masse a trouvé un kyste hydatique stade III de Gharbi aux dépens du muscle grand dorsal. Le scanner (Fig.2) et l'IRM (Fig.3) ont confirmé le diagnostic en montrant un kyste hydatique multivésiculaire paravertébral sans kyste satellite. L'IRM a permis d'éliminer une lésion rachidienne associée.

Le patient a alors été hospitalisé et 2 jours plus tard, une vésicule fût spontanément expulsée à travers la fistule (Fig.4). Une périkystectomie partielle a été réalisée vu l'importance des adhérences du kyste aux muscles paravertébraux, avec une toilette

abondante au sérum hypertonique et au sérum physiologique. L'examen anatomopathologique de la pièce de résection a confirmé le diagnostic de kyste hydatique. Le patient a été mis sortant à J+7 post-opératoires sous Albendazole pendant 2 mois. Au dernier recul de 24 mois, aucune récurrence locale n'a été notée.

Figure 1 : Aspect clinique du kyste hydatique paravertébral fistulisé



Figure 2 : Image hypodense multivésiculaire au scanner en coupe transversale

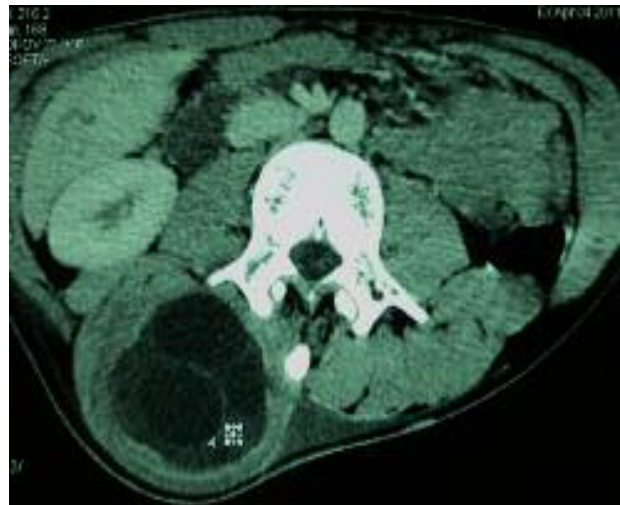


Figure 3 : Masse sous-cutanée en hypersignal T2 à l'IRM

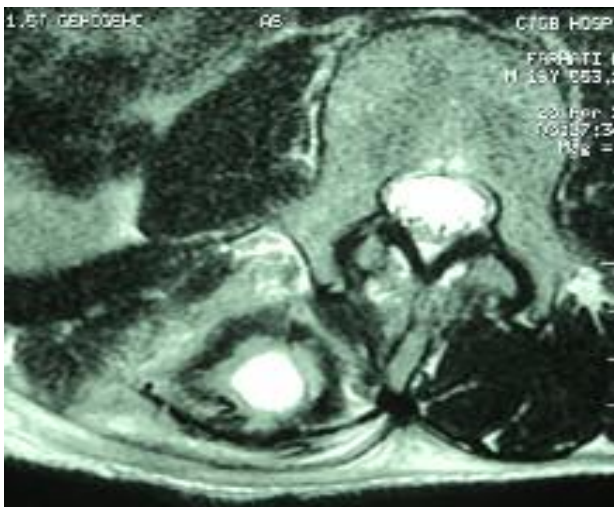


Figure 4 : Photographie d'une vésicule hydatique exclue



Conclusion

L'hydatidose des parties molles est exceptionnelle et de siège ubiquitaire. Elle pose un problème diagnostique avec les tumeurs des parties molles proprement dites. En zone d'endémie hydatique, il faut savoir évoquer ce diagnostic, même dans les localisations les plus improbables. Le seul traitement curatif est chirurgical. Néanmoins, la prophylaxie individuelle et collective demeure essentielle dans des pays endémiques comme la Tunisie.

Références

1. Parray FQ, Ahmad SZ, Sherwani AY, Chowdri NA, Wani KA. Primary paraspinial hydatid cyst: a rare presentation of Echinococcosis. *Int J Surg* 2010; 8:404-6.
2. García-Alvarez F, Torcal J, Salinas JC, Güemes A, Navarro AC, Lozano R. Primary hydatid disease in lumbar muscles. *Acta Orthop Belg* 1999; 65:521-4.

Fibromatose desmoïde de la jambe

Sayed Walid, Bellil Mehdi, Mahjoub Sabri, Raboudi Taieb, Dridi Moez, Annabi Hédi, Haj Salah Mehdi, Trabelsi Mohsen, M'Barek Mondher
Service d'orthopédie. Centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous. Tunis

Les fibromatoses desmoïdes extra-abdominales (FDEA) ou fibromatoses agressives sont des tumeurs fibreuses bénignes rares des tissus mous, mais présentant une agressivité locale importante et une grande tendance à la récurrence. L'atteinte des membres inférieurs est une localisation rare (1-3).

Nous rapportons un cas de FDEA diagnostiquée chez une femme de 33 ans, localisée au niveau de la face antéro-interne de la jambe.

Observation

Mme M âgée de 33 ans, femme au foyer, consulte pour une tuméfaction de la face antéro interne de la jambe droite évoluant depuis 2 ans, augmentant progressivement de volume et devenue récemment douloureuse à la marche.

L'examen clinique a mis en évidence une masse localisée au tiers moyen de la jambe au niveau de la face antéro interne, de 6 cm de grand axe, de consistance molle, mobile par rapport superficiel et fixe par rapport au plan profond, indolore, non battante, sans signes inflammatoires en regard ni adénopathies satellites.

La radiographie standard de la jambe a objectivé une tumeur des parties molles associée à une réaction périostée en regard (Figure 1).

Figure 1 : Radiographie standard de la jambe en incidence de profil montrant la tumeur et la réaction périostée en regard



Une IRM a été pratiquée montrant une masse hétérogène mal limitée prenant le produit de contraste de façon hétérogène et modérée au contact de la face antéro-interne du tiers moyen du tibia (Figures 2a, 2b). Le scanner thoraco-abdominal n'a pas révélé de localisation secondaire.