

Case report

Kyste hydatique appendiculaire simulant un kyste ovarien compliqué: à propos d'un cas



Appendicular hydatid cyst mimicking complicated ovarian cyst: a case report

Ferjaoui Mohamed Aymen^{1,&}, Hannachi Mohamed Amine¹, Marzougui Ali¹, Fathalla Mehdi¹, Khedheri Slim¹, Malek Monia¹, Neji Khaled¹

¹Service B de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Maternité de Tunis, la Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis el Manar, Tunis, Tunisie

[&]Auteur correspondant: Ferjaoui Mohamed Aymen, Service B de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Maternité de Tunis, la Faculté de Médecine de Tunis, Université Tunis el Manar, Tunisie

Received: 29 Sep 2019 - Accepted: 12 Nov 2019 - Published: 23 Nov 2019

Domain: Gynecology

Mots clés: Kyste de l'ovaire, hydatidose, appendice

Résumé

Le kyste hydatique est une zoonose causée par l'ingestion accidentelle de l'*Echinococcus granulosus*. Cette parasitose est un problème de santé en Tunisie où elle constitue une endémie. Les organes les plus touchés sont essentiellement les poumons et le foie. La localisation appendiculaire est exceptionnelle. La rareté de la localisation appendiculaire peut être à l'origine de confusion diagnostique avec les masses latéro-utérines. Nous rapportons dans cet article le cas d'un kyste hydatique appendiculaire chez une jeune femme de 36 ans pris à tort initialement comme un kyste ovarien compliqué. Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques, qui a été hospitalisée dans un tableau de suspicion de torsion d'annexe. L'échographie pelvienne a montré une formation kystique latéro-utérine droite. En per-opératoire on découvre une formation kystique qui dépend de l'appendice. La patiente a eu une appendicectomie avec la résection de la masse. L'examen anatomo-pathologique était en faveur d'un kyste hydatique appendiculaire. Les suites opératoires étaient simples. La localisation appendiculaire, dans l'hydatidose, est certainement exceptionnelle. Cependant, ce diagnostic doit être évoqué devant toute lésion kystique abdomino-pelvienne, surtout dans les pays où l'hydatidose est une endémie.

Case report | Volume 1, Article 24, 23 Nov 2019 | 10.11604/pamj-cm.2019.1.24.20489

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/1/24/full>

© Ferjaoui Mohamed Aymen et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

English abstract

The hydatid cyst is a zoonosis caused by the accidental ingestion of *Echinococcus granulosus*. This parasitosis is a public health problem in Tunisia where it is endemic. The most affected organs are essentially the lungs and the liver. The appendicular localization is exceptional. The rarity of this localization can be the source of diagnostic confusion with the adnexal tumors. We report in this article the case of an appendicular hydatid cyst in a 36-year-old woman mistaken initially as a complicated ovarian cyst. A 36-year-old woman with no medical history was hospitalized for adnexal cyst torsion suspicion. Pelvic ultrasound showed right adnexal formation. Preoperatively we discover a cystic formation that depends on the appendix. The patient had an appendectomy with resection of the mass. The pathological examination was in favor of an appendicular hydatid cyst. The appendicular localization, in the hydatidosis, is certainly exceptional. However, this diagnosis must be evoked with any pelvic cysts, especially in countries where hydatidosis is endemic.

Key words: Ovarian cyst, hydatidosis, appendix

Introduction

L'hydatidose est une maladie zoonotique causée par l'ingestion accidentelle d'œufs d'*Echinococcus granulosus* provenant du chien, hôte définitif habituel du ténia échinocoque. L'homme, qui est un hôte intermédiaire et accidentel, peut s'infecter par la consommation de végétaux ou de l'eau contaminés par les œufs ou par contact direct avec l'hôte définitif [1]. La Tunisie est un pays endémique en matière d'hydatidose [2]. En effet, l'incidence de cas chirurgicaux est de l'ordre de 15/100000 chaque année [2]. Elle représente ainsi un problème de santé publique. Les localisations habituelles de kyste hydatique sont le foie (63%), les poumons (25%), les muscles (5%) et les os (5%) [3]. La localisation pelvienne est assez exceptionnelle. Cet article présente le cas d'un kyste hydatique appendiculaire, soulignant ainsi l'importance de la prise en considération de ce diagnostic devant toute lésion kystique pelvienne.

Patient et observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 36 ans, originaire d'un milieu rural, célibataire, sans antécédent pathologiques, qui s'est présentée avec des douleurs pelviennes aiguës, d'installation brutale, sans trouble de transit, ni trouble du cycle menstruel. L'examen clinique objective une sensibilité hypogastrique et de la fosse iliaque droite, la patiente était apyrétique, le taux de BHCG était négatif. Une échographie pelvienne a été faite objectivant : un utérus de taille et d'échostructure normale, un endomètre en grain de café, une image hétérogène solido-kystique latéro-utérine de 10 cm sans d'épanchement intra-abdominal (Figure 1). Une coelioscopie en urgence a été faite pour la suspicion d'une torsion d'annexe. En per-opératoire on découvre un foie et une vésicule biliaire sans anomalies, l'utérus était de contour régulier et les deux annexes étaient macroscopiquement normales. La masse décrite à l'échographique dépendait de l'appendice. Elle mesurait 10 cm, la paroi était lisse sans végétations contractant des adhérences lâches avec l'épiploon. Devant la taille importante de cette masse et son origine appendiculaire, on a opté pour une conversion en laparotomie (Figure 2). On a réalisé une résection de la masse et une appendicectomie en monobloc. La suite opératoire était

simple. L'examen anatomo-pathologique était en faveur d'un kyste hydatique appendiculaire. La recherche d'une autre localisation de l'hydatidose par un scanner thoraco-abdomino-pelvien était négative. La patiente n'a pas eu de récurrence après un an de suivi dans un service de chirurgie viscérale.

Discussion

Certes la localisation hépatique est la plus fréquente. Les autres localisations intraabdominales sont moins fréquentes (10-15%) [4]. Le kyste hydatique appendiculaire est encore plus rare, même dans les pays endémiques comme la Tunisie. Il s'agit plutôt d'une migration ectopique d'un kyste qui siège dans un autre site [5]. Cette pathologie peut mimer plusieurs pathologies. Elle est dotée d'une variabilité clinique et radiologique. Comme dans notre cas, le diagnostic suspecté était un kyste compliqué de l'ovaire droit, elle peut donner un tableau de tumeur solide de l'ovaire droit, une mucocèle de l'appendice ou même une tumeur appendiculaire. En effet, par compression des organes adjacents ou par leur irritation, on peut trouver des douleurs abdominales, troubles urinaires ou parfois des troubles menstruels [3]. Mais l'examen radiologique (échographie et tomodensitométrie) peut redresser le diagnostic. En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, le traitement chirurgical est le gold standard [1]. La résection du kyste, sans rupture de ce dernier, permet son élimination. Certaines équipes préconisent un traitement moins invasif, il s'agit de la procédure PAIR (Ponction, Aspiration, Injection, Ré-aspiration). Paksoy *et al.* ont essayé cette procédure dans leur série et ont eu de bons résultats mais cela a nécessité un traitement anti-helminthique en postopératoire [6], ce qui n'est pas le cas pour le traitement chirurgical. Dans tous les cas et quel que soit la technique, un suivi est nécessaire pour détecter une récurrence.

Conclusion

Le foie et les poumons sont les organes les plus touchés par l'hydatidose. L'appendice reste une localisation exceptionnelle, surtout comme localisation primaire. L'hydatidose appendiculaire peut mimer une masse annexielle et doit être évoquée devant les images latéro-utérine. Le traitement chirurgical reste le gold standard.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: une formation kystique latéro-utérine de 10 cm contenant une composante solide sans épanchement pelvien

Figure 2: aspect en peropératoire d'un kyste qui dépend du méso-appendice

Références

1. Agarwal D. A hydatid cyst of the appendix which mimicked a tubo-ovarian mass: a case report and review of the literature. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(8):1712-4. **PubMed | Google Scholar**

2. Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawlowski ZS. WHO/OIE manual on Echinococcosis in humans and animals: a zoonosis of global concern. Paris: World Organisation for Animal Health. 2001;265. **PubMed | Google Scholar**
3. Cattorini L, Trastulli S, Milani D, Cirocchi R, Giovannelli G, Avenia N, Sciannameo F. Ovarian hydatid cyst: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(6):100-2. **PubMed | Google Scholar**
4. Nadeem N, Khan H, Fatimi S, Ahmad MN. Giant multiple intra-abdominal hydatid cysts. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2006;18(4):70-2. **PubMed | Google Scholar**
5. Hajizadeh M, Ahmadpour E, ATE S, Spotin A. Hydatidosis as a cause of acute appendicitis: a case report. *Asian Pac J Trop Dis.* 2013;3(1):71-3. **PubMed | Google Scholar**
6. Paksoy Y, Ödev K, Sahin M, Arslan A, Koç O. Percutaneous treatment of liver hydatid cysts: comparison of direct injection of albendazole and hypertonic saline solution. *Am J Roentgenol.* 2005;185(3):727-34. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: une formation kystique latéro-utérine de 10 cm contenant une composante solide sans épanchement pelvien



Figure 2: aspect en peropérateur d'un kyste qui dépend du méso-appendice