

Hémiparésie faciale transitoire et trouble de la vision chez un garçon syrien

Transient facial hemiparesis and blurred vision in a Syrian boy

M. Kalisa Ruzindaza¹, C. Fricx², K. Van Vaerenbergh³, K. Pelc³, F. Vermeulen², N. Massager⁴, V. Toppet⁵ et G. Casimir⁶

¹Médecin en Formation pédiatrique, Service de Pédiatrie, Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF), ²Service de Pédiatrie, Hôpital Erasme ; ³Service de Pédiatrie, CHU Saint-Pierre ; ⁴Service de Neurochirurgie, Hôpital Erasme ; ⁵Service de Radiologie, CHU Saint-Pierre ; ⁶Service de Pédiatrie ; Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF), Université libre de Bruxelles (ULB)

RESUME

Le kyste hydatique est une infection parasitaire causé par l'Echinococcus granulosus. Le kyste affecte habituellement le foie ou les poumons, mais peut aussi atteindre le cerveau dans approximativement 2 % des cas. Nous rapportons le cas d'un enfant de onze ans ayant présenté deux épisodes de paralysie faciale transitoire et de trouble de la vision (achromatopsie) depuis deux mois. Un kyste hydatique extracérébral a été diagnostiqué par imagerie. Le kyste a été retiré, selon la technique d'Arana-Iniguez et un traitement antihelminthique en pré- et post-opératoire a été administré. La chirurgie reste le traitement idéal. Le patient était un réfugié syrien siégeant en Belgique depuis six mois. L'intérêt de ce cas clinique reflète un défi de santé publique en lien avec la crise des réfugiés. Nous pouvons être confrontés à des maladies tropicales que nous n'avons encore jamais vues. Dans la plupart des cas, les réfugiés traversent de nombreux périples avant de s'installer dans un pays. Les camps de réfugiés sont souvent surpeuplés et insalubres. Ces conditions favorisent la propagation de pathologies comme la gale, l'hépatite A, la tuberculose, des souches sauvages de poliomyélite ou encore la méningite.

*Rev Med Brux 2018 ; 39 : 450-3
Doi : 10.30637/2018.17-062*

ABSTRACT

Hydatid cyst is a parasitic infestation caused by Echinococcus granulosus. The cyst affects usually liver and lung but it can also affect the brain in approximately 2 % of all cases. We report a case of 11 year male with 2 episodes of facial palsy, intermittent headache and blurred vision (achromatopsia) since 2 months. Extracranial hydatid cyst was diagnosed on computed tomography scan and then magnetic resonance imaging. The cyst was delivered without rupture using Arana-Iniguez procedure followed by post-operative anthelmintic treatment. Surgery remains the gold standard management. The patient is a Syrian refugee living in Belgium since 6 months. The interest of this presentation exposes the new health challenges that could happen with refugee crisis. We may be encountered at neglected tropical disease that we have never seen. In mostly times, refugees' have perilous journeys before their arrival and the refugee camp are often in overcrowded facilities with unsanitary conditions. Those conditions favour the spread of infectious diseases like scabies, hepatitis A or even meningitis.

*Rev Med Brux 2018 ; 39 : 450-3
Doi : 10.30637/2018.17-062*

Key words : refugee crisis, cerebral hydatid cyst, child, Belgium

INTRODUCTION

Un enfant âgé de onze ans, s'est présenté chez son médecin traitant en janvier 2016 suite à un épisode de paralysie faciale gauche d'une durée de quinze minutes et de résolution spontanée. Les épisodes ont été précédés d'une douleur latéro-cervicale gauche. Il est le troisième enfant de parents consanguins au deuxième degré. Originaire de Syrie, il séjourne en Belgique depuis six mois et ne présente aucun antécédent personnel notable. Le premier examen clinique est tout à fait rassurant. Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur et aucun déficit oculomoteur n'a été mis en évidence. On note toutefois des adénopathies sous mandibulaires infracentimétriques, mobilisables, non douloureuses. Un mois auparavant, il s'est plaint d'une gêne oculaire bilatérale et de trouble de la vision colorée (achromatopsie) de quelques secondes pour lesquels un rendez-vous en ophtalmologie était planifié. Deux jours après, l'enfant retourne chez son médecin suite à un nouvel épisode. Il n'y a plus de paralysie faciale visible durant l'examen alors que le père dispose d'une photographie faite auparavant objectivant l'asymétrie faciale gauche. Le médecin traitant l'adresse alors en urgence à la consultation de neurologie pédiatrique qui fait le même constat clinique que celui-ci. Il demande alors un fond d'œil en urgence à l'ophtalmologue qui objective un œdème papillaire bilatéral. La tomodensitométrie avec produit de contraste met en évidence une image kystique temporopariétale droite de 72 mm de diamètre avec effet de masse (figure 1).

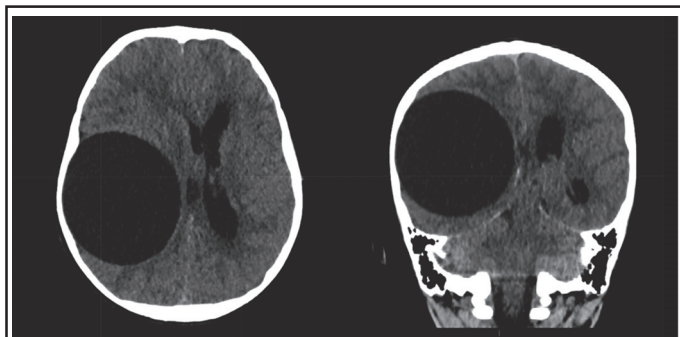


Figure 1 : Image tomodensitométrique de la lésion.

L'examen démontre une vaste image liquidienne arrondie, mesurant environ 7,5 cm dans ses différents axes et occupant la région temporopariétale droite. Cette lésion présente les caractéristiques de densité analogue au LCR. Elle engendre un refoulement des structures adjacentes et en particulier un net soulèvement de la vallée sylvienne droite. Déviation des structures médianes vers la gauche avec petit élargissement du ventricule controlatéral.

Le radiologue évoque un astrocytome kystique, un kyste porencéphalique, un kyste arachnoïdien, un kyste neuroglial ou encore un kyste épidermoïde. Cependant, une origine infectieuse comme le kyste hydatique cérébral lui paraît l'hypothèse la plus plausible face à une énorme lésion à contour régulier, homogène sans prise de contraste, alors qu'un abcès cérébral semble peu probable au vu de l'absence d'œdème périlésionnel. Des sérologies pour l'*Echinococcus granulosus* et *multilocularis* et

Entamoeba histolytica sont dès lors prélevées. Une radiographie du thorax et une échographie abdominale, à la recherche d'autres localisations kystiques, se révèlent négatives. La résonance magnétique décrit une formation expansive extracérébrale unique temporo-pariétale droite, isosignale au LCR sur toutes les séquences, renforçant l'hypothèse du kyste hydatique (figure 2 A).

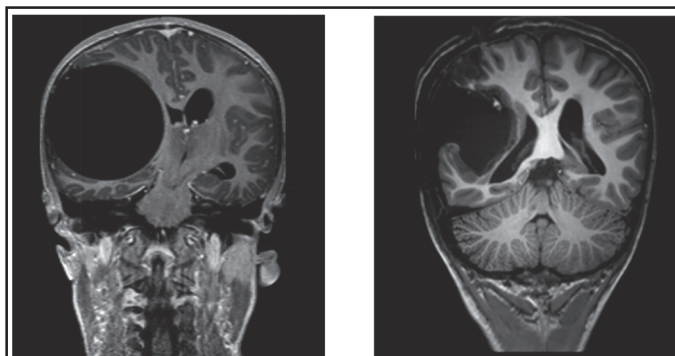


Figure 2 : Imagerie par résonance magnétique du volumineux kyste hydatique temporopariétal droit en préopératoire (A) et en postopératoire (B).

L'équipe de neurochirurgie procède à l'exérèse du kyste par la technique de d'Arana-Iniguez qui consiste à privilégier l'expulsion du kyste sans rupture à l'aide d'une solution saline (figure 3 A et B).

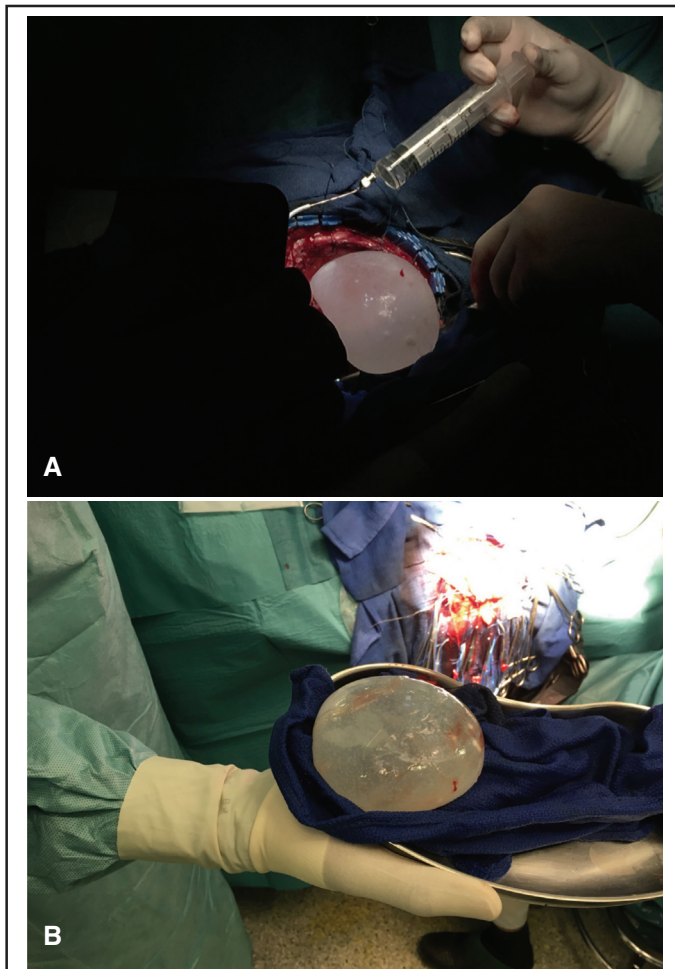


Figure 3 : (A) Expulsion du kyste par l'injection de solution saline entre le parenchyme cérébral et la paroi du kyste ; (B) Kyste cérébral extrait du patient.

Les sérologies pour l'échinocoque sont négatives, néanmoins la présence de crochets d'*Echinococcus granulosus* lors de l'examen macroscopique anatomopathologique du kyste confirme avec certitude l'hydatidose cérébrale à *Echinococcus granulosus*.

Le patient récupère sa vision entièrement et sort de cette épreuve sans séquelle. Un suivi neurologique et sur le plan infectieux est organisé (figure 2 B).

DISCUSSION

Le kyste hydatique est une infection parasitaire transmise par un plathelminthe de la classe des cestodes. D'un point de vue médical et sur le plan de la santé publique, les deux formes principales chez l'homme sont l'échinococcose cystique transmise par le genre *granulosus* et l'échinococcose alvéolaire transmise par le genre *multilocaris*.

L'échinocoque est le cestode le plus répandu au Moyen-Orient, surtout dans les zones rurales et dans les familles de bergers. Dans les régions endémiques comme en Iran, un pays limitrophe de la Syrie, la séroprévalence de l'échinococcose dépasse 10 % et il est responsable de nombreux décès¹.

Le cycle classique de l'échinococcose cystique est habituellement entre un hôte définitif, le chien et un hôte intermédiaire, le mouton. Le chien possède le stade mature du parasite dans son intestin et libère une multitude d'œufs par ses selles. Le mouton s'infecte en ingérant les œufs du parasite. Le stade larvaire du parasite va se loger dans un organe de l'hôte intermédiaire et produire un kyste hydatique. Le chien se contamine lorsqu'il consomme des viscères d'hôtes intermédiaires abritant le parasite².

L'homme est un hôte accidentel. Il se contamine par l'ingestion d'embryophores siégeant sur le pelage des canidés ou de façon indirecte à partir d'aliments ou de sols souillés par des selles de canidé infesté. Le parasite traverse le tube digestif, se dirige vers le foie via le système porte et entraîne le développement d'un ou de plusieurs kystes hydatiques².

Les kystes sont principalement localisés au niveau du foie et des poumons, premier filtre de l'échinococcose, mais ils peuvent atteindre n'importe quel organe. Sa symptomatologie dépend de sa localisation et de son évolution (compression, rupture, surinfection)^{3,4}. Dans le cas de notre patient, l'hypothèse est que le kyste entraînerait une paralysie faciale intermittente suite à par exemple, une déshydratation légère ou un décubitus prolongé.

Sa localisation cérébrale représente 1 à 2 % et est plus fréquemment présent chez les enfants ou jeunes adultes⁵.

L'aspect pathognomonique de l'image tomodensitométrique suffit souvent au diagnostic, mais

l'imagerie par résonance magnétique établit avec précision sa localisation, sa taille ainsi que le nombre de kystes et permet une planification chirurgicale optimale ou un simple suivi. Les sérologies peuvent être utiles, mais une sérologie négative n'exclut pas un kyste hydatique, car celui-ci est souvent immunologiquement séquestré. De même qu'une sérologie positive n'est pas à l'abri de réactions croisées avec d'autres cestodes larvaires³.

Le traitement est essentiellement chirurgical, mais une technique de ponction aspiration, un traitement médical par Albendazole avec ou sans Praziquantel peut être envisagé lorsque l'exérèse chirurgicale s'avère trop risquée ou que le kyste a un diamètre inférieur à 5 cm. Une attitude attentiste est proposée dans le cas où le kyste semble entièrement calcifié^{4,6,7}. Le but de la chirurgie est l'exérèse du kyste dans sa totalité sans rupture pour prévenir la récurrence et surtout la réaction anaphylactique qui est mortelle. Il est conseillé d'utiliser un antihelminthique comme l'Albendazole en pré- et postopératoire pour éviter les récurrences. Le bénéfice et la sécurité de l'association avec un autre anti helminthique comme le praziquantel semble intéressant, mais des études cliniques supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces observations^{3,6,7}.

CONCLUSION

L'intérêt de cette histoire clinique est double. Premièrement, il porte sur une pathologie inhabituelle en Belgique qui nécessite une prise en charge urgente et optimale car l'impact sur la qualité de vie de l'individu est majeur. Deuxièmement, il met en exergue l'importance d'adapter son raisonnement médical en fonction de l'origine et l'environnement du patient. Dans une moindre mesure, ce cas clinique relève qu'un phénomène de société comme la crise des réfugiés peut entraîner des défis de santé publique. Elle modifie le spectre et la récurrence des pathologies rencontrées dans notre profession. On peut aussi craindre l'importation de maladie comme la malaria ou la tuberculose. Suite à l'interruption des schémas vaccinaux dans leur pays d'origine, il est possible d'être de nouveau confronté à des épidémies de rougeole ou même des cas de poliomyélite. De plus, la promiscuité, la surpopulation et les conditions sanitaires précaires des camps de réfugiés peuvent favoriser la propagation de pathologies comme la gale, l'hépatite A, voire encore de méningite^{8,9}.

En conclusion, ce cas clinique suscite une réflexion sur le diagnostic, la prévention et l'accès aux soins. Il est important d'adapter la prise en charge des réfugiés en fonction des conditions sanitaires du pays d'origine et de leur contexte social.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hotez PJ, Savioli L, Fenwick A. Neglected tropical diseases of the Middle East and North Africa: review of their prevalence, distribution, and opportunities for control. PLoS Negl Trop Dis. 2012;6(2):e1475.
2. WHO/OIE. (Consulté le 02/11/17). Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: A Public Health Problem of Global Concern. 2002. [Internet]. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42427/929044522X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Agudelo Higueta NI, Brunetti E, McCloskey C. Cystic Echinococcosis. J Clin Microbiol. 2016;54(3):518-23.
4. Rinaldi F, De Silvestri A, Tamarozzi F, Cattaneo F, Lissandrin R, Brunetti E. Medical treatment versus " Watch and Wait " in the clinical management of CE3b echinococcal cysts of the liver. BMC Infect Dis. 2014;14:492.
5. Binesh F, Mehrabian M, Navabii H. Primary brain hydatosis. BMJ Case Rep. 2011; pii: bcr0620103099.
6. Alvela-Suárez L, Velasco-Tirado V, Belhassen-Garcia M, Novo-Veleiro I, Pardo-Lledías J, Romero-Alegría A et al. Safety of the combined use of praziquantel and albendazole in the treatment of human hydatid disease. Am J Trop Med Hyg. 2014;90(5):819-22.
7. Nazligul Y, Kucukazman M, Akbulut S. Role of chemotherapeutic agents in the management of cystic echinococcosis. Int Surg. 2015;100(1):112-4.
8. Kupferschmidt K. INFECTIOUS DISEASES. Refugee crisis brings new health challenges. Science. 2016;352(6284):391-2.
9. Catchpole M, Coulombier D. Refugee crisis demands European Union-wide surveillance! Euro Surveill. 2015;20(45):1-2.

Correspondance :

M. KALISA RUZINDAZA
Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)
Service de Pédiatrie
Avenue Crocq, 15
1020 Bruxelles
E-mail : martial.kr@gmail.com

Travail reçu le 20 juin 2017 ; accepté dans sa version définitive le 31 janvier 2018.

Programme et cours-conférences du Collège Belgique

Les cours-conférences du Collège Belgique ont eu lieu

Les mercredis **19 et 26 septembre** et **10 octobre 2018** à Bruxelles :

- De la dialyse à l'assistance cardio-respiratoire: limites et défis du support extracorporel des organes (J.-L.Vincent, Membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique)
- Soins de santé et recherche clinique : quel pouvoir de décision de la personne ? (G. Schamps, J.-M. Maloteaux et C. Tomberg)
- Une approche neuroscientifique de l'obéissance et du sens de l'agentivité (A. Cleeremans et E. Caspar)

Le jeudi **11 octobre 2018** à Charleroi :

- Les droits du patient: de l'autonomie de la personne à la protection de l'être vulnérable (G. Schamps et J.-M. Maloteaux)

Pour (re)voir ou (ré)écouter les cours-conférences du Collège Belgique : www.lacademie.tv

Informations et inscription aux cours-conférences du Collège Belgique :

www.academieroyale.be/collegebelgique