

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUSSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2014

THESE N°: 108

**KYSTE EPIDERMOIDE GEANT
DE LA FOSSE ISCHIORECTALE
(A PROPOS D'UN CAS)**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Ahmed EL HABACH

Né le 27 Janvier 1987 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Kyste épidermoïde géant – Fosse ischiorectale – Lésion bénigne.

JURY

Mr. A. BENCHEKROUN BELABBES

Professeur de Chirurgie Générale

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

Mme. I. NASSAR

Professeur Agrégé de Radiologie

Mr. A. JAHIDE

Professeur Agrégé d'Anatomie Pathologique

Mr. M. AIT OURHROUI

Professeur Agrégé de Dermatologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة الآية: 31

صِدْقَ اللَّهِ الْعَظِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima Cardiologie
Pr. BENSALID Younes Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa Neurologie



Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie



Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUAZZANI Taibi Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JEL THI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale



Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. MANSOURI Aziz*
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie
Urologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid*
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie



Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BELMEKKI Mohammed
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BENYOUSSEF Khalil
Pr. BERRADA Rachid
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*

Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale



Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. GOURINDA Hassan
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURLARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL BARNOUSSI Leila
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HADDOUR Leila
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. ISMAEL Farid
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie



Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJLAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Noureddine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila

Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophthalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophthalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie

(mise en disposition)



Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*

Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL



Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL BEKKALI Youssef*
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Moncef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr Zoubir Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Parasitologie
 Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Anesthésier réanimation
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine inteme
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale



Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMAHZOUNE Brahim*
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. AZENDOUR Hicham*
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed*
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna*
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KADI Said*
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADÉ Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha*
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*
Pr. ZOUHAIR Said*

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Traumatologie orthopédique
Pédiatrie
Microbiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie
Microbiologie

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique



Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SA YEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELA YACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjoub
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-ENTÉROLOGIE
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation



Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHANIMI Zineb
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

****Enseignants Militaires***



2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 13/02/2014 par le
Service des Ressources Humaines*





Dédicace

*A mon très cher père, Mohamed SALEM EL
HABACH*

*Tu m'as appris que rien n'est impossible, les obstacles c'est nous qui
les créent,*

Tu m'as appris que la patience est la seule clé de réussite

*Tu m'as appris que si je ne vais pas être un élément bénéfique pour
ma société ce n'est même pas la peine de vivre.*

Tout l'amour et le respect du monde envers toi.

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le
dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous.*

*Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon
éducation et mon bien être.*

*Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon
éducation et ma formation.*

A ma très chère mère, Zahra BENABDELLAH
exemple

de sacrifice et de générosité

A la personne qui m'a tout donné sans compter.

A la personne qui m'a soutenu durant toutes ces années

*Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour,
le dévouement et le respect que je porte pour toi.*

Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

*Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus
cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.*

*Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de ma
vie et de mes études.*

*J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de
ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.*

*Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue
vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que
je te dois.*

A mon très cher frère oussama El Habach

*En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et
les plus agréables moments.*

*Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent,
Ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour.*

Je te souhaite la réussite dans ta vie et dans tes projets

Que dieu te procure le bonheur que tu mérites

A ma très chère sœur Salma El Habach, son mari

Zouhira BENDOUROU et mon neveu Jad

Bendourou

*Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments
d'amour et de tendresse envers vous.*

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

*Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur
qu'il faut pour vous combler.*

*A la mémoire de mes Grand-parents, El Habach et
BENABDELLAH*

*Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur
ensemble et de vous exprimer tout mon respect.*

*Puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde
et vous accueillir dans son saint paradis.*

A ma très chère fiancée Asmae

*Merci d'être toujours à mes côtés, par ta présence, par ton amour et
ta tendresse, pour donner du goût et du sens à ma vie.*

*Tu as toujours été à mes cotés dans les moments les plus
difficile.*

*En témoignage de mon amour, de mon admiration et de ma grande
affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime
et mon sincère attachement.*

*Que Dieu nous exauce tous nos vœux et nous préservera
un avenir plein de bonheur et d'affection*

A ma belle famille

*Merci pour vos encouragements, veuillez trouver dans ce travail
l'expression de mon respect le plus sincère.*

A mes très chers amis Tarik Rifay et Taha El jirari

Merci d'avoir été les meilleurs des amis durant toutes ces années.

*Vous avez rayonné merveilleusement dans ma vie et vous le
resterez à jamais.*

Je vous dédie ce travail, et vous souhaite beaucoup de bonheur.

A mes amis;

*Mehdi ; Saad ; Youssef ; Yasser ; Ilyas ; Rim ; Lamiae ; oussama ;
Omar ; Hassan ; Amine ; Khalil ; Ibtissam*

*Et tous les chers amis que je n'ai pas cités, je vous dédie ce modeste
travail en témoignage des profonds sentiments amicaux que nous avons
partagé.*



Remerciement

A

Mon maitre, Président et Rapporteur de thèse

Professeur Abdellatif BENCHEKROUN

BELABBES

Vous m'avez honoré par votre confiance en me confiant cet excellent sujet de travail.

Malgré vos intenses préoccupations et vos divers engagements, vous m'avez toujours accueilli avec bienveillance et disponibilité. Vous avez accepté de diriger ce travail. Votre écoute, vos conseils et vos remarques m'ont permis de mener à bien cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre aide, votre soutien tout au long de cette expérience.

A

Mon maitre et Jury de thèse

Professeur Nassar ITTIMADE

Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie m'ont profondément marqué et me servent d'exemple.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de l'honneur que vous me portez en acceptant d'être notre juge.

Veillez trouver ici, chère Maitre, l'expression de mes vifs remerciements.

A

Mon maitre et Jury de thèse

Professeur Ahmed JAHID

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger parmi les membres du jury.

Je vous exprime ici ma gratitude et mon profond respect.

Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde admiration pour l'ensemble de vos qualités.

A

Mon maitre et Jury de thèse

Professeur Mohamed AITOURHROUI

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de participer à mon jury de thèse Veuillez trouver ici, cher Maitre, l'expression de mes vifs remerciements et de mon estime.

LA LISTE DES FIGURES

Figure 1 : une image de la masse située au niveau du quadrant inféro externe de la fesse gauche.

Figure 2 : TDM abdominopelvienne en coupe transversale mettant en évidence la tumeur retrorectale

Figure 3 : TDM abdominopelvienne en coupe transversale mettant en évidence la tumeur retrorectale qui s'étend vers les parties molles de la cuisse homolatérale.

Figure 4 : Aspect macroscopique de la pièce opératoire.

Figure 5: Aspect microscopique de la pièce opératoire

Figure 6 : une image montrant les suites opératoires.

Figure 7 : une image montrant les suites opératoires après deux ans de la résection de la masse

Figure 8 : vue schématique de la peau et ses annexes

Figure 9 : l'appareil pilosébacé

Figure 10 : cycle de croissance des follicules pileux

Figure 11 : Les microkystes de l'acné

Figure 12 : les grains de millium.

Figure 13 : kyste éruptif à duvet facial.

Figure 14 : kyste du scrotum.

Figure 15 : kyste vulvaire.

Figure 16 : un grand kyste épidermoïde de la face postérieure du cou.

Figure 17 : Masse des quadrants interne du sein droit.

Figure 18 : kyste épidermoïde de la région palmaire

Figure 19 : TDM pelvienne : la masse occupe tout le pelvis et refoule les organes de voisinage.

Figure 20 : lésion bien limitée, intra testiculaire avec un centre hyperéchogène et une partie intermédiaire qui présente une alternance de couches hypo- et hyperéchogènes lui conférant un aspect en bulbe d'oignon.

LA LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : les cas rapportés par les séries de la littérature.

Tableau 2 : La prédominance de l'atteinte féminine :

Tableau 3 : Tumeurs pré sacrés bénignes



Sommaire

Introduction	1
Observation.....	5
Rappels	12
I. Rappel embryologique :	13
1. L'épiderme :	13
2. Le derme :	14
3. Les annexes :	15
II. Rappel anatomique :	15
A. La peau :	15
1. STRUCTURE DE LA PEAU:	16
a) L'épiderme :	16
Les kératinocytes :	16
Les mélanocytes :	17
Les cellules de Langerhans :	17
Les cellules de Merckel :	17
b) Le derme :	17
c) L'hypoderme :	18
2. LES ANNEXES DE LA PEAU :	19
a) Follicule pileux et poil :	21
b) Les glandes sébacées :	22
c) Les glandes sudorales :	23
B. La fosse ischiorectale :	24
Les différents types et localisations des kystes épidermoïdes.....	25
I. Les kystes épidermoïdes cutanés :	26
A. Les microkystes de l'acné :	26
B. Les grains de milium :	27
C. Les kystes éruptifs à duvet (eruptive vellus hair cysts) :	27
D. Les kystes scrotaux ou vulvaires :	28
E. Les grands kystes épidermoïdes :	29
II. Les différentes localisations :	30

1. Kyste épidermoïde de la grande citerne et du quatrième ventricule :	30
2. Kyste épidermoïde mammaire géant :	31
3. Kyste épidermoïde géant de la région palmaire	32
4. Kyste épidermoïde pelvien géant:	33
5. Kyste épidermoïde testiculaire :	34
6. Kyste épidermoïde géant de la fosse ischiorectale :	36
Discussion.....	37
I. Epidémiologie :	38
A. Fréquence.....	38
B. ÂGE ET SEXE :	39
C. ETHNIE :	40
II. ETIOPATHOGENIE :	40
III. ANATOMO-PATHOLOGIE :	41
A. MACROSCOPIE :	41
B. MICROSCOPIE :	41
1. Paroi du kyste :	41
2. Contenu du kyste :	42
IV. DIAGNOSTIC POSITIF :	42
A. Diagnostic clinique :	42
1. Circonstances de découvertes :	42
2. L'examen physique :	43
a) L'examen clinique :	43
b) Le toucher rectale :	44
B. Diagnostic paraclinique :	44
1. L'imagerie :	44
a) Abdomen sans préparation (ASP) :	44
b) Fistulographie :	45
c) Anuscopie et rectoscopie :	45
d) Echographie abdominopelvienne et endorectale :	45
e) Tomodensitométrie abdominopelvienne :	46

f) Imagerie par résonance magnétique (IRM) :.....	47
2. Histologie :	47
a) place de la biopsie tumorale :.....	47
b) Indications de la biopsie préopératoire	48
3. Biologie	48
V. Diagnostic différentiel :.....	49
A. Les kystes dermoïdes :	49
B. Les kystes entériques :.....	50
1. L'hamartome kystique (tailgut cyst) :	50
2. La duplication rectale :	51
C. Méningocèle sacrée antérieure :	51
VI. TRAITEMENT :	51
A. Chirurgical :	51
B. Les voies d'abord :.....	52
VII. EVOLUTION :	53
A. Evolution spontanée :.....	53
1. La surinfection :	53
2. L'hémorragie intra kystique :.....	53
3. La dégénérescence :.....	53
4. Complications mécaniques :.....	53
VIII. Pronostic :.....	54
Conclusion :	55
Résumé :	57
Bibliographie	61



Introduction

Les kystes épidermiques sont des tumeurs bénignes, congénitales, rares, développées à partir des inclusions ectodermiques [1]. Ils sont généralement de petite taille et à croissance lente et atteignent rarement 5 cm de diamètre [2].

Le terme épidermique est réservé aux localisations superficielles sous cutanées, on distingue trois types de kystes épidermiques [3] :

- Kyste d'origine infundibulaire, ce sont les kystes épidermoïdes.
- Kyste de la portion isthmique ou kystes tricholemmaux.
- Kyste des glandes sébacées ou kystes sébacés.

Les kystes épidermoïdes sont des kystes cutanées assez fréquents, apparaissant généralement dans les régions pileuses et qui siègent préférentiellement au niveau du cuir chevelu, du front, de la nuque, du tronc et du sacrum [4].

Ces derniers se présentent sous forme de cinq aspects cliniques différents ayant en commun la structure épidermoïde de leur paroi qui est un épithélium pavimenteux stratifié de même nature que l'épiderme, pourvue d'une couche granuleuse, et produisant une kératine feuilletée remplissant la cavité du kyste.

Ces cinq variétés sont les suivantes :

- Les microkystes de l'acné
- Les grains de milium
- Les kystes éruptifs à duvet
- Les kystes scrotaux ou vulvaires
- Les grands kystes épidermoïdes

Les kystes épidermoïdes peuvent avoir des localisations très variables. Certaines, exceptionnelles ont été rapportées : le pénis [5], la rate [6], le pelvis [2], ainsi que la région retrorectale.

Dans notre étude nous allons nous intéresser au kyste épidermoïde géant de la région retrorectale, plus précisément au niveau de la fosse ischiorectale et ce à travers une observation colligé au service d'Urgence Porte de l'hôpital IBN SINA de Rabat.

Les tumeurs kystiques retrorectales de l'adulte sont rares avec une incidence globale de 1/40 000 [7]. Les deux-tiers de ces tumeurs kystiques sont congénitaux dont 60% sont des kystes vésigiaux [8].

Les kystes vésigiaux de l'espace retrorectale regroupent [9] :

- ❖ Les kystes épidermoïdes.
- ❖ Les kystes dermoïdes.
- ❖ Les kystes entéroïdes qui regroupent les kystes de l'intestin caudal (tailgut cysts) et les duplications rectales [10].

Le kyste épidermoïde géant de la fosse ischiorectale est une localisation rare, approximativement 1 sur 16 tumeurs retrorectales est un kyste épidermoïde [2].

Il est prédominant chez la femme avec un sexe ratio de 15 F/1 H, asymptomatique dans 50% des cas [11], la TDM et l'IRM sont indispensables à la confirmation diagnostic mais le diagnostic de certitude est très souvent porté que sur l'examen anatomopathologique [12].

Le traitement consiste à l'exérèse chirurgicale complète de la lésion, car en plus du risque de récurrence et de surinfection, la probabilité de dégénérescence maligne est non négligeable [13,14].

L'objectif de notre travail est :

- ❖ Rapporter la rareté des kystes épidermoïdes.
- ❖ Préciser les différents types et localisations des kystes épidermoïdes.
- ❖ Mettre la lumière sur les moyens diagnostics et thérapeutiques.
- ❖ Connaître l'évolution et le pronostic des kystes épidermoïdes



Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 23 ans, sans antécédents personnels ou familiaux particuliers, consultant pour une tuméfaction fluctuante de la fesse gauche ayant augmentée progressivement de volume sur une durée de 8 mois et entraînant une gêne fonctionnelle.

L'examen à l'admission trouve un patient en bon état général, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique, avec des conjonctives normalement colorées. Le reste de l'examen est sans particularité.

L'examen clinique avait trouvé une masse rénitente de la fesse gauche, mobile par rapport aux plans superficiel et profond, indolore, située au niveau du quadrant inféro externe de la fesse gauche et mesurant 18 cm de grand axe.

Il n'y avait pas de signe d'inflammation en regard, ni de signes urinaires ou rectaux. Le toucher rectal n'avait pas trouvé de fistule ou de fissure, les parois étaient libres et la masse non palpable à travers la paroi (figure1).



Figure1 : une image de la masse située au niveau du quadrant inféro externe de la fesse gauche.

Sur le plan biologique l'hémogramme, l'ionogramme sanguin, et la C-Réactive Protéine, étaient normaux. La sérologie du kyste hydatique était négative. Le dosage des marqueurs tumoraux n'a pas été réalisé.

La tomодensitométrie abdominopelvienne avait objectivé la présence en sous cutané d'une masse à paroi fine de densité liquidienne, homogène, sans cloison, ne se rehaussant pas après injection du produit de contraste, mesurant 16cm /12cm siégeant dans la fosse ischiorectale gauche et qui présentait des rapports intimes avec le rectum et s'étendait vers les parties molles de la cuisse homolatéral (**figure 2et 3**).



Figure 2 : TDM abdominopelvienne en coupe transversale mettant en évidence la tumeur retrorectale



Figure 3 : TDM abdominopelvienne en coupe transversale mettant en évidence la tumeur retrorectale qui s'étend vers les parties molles de la cuisse homolatérale.

Le patient avait été opéré en réalisant une incision cutanée en regard de la masse avec un décollement cutané-aponevrotique. L'exploration chirurgicale avait objectivé une volumineuse masse qui s'étendait jusqu'à la fosse ischiorectale mesurant 18 cm de grand axe. Une exérèse chirurgicale complète sans effraction de la capsule avait été réalisée avec la mise en place d'un Redon aspiratif au niveau de la loge où se trouvait la masse (**figure 4**).



Figure 4 : Aspect macroscopique de la pièce opératoire.

L'étude histologique de la pièce d'exérèse a montré qu'il s'agissait d'une structure kystique bordée par un revêtement malpighien stratifié kératinisé en faveur d'un **kyste épidermoïde (figure 5)**.

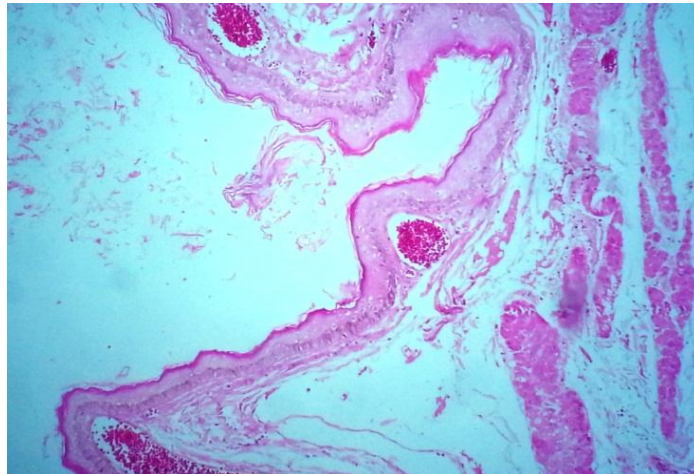


Figure 5: Aspect microscopique de la pièce opératoire

Les suites opératoires étaient simples. Aucun traitement adjuvant n'a été indiqué (figure 6).



Figure 6: une image montrant les suites opératoires.

Le patient a été revu régulièrement en consultation avec actuellement un recul de 2 ans. Il n'y a pas eu de récurrence ni au niveau de la région ischio-rectale ni ailleurs.



Figure 7 : une image montrant les suites opératoires après deux ans de la résection de la masse



I. Rappel embryologique :

La peau a une origine double mésoblastique et ectoblastique. A la fin de la gastrulation, on distingue trois feuillets :

- ❖ le neuroectoblaste superficiel
- ❖ le mésoblaste intermédiaire
- ❖ l'entoblaste ou feuillet profond.

Au moment de la formation du tube neural les cellules s'isolent de chaque bord de la plaque neurale pour former les crêtes neurales ; celle-ci sans connexion avec l'ectoblaste se métamérisent en segment aussi nombreux que les somites et ces derniers se forment au dépend de la plaque interne du mésoblaste.

Des crêtes neurales dérivent entre autre des neurones des ganglions rachidiens et du système nerveux orthosympathique, les cellules paraganglionnaires, les cellules de Schwann des nerfs périphériques, les mélanocytes, les cellules de système neuroendocrine et les cellules mésenchymateuses du derme céphalique ont également une origine neuroblastique contrairement à celles du derme du reste du corps.

A la fin de la neurulation l'ectoblaste ou l'ectoderme séparé du tube et de crêtes neurales donne naissance à l'épiderme, le derme et l'hypoderme sont issus des plaques cutanées ou dermatomes qui se forment dès la quatrième semaine à partir de la paroi externe des somites.

La différenciation des différents éléments de la peau se fait comme suit:

1. L'épiderme :

L'ectoblaste primitif est une couche monostratifiée de cellules cubiques. Au début de deuxième mois il se bistratifie par formation d'une seconde couche

de cellule épithéliale polyédrique aplatis constituant le péri-derme, Ceci est exfolié puis remplacé dès le quatrième mois par un épithélium malpighien kératinisant ; à la fin du cinquième mois la stratification définitive de l'épiderme est acquise.

Le diagnostic anténatal des troubles de kératinisation par biopsie de peau foetale est donc possible dans les délais légaux, sur le plus ultra structural et immunohistochimie, les desmosomes et les tight junction apparaissent dès le premier mois, les tonofilaments deuxième mois, les hémidesmosomes, des kératinocytes basaux et les fibres d'ancrage au troisième mois, à ce stade de l'embryogenèse les antigènes de la membrane basale (lamine antigène de la pémphigoïde, collagène type 4) sont déjà exprimés tous comme les principaux antigènes de cell coat des kératinocytes. Le diagnostic anténatal des épidermolyse bulleuse par la microscopie électronique et l'immuno marquage est donc aussi possible à un stade précoce.

Les mélanocytes sont présents dans l'épiderme dès le deuxième mois mais ne deviennent identifiables qu'à partir du troisième mois lors de l'apparition des premières prémélanosomes DOPA. Les mélanosomes apparaissent au quatrième mois et les premières images de pigmentation kératinocytaire au sixième mois de la vie fœtale. Les cellules de Merkel apparaissent au quatrième mois, les cellules de Langerhans sont beaucoup plus précoces et sont présents avant la migration des mélanoblastes des crêtes neurales.

2. Le derme :

Acquiert sa différenciation en tissus conjonctif contenant des fibres élastiques et collagènes au cours du troisième et quatrième mois, il se forme à partir des plaques cutanées des somites du mésoblaste.

3. Les annexes :

Les poils apparaissent au cours du troisième mois et se forment à partir des bourgeons épithéliaux primaires qui donnent naissance aux glandes sébacées (quatrième mois) et apocrines (sixième mois). Les premiers poils sont lanugineux et les tiges pilaires n'auront leur morphologie définitive qu'après le defluvium postnatal du lanugo foetal.

Les ongles suivent à peu près la même évolution que les poils, et leurs malformations sont souvent concomitantes et associées à d'autres anomalies congénitales ectoblastiques (exemple des dysplasies ectodermique anidrotique avec hypo trichose ou atrichie, hypo-ou anodontie et hyponychie).

Les glandes sudorales eccrines apparaissent au quatrième mois à partir de bourgeons épidermique différents des bourgeons pilosébacées et apocrines d'abord dans les régions palmo-plantaires et plus tardivement ailleurs.

II. Rappel anatomique :

A. La peau :

La peau est l'organe le plus étendu de l'organisme. C'est aussi l'organe le plus exposé à l'environnement extérieur, et par conséquent, aux traumatismes de toutes sortes.

Chez un homme de 75 kg, la peau représente une surface de 1,8 m² pour un poids de 2 kg.

La peau est composée par différents tissus juxtaposés, ce qui lui confère son fort potentiel de régénération et de cicatrisation.

De la superficie à la profondeur, on distingue :

- ❖ l'épiderme et ses annexes,
- ❖ le derme,
- ❖ l'hypoderme.

1. **STRUCTURE DE LA PEAU: (fig 8)**

a) **L'épiderme :**

L'épiderme représente la partie la plus superficielle de la peau. C'est une couche continue d'un épithélium malpighien kératinisé, dont l'épaisseur varie entre 0,04 mm au niveau des paupières et des organes génitaux externes, et 1,5 mm au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Sa fonction essentielle est représentée par la formation de la couche cornée, stade ultime de la différenciation cellulaire, permettant la réalisation d'une barrière efficace entre l'organisme et le milieu extérieur.

On distingue plusieurs types de cellules entrant dans la composition de l'épiderme :

❖ **Les kératinocytes :**

Les kératinocytes, cellules composant à plus de 95% l'épiderme, sont organisés selon différents niveaux de différenciation, correspondant chacun à une couche particulière.

De la profondeur à la superficie de l'épiderme, on distingue:

- Le stratum germinativum, ou couche des cellules basales. Elle est composée de cellules germinatives formant une couche mono-cellulaire à disposition palissadique.
- Le stratum spinosum, ou corps muqueux de Malpighi, est composé de 3 ou 4 couches d'éléments polyédriques qui a tendance à s'allonger horizontalement vers les couches superficielles.

- Le stratum granulosum, qui correspond à 3 couches de cellules granuleuses aplaties et fusiformes, situées immédiatement sous la couche cornée.
- Le stratum corneum, ou couche cornée. Elle est composée de cellules mortes, superposées, hexagonales et allongées, régulièrement ordonnées, anuclées et complètement kératinisées.

❖ **Les mélanocytes :**

Les mélanocytes sont situés dans la couche basale de l'épiderme, intercalés entre les kératinocytes. L'unité mélanocytaire est un système réticulé formant un réseau, des dendrites distribuant la mélanine au niveau des pôles apicaux des kératinocytes, et servant de système d'échange entre les autres mélanocytes.

❖ **Les cellules de Langerhans :**

Ce sont des macrophages du système immunitaire, localisés dans l'épaisseur du corps muqueux de Malpighi. Ils se déplacent à l'intérieur de l'épiderme, et ont un rôle dans le système immunitaire cutané (hypersensibilité de contact). Ils représentent 3 à 5% des cellules de l'épiderme.

❖ **Les cellules de Merkel :**

Elles sont situées dans la couche basale de l'épiderme et dans la gaine pileuse externe de certains follicules pileux. Elles sont également présentes au niveau des muqueuses labiales, gingivales et palatines. Elles sont étroitement associées à une terminaison nerveuse amyélinique. Ce complexe jouerait un rôle de mécanorécepteur.

b) Le derme :

Le derme représente la structure de soutien, de vascularisation et d'innervation de l'épiderme. Il est composé de fibroblastes, séparées les unes

des autres par un tissu conjonctif, composé par différents types de macromolécules. Les fibroblastes sont des cellules différenciées dans la synthèse de la matrice extracellulaire, ou tissu conjonctif. Cette matrice extracellulaire est composée de fibres de collagène, d'élastine, de glycoprotéoglycanes, et de glycoprotéines de structure (fibronectines et laminine). L'épaisseur du derme varie de 1 à 4 mm selon les localisations.

On distingue 2 zones au niveau du derme :

- Le **derme papillaire** ou superficiel
- Le **derme réticulaire** ou profond

c) **L'hypoderme :**

Il sépare le derme des tissus sous-jacents. Il est constitué de cloisons formées de collagène et d'élastine, qui délimitent des lobules remplis d'adipocytes. Il est parcouru par des vaisseaux plus volumineux que ceux du derme, localisés dans des septae. Il contient le tissu adipeux ou tissu cellulaire sous-cutané, des glandes sudorales et les racines des follicules pileux.

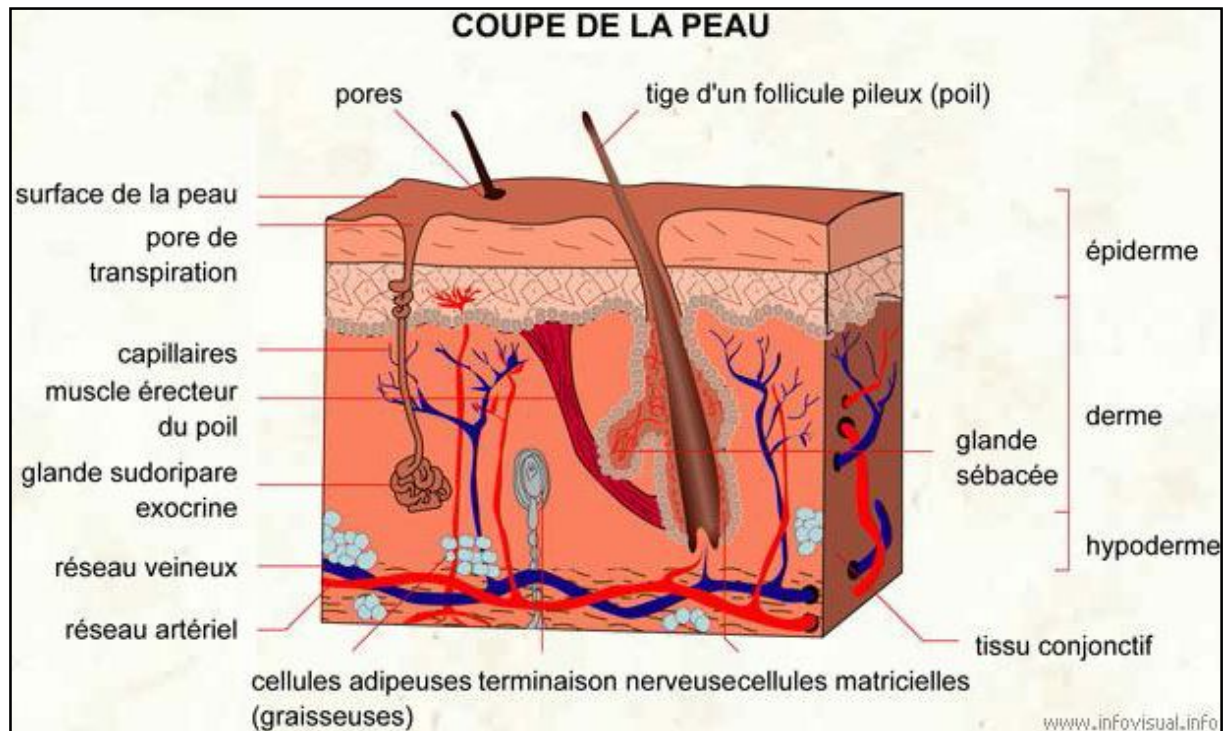


Figure 8 : vue schématique de la peau et ses annexes

2. LES ANNEXES DE LA PEAU : (figure 9)

Il s'agit des poils, des glandes sébacées et des glandes sudorales. Ces éléments sont d'origine ectoblastique, mais logés en grande partie dans le derme et l'hypoderme.

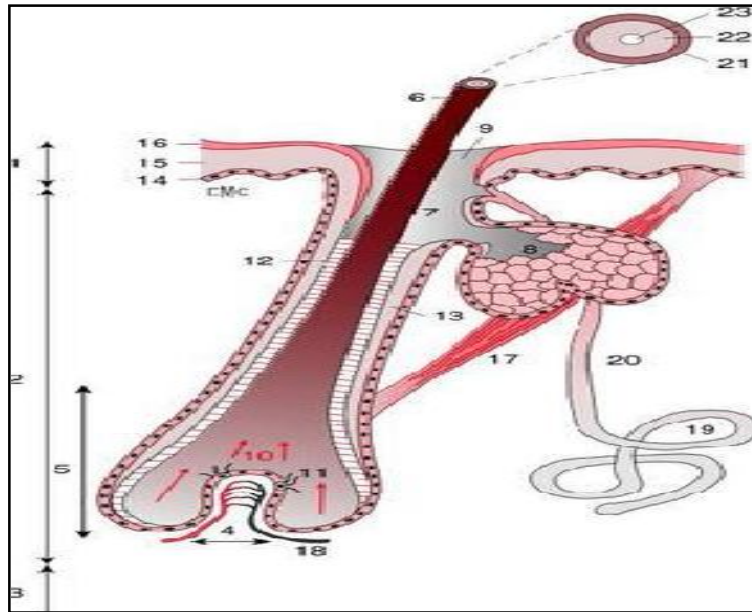


Figure 9 : l'appareil pilosébacé

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1.Épiderme | 12. Gaine épithéliale interne |
| 2. Derme | 13. Gaine épithéliale externe |
| 3. Hypoderme | 14. Couche germinative |
| 4. Papille | 15. Couche de Malpighi |
| 5. Bulbe pileaire | 16. Couche cornée |
| 6. Tige du poil | 17. Muscle érecteur du poil |
| 7. Infundibulum pileaire | 18. Vaisseaux sanguins |
| 8. Glande sébacée | 19. Portion sécrétrice |
| 9. Orifice pilosébacé | 20. Glande sudoripare apocrine |
| 10. Matrice du poil | 21. Cuticule |
| 11. Mélanocytes de la racine | 22. Cortex |
| 23. Médullaire. | |

a) **Follicule pileux et poil :**

Chez les homéothermes, la fonction principale des poils est la régulation thermique. Les autres fonctions sont représentées par la protection contre les éléments extérieurs, la dissémination des phéromones, et la participation aux caractères sexuels secondaires.

Le follicule pileux se développe grâce à une interaction entre le derme et l'épiderme.

Il est constitué de 3 parties principales:

❖ Le **bulbe**, partie renflée, la plus profonde, comprend la matrice pileuse creusée par la papille ovoïde, faite d'un tissu conjonctif richement vascularisé. Il est constitué d'une partie profonde où se font les mitoses, d'une partie intermédiaire contenant de nombreux mélanocytes, et d'une partie superficielle où débute la kératinisation. Le bulbe se termine au niveau de l'insertion du muscle érecteur du poil.

❖ L'**isthme**, partie comprise entre l'insertion du muscle pilo-érecteur, et l'abouchement de la glande sébacée annexée au poil. Il est constitué de plusieurs gaines ; la gaine folliculaire externe ou trichilemme, est faite de plusieurs assises de cellules claires, riches en glycogène. Elle est entourée par du tissu conjonctif très vascularisé, et séparée de la gaine par une membrane basale comparable à celle de l'épiderme.

❖ La partie superficielle ou **infundibulum pileux**, est la partie qui reste inchangée durant le cycle pileux, et qui prend le nom d'acrotichium dans sa traversée intra épidermique. Le follicule pileux s'ouvre à la surface de l'épiderme par l'ostium folliculaire.

Les follicules pileux suivent un cycle de croissance composé de 3 phases: **(figure 10)**

- ❖ La phase anagène : longue de plusieurs années, caractérisée par une activité kératogène,
- ❖ La phase catagène, durant quelques semaines.
- ❖ La phase télogène, durant quelques mois, caractérisée par la disparition des zones kératogènes.

Le muscle érecteur est un muscle lisse annexé au follicule pileux, tendu depuis le corps papillaire au poil sur lequel il s'insère du côté où le follicule fait un angle étroit avec l'épiderme.

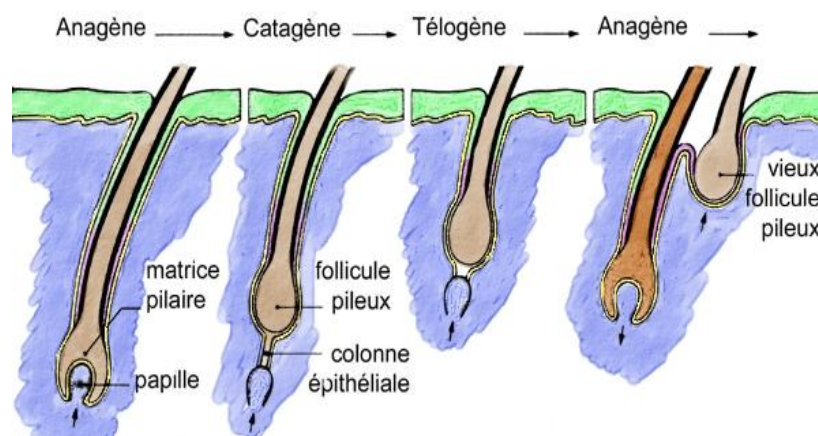


Figure 10 : cycle de croissance des follicules pileux

b) Les glandes sébacées :

Elles sont présentes sur toute la peau, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds. Elles sont en général annexées aux poils, et se développent surtout après la puberté. Elles peuvent être rencontrées comme des structures indépendantes au niveau de régions particulières de la peau :

La plaque aréolo-mamelonnaire, les petites lèvres, et la partie interne du prépuce. On les appelle alors « grains de Fordyce ».

Les glandes sébacées sont très nombreuses sur la face et le cuir chevelu, avec 400 à 900 glandes par mm². Il existe deux types particuliers de glandes sébacées, situées au niveau des paupières :

- ❖ La glande de Zeiss, située sur la lèvre antérieure du bord libre ciliaire,
- ❖ la glande de Meibomius, glande tarsienne, située sur la lèvre postérieure du bord libre ciliaire.

c) **Les glandes sudorales :**

Il en existe 2 types:

❖ **Glandes sudorales eccrines :**

Les glandes sudorales eccrines sont ubiquitaires à la surface de la peau, à l'exception du gland, de la partie interne du prépuce, du lit unguéal, et du vermillon des lèvres. Ces glandes sont plus abondantes au niveau des régions axillaires, palmaires et plantaires, où on en dénombre environ 600 par mm².

Les glandes eccrines sont des glandes exocrines, dont la partie sécrétrice, ou peloton sudoripare, est enchâssé dans le derme profond et l'hypoderme. La portion sécrétrice est constituée d'une simple assise de cellules, épithéliales et myoépithéliales. Il existe 2 types de cellules sécrétrices: claires ou foncées.

❖ **Glandes sudorales apocrines :**

Ces glandes sudorales sont annexées aux glandes sébacées et aux poils. Elles sont particulièrement abondantes au niveau des zones ano-génitopérinéales, inguinales, axillaires et mamelonnaires. Elles existent en petit

nombre sur le cuir chevelu, le visage, les faces antérieures et postérieures du tronc. Elles participent à la sécrétion de sueur et de phéromones.

B. La fosse ischiorectale :


L'espace présacré est situé entre le rectum et le mesorectum en avant et le sacrum en arrière.

➤ Les limites de l'espace retrorectale :

- En avant : le fascia retrorectal
- En arrière : le fascia présacré de Waldyer
- Latéralement : la paroi du pelvis tapissée par le fascia pariétal pélvien
- En bas : le muscle élévateur de l'anus

➤ Les éléments de l'espace retrorectale :

- Graisse
- Tissu mésenchymateux
- Plexus nerveux : branches nerveuses provenant des trous sacrés ou des plexus nerveux hypogastriques supérieurs.
- Vaisseaux rectaux supérieurs
- Lymphatique.



*Les différents types
et localisations des kystes
épidermoïdes*

Les kystes épidermoïdes se présentent sous différents aspects cliniques ayant en commun la structure épidermoïde de leur paroi qui est un épithélium pavimenteux stratifié de même nature que l'épiderme, pourvue d'une couche granuleuse, et produisant une kératine feuilletée remplissant la cavité du kyste.

I. Les kystes épidermoïdes cutanés :

Ce sont les kystes cutanés les plus fréquents, apparaissent généralement dans les régions pileuses et qui siègent préférentiellement au niveau du cuir chevelu, du front, de la nuque, du tronc et du sacrum.

A. Les microkystes de l'acné :

Ces lésions kystiques blanchâtres correspondent à des comédons fermés de taille supérieure à 1 mm de diamètre. Elles sont constituées surtout de squames kératinisées et de sébum. L'examen clinique les met en évidence en tendant la peau.

Ces kystes peuvent s'associer à des comédons ouverts "points noirs". Le préjudice esthétique est indéniable. Les kystes peuvent s'enflammer spontanément, ou sous l'effet de manipulations malencontreuses (figure 11).



Figure 11 : Les microkystes de l'acné

B. Les grains de milium :

Ce sont des petites éleveures blanches et ternes, très superficielles, de la peau que l'on peut facilement énucléer avec un vaccino-style ou une aiguille biseautée (figure 12).



Figure 12 : les grains de milium.

C. Les kystes éruptifs à duvet (eruptive vellus hair cysts) :

Ce sont des microkystes multiples, quelquefois inflammatoires, se formant à partir des follicules lanugineux du tronc survenant de façon éruptive chez les enfants et les adolescents et régressant spontanément vers l'âge adulte. Cette affection a quelquefois une incidence familiale avec une transmission autosomique dominante et ne serait qu'une expression de la sébocystomatose (figure 13)



Figure 13 : kyste éruptif à duvet facial.

D. Les kystes scrotaux ou vulvaires :

Ils sont généralement multiples, peuvent ainsi cribler la peau du scrotum ou des grandes lèvres, de masses rondes, lisses et rénitentes de 2 à 20 mm de diamètre (figure 14 et 15).

Le traitement en est chirurgical.



Figure 14 : kyste du scrotum.



Figure 15 : kyste vulvaire.

E. Les grands kystes épidermoïdes :

Ils siègent surtout dans les régions séborrhéiques du visage, dans les sillons rétro auriculaires et dans les lobes des oreilles, au cou et à la poitrine.

Ils sont un élément symptomatique essentiel de certaines formes d'acné et se constituent à partir de follicules sébacées. Ils ont une consistance pâteuse et prennent quelquefois le godet.

Une bonne inspection ou leur compression bidigitale permet la mise en évidence d'un minuscule orifice d'où l'on peut exprimer un filament du contenu blanc ou jaunâtre d'odeur butyrique rance caractéristique.

Ces kystes s'infectent et se rompt facilement. A froid, leur excision chirurgicale radicale est facile (figure 16).



Figure 16 : un grand kyste épidermoïde de la face postérieure du cou.

II. Les différentes localisations :

Les kystes épidermoïdes peuvent avoir des localisations très variables ; certaines exceptionnelles ont été rapportées :

1. Kyste épidermoïde de la grande citerne et du quatrième ventricule :

Les kystes épidermoïdes du quatrième ventricule et de la grande citerne constituent environ 1% de l'ensemble des tumeurs intracrâniennes primitives, les localisations classiques sont l'angle ponto cérébelleux (50%), la région sellaire, la fosse temporale [15], et ceux développés dans le quatrième ventricule représentent 16 % des cas ; le siège au niveau de la grande citerne reste plus rare.

Généralement, ils atteignent une taille considérable avant de produire des symptômes.

L'IRM en séquences conventionnelles (T1 et T2) montre classiquement une masse qui est respectivement de densité et de signal proches de ceux du liquide cébrospinal sans œdème péri lésionnel ni de prise de contraste, ainsi l'IRM en séquence flair, en imagerie de diffusion et en séquence écho gradient CSS 3D, permet une caractérisation aisée de la lésion [16].

Une exérèse la plus totale possible est recommandée.

La chirurgie reste la seule mesure thérapeutique disponible avec analyse histologique qui permet de confirmer le diagnostic.

L'évolution postopératoire des kystes épidermoïdes est habituellement simple.

2. Kyste épidermoïde mammaire géant : (figure 17)

Du fait de la rareté du kyste épidermoïde mammaire, ce diagnostic est rarement évoqué [17-18].

Lorsqu'il survient chez l'enfant, il constitue souvent un élément du syndrome de Gardner : syndrome à transmission autosomique dominant caractérisé par des polypes coliques, des ostéomes et des tumeurs des tissus, en particulier les tumeurs desmoïdes, les fibromes, les lipomes et surtout les kystes épidermiques d'inclusion [19]. Son étiopathogénie est incertaine [20-21].

L'association avec un carcinome, ainsi que la transformation en carcinome squameux est possible [22].

L'imagerie n'est pas évocatrice. La mammographie montre une masse arrondie, homogène, circonscrite, sans calcification, la peau en regard est sans anomalie. L'échographie montre une formation kystique, finement échogène et hyperéchogène.

Le traitement est essentiellement chirurgical avec analyse histologique qui permet de confirmer le diagnostic [23-24].



Figure 17: Masse des quadrants interne du sein droit.

3. Kyste épidermoïde géant de la région palmaire (figure 18)

Le développement des kystes épidermoïdes au niveau des régions non pileuses est rare, tels que la paume des mains. Dans la littérature on parle d'inclusion épidermique secondaire à un traumatisme ou une infection à HPV [25-26]

L'IRM montre une masse bien délimitée avec une zone de faible intensité en T1 et une zone de grande intensité en T2.

Le seul traitement est la résection chirurgicale complète de la masse avec un examen anatomopathologique pour confirmer le diagnostic de kyste épidermoïde.



Figure 18 : kyste épidermoïde de la région palmaire

4. Kyste épidermoïde pelvien géant: [17]

Du fait de la rareté du kyste épidermoïde pelvien, ce diagnostic est rarement évoqué, à notre connaissance deux observations ont été rapportées [2-17]. L'examen clinique, notamment les touchers pelviens, révèlent une masse kystique bien limitée.

La tomodensitométrie objective mieux les kystes épidermoïdes qui sont caractérisés par l'absence de densité liquidienne homogène, ce qui permet d'éliminer facilement les lipomes, les fibromes et les tumeurs desmoïdes qui posent des diagnostics différentiels avec le kyste épidermoïde (figure 19)

Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale complète de la masse.

L'étude histologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic de kyste épidermoïde.



Figure 19: TDM pelvienne : la masse occupe tout le pelvis et refoule les organes de voisinage.

5. Kyste épidermoïde testiculaire :

Le kyste épidermoïde du testicule est une lésion rare et bénigne, il représente 1 à 2 % des lésions testiculaires chez des patients majoritairement dans leur deuxième à quatrième décade.

La présentation clinique est indistincte des tumeurs à cellules germinales : la plupart des patients sont asymptomatiques.

L'échographie est l'examen de choix pour le diagnostic préopératoire des kystes épidermoïdes [27-28], l'aspect bien que non pathognomonique est très caractéristique : lésion bien limitée, intra testiculaire avec un testis adjacent normal, dont le centre est hyperéchogène et dont la partie intermédiaire présente une alternance de couches hypo- et hyperéchogènes lui conférant un aspect en bulbe d'oignon (**figure 20**).

L'IRM montre une lésion bien limitée par une capsule fibreuse de kératine compactée, en hypo signal T1 et hyper signal T2.

Lorsque les critères échographiques et de l'IRM sont en faveur d'un kyste épidermoïde, que les marqueurs tumoraux (AFP et BHCG) sont négatifs, et que la lésion mesure moins de 3 cm, une chirurgie conservatrice de type énucléation doit être discutée.

Au moindre doute ou aspect radiologique équivoque, l'attitude consensuelle chez un homme jeune reste l'orchidectomie [29]

L'anatomopathologie est le seul examen qui pose le diagnostic de certitude de kyste épidermoïde.

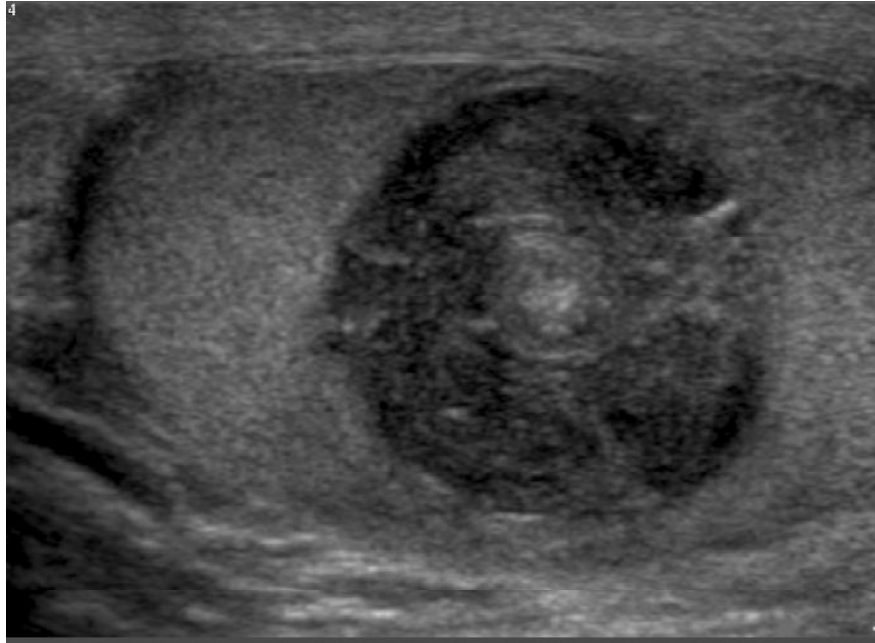


Figure 20 : lésion bien limitée, intra testiculaire avec un centre hyperéchogène et une partie intermédiaire qui présente une alternance de couches hypo- et hyperéchogènes lui conférant un aspect en bulbe d'oignon.

6. Kyste épidermoïde géant de la fosse ischiorectale :

Le kyste épidermoïde géant de la fosse ischiorectale est une localisation rare, il rentre dans le cadre des formations vestigiales retrorectales.

Les kystes vésigiales retrorectales sont des tumeurs rare chez l'adulte et qui ont été peu décrites dans la littérature [8-30-31]. Une étude menée par Hobson et al.[32] a révélé, qu'à l'exception de centres spécialisés, un chirurgien ne fait le diagnostic d'une tumeur retrorectale qu'une fois durant toute sa carrière professionnelle.



Discussion

I. Epidémiologie :

A. Fréquence

Les tumeurs kystiques retrorectales de l'adulte sont rares avec une incidence globale de 1/40 000. Les deux-tiers de ces tumeurs kystiques sont congénitales, dont 60% sont des kystes vésigiaux [8].

Le kyste épidermoïde de la fosse ischiorectale est une localisation rare ; approximativement 1 sur 16 tumeurs retrorectales est un kyste épidermoïde [2].

Notons que plusieurs cas de kystes épidermoïdes de la région ischiorectale ont été publiés dans la littérature (tableau 1) : 42 cas au total

Tableau 1 : les cas rapportés par les séries de la littérature.

Série	Kystes épidermoïdes
Jao et Al : 1960-1979 [8]	15
Tokunaga et Al : 1994 [13]	1
Hannon et Al : 1994 [33]	2
Midorikawa et Al :1996 [2]	3
Godlewski et Al : 1977-1999[34]	1
Kurosaki et Al : 2001 [35]	1
Yang et Al : 2001 [36]	4
Singer et Al :2003 [12]	2
Glasgow et Al : 1981-2003 [37]	5
Polychronidis A, et al : 2005[43]	1
Negro et Al : 2006 [38]	1

Grandjean et Al : 2008 [39]	5
Sasaki et Al : 2008 [40]	1
	<u>Totale</u>
	42 cas

B. ÂGE ET SEXE :

La découverte du kyste épidermoïde rétrorectal peut se faire à tous les âges. L'âge moyen de découverte se trouve dans la 3ème décennie [41] [10].

Cette tumeur survient surtout chez la femme avec un sexe ratio de 15 femmes pour un homme [40] [8] [42] [7].

Plusieurs séries de la littérature ont confirmés cette nette prédominance de l'atteinte féminine (tableau 2) :

Tableau 2 : La prédominance de l'atteinte féminine :

séries	Nombre de kyste épidermoïde	Femme	Homme
Jao et Al : 1960-1979 [8]	15	15	0
Tokunaga et Al : 1994 [13]	1	0	1
Hannon et Al : 1994 [33]	2	2	0
Midorikawa et Al :1996 [2]	3	3	0
Godlewski et Al : 1977-1999[34]	1	1	0
Kurosaki et Al : 2001 [35]	1	1	0

Yang et Al : 2001 [36]	4	4	0
Singer et Al :2003 [12]	2	2	0
Glasgow et Al : 1981-2003 [37]	5	5	0
Polychronidis A, et al : 2005 [43]	1	0	1
Negro et Al : 2006 [38]	1	1	0
Grandjean et Al :2008 [39]	5	Non déterminer Non déterminer	
Sasaki et Al : 2008 [40]	1	1	0

Notre patient est de sexe masculin, âgée de 23 ans, ce qui explique encore une fois la rareté de ce cas.

C. ETHNIE :

Seul Hjermsstad et al. [30] ont étudié les critères ethniques. Ils ont retrouvé une atteinte de la race blanche dans 99% des cas.

II. ETIOPATHOGENIE :

Les kystes épidermoïdes sont des hétérotopies dysgénétiques dues à la présence de tissus mous ou de groupes tissulaires superflus dans l'organe considéré.

L'origine étiopathogénique des kystes épidermoïdes est très discutée.

Certains plaident pour une origine primitive par inclusion de cellules ectodermiques au cours de l'embryogenèse. Ainsi, le kyste épidermoïde est considéré comme une résultante de migrations ectopiques de l'ectoderme entre

la 2ème et 5ème semaine de la vie embryonnaire. D'autres plaident pour une origine acquise de la lésion. Elle serait l'hypothèse physiopathologique la plus probable. Elle consiste en une métaplasie de l'épithélium paramalpighien d'origine wolffienne, liée à des facteurs irritatifs tel une inflammation, ou encore une hémorragie locale [7].

III. ANATOMO-PATHOLOGIE :

C'est le seul examen qui pose le diagnostic de certitude du kyste épidermoïde.

A. MACROSCOPIE : [12]

Le kyste épidermoïde apparaît comme une tumeur, bien limitée par une capsule fine et relativement clivable par rapport au tissu avoisinant.

Il est de forme variable, uniloculaire ou multiloculaire. Il peut se présenter comme un boudin irrégulier, d'où partent de multiples bourgeons arrondis.

Sa consistance est dure, pâteuse ou molle. Sa taille est variable d'un grain de mil à une mandarine. Sa couleur est blanche nacrée, brillante, perlée.

Le contenu du kyste est vasculaire et offre l'aspect d'une matière pâteuse évoquant «la cire de bougie».

A la coupe, il présente des lamelles blanchâtres concentriques.

B. MICROSCOPIE : [7] [12]

1. Paroi du kyste :

Le kyste épidermoïde est formé microscopiquement de couches de cellules épidermiques desquamées et kératinisées, entourées d'une fine capsule faite d'un épithélium pavimenteux stratifié, entouré d'un tissu conjonctif de soutien.

C'est le même aspect histologique rencontré chez notre patient.

La paroi du kyste épidermoïde se compose de l'extérieur vers l'intérieur :

- d'une couche basale ou germinative constituée de cellules cylindriques.
- de couches malpighiennes formées de cellules qui, de cylindriques deviennent polyédriques dans leurs assises superficielles.
- d'une couche granuleuse où les éléments cellulaires sont chargés de granulations de kérato-hyaline.
- d'une couche cornée hyperkératosique et desquamante.

2. Contenu du kyste :

Il est caséux, riche en débris cellulaires; en cristaux de cholestérol et en kératine déposés en couches concentriques.

La croissance tumorale se fait à partir d'une couche basale germinative de l'épithélium, à l'origine de l'expansion kystique par exfoliation lamellaire.

La croissance kystique est donc lente, centripète et linéaire en « bulbe d'oignon ».

IV. DIAGNOSTIC POSITIF :

A. Diagnostic clinique :

1. Circonstances de découvertes :

Le kyste épidermoïde rétrorectal est asymptomatique dans 50% des cas [7] :

- De découverte accidentelle ou fortuite lors d'un examen clinique ou radiologique indiqué pour une autre raison.
- Parfois, il est diagnostiqué chez une femme enceinte lors d'un bilan systématique, voire à l'occasion d'un accouchement dystocique.

Cette tumeur, du fait de sa localisation, peut se manifester par des signes cliniques très disparates; douleur sous forme de pesanteur gênant ainsi la position assise.

Par ailleurs, on peut noter des signes urinaires, digestifs ou neurologiques [44].

Notons que les douleurs et les troubles neurologiques doivent faire craindre la nature maligne de la tumeur, mais ils peuvent être dus à la compression par une volumineuse tumeur rétro rectale.

Dans notre cas, le motif de consultation était une gêne fonctionnelle suite à une tuméfaction fluctuante de la fesse gauche ayant augmenté progressivement de volume sur une durée de 8 mois.

2. L'examen physique :

a) L'examen clinique :

L'examen clinique trouve une tuméfaction périnéale rénitente. Il recherche à l'inspection une fossette postérieure (post anal dimple) située à la partie basse du canal anal, plus exactement au niveau de l'émergence de l'espace inter sphinctérien.

Cette fossette est pathognomonique des kystes de développement ; elle est l'issue cutanée d'un trajet en entonnoir ascendant empruntant la couche longitudinale complexe, parfois perméable, qui rejoint le kyste. Elle est peu fréquente : 6 à 35%. Dans la série de Le Roux [45], elle était retrouvée dans 60% des cas.

Cette fossette n'a pas été retrouvée chez notre patient.

b) Le toucher rectale :

Le toucher rectale est un examen simple, économique et le plus fiable des examens physiques pour affirmer l'existence d'une tumeur rétrorectale.

Il retrouve :

- une tumeur rénitente plus ou moins tendue, souvent polylobée.
- Il permet d'en apprécier la taille, le siège en hauteur par rapport à l'appareil sphinctérien et la limite supérieure.
- Il permet aussi de supposer parfois la nature bénigne ou maligne de la tumeur et de contrôler la sensibilité périnéale pour éliminer une atteinte nerveuse par extension d'une tumeur maligne.

Dans notre cas le toucher rectal n'a pas été réalisé.

B. Diagnostic paraclinique :

1. L'imagerie :

a) Abdomen sans préparation (ASP) :

Les clichés de l'abdomen sans préparation (ASP), ainsi que ceux centrés sur le bassin, de face et de profil, peuvent montrer :

- une opacité pelvienne, parfois calcifiée
- des anomalies osseuses sacrococcygiennes dans 25% des lésions kystiques (hamartome et kyste épidermoïde) : [46]
 - ✓ agénésie sacrococcygienne totale ou partielle.
 - ✓ spina bifida

Notons que les lésions d'érosion ou de destruction osseuse sont fortement suspectes et doivent être recherchées, puisqu'elles sont présentes dans 80 à 100% des tumeurs rectales malignes [8] [47].

b) Fistulographie :

De face : le lavement peut montrer une déviation rectale.

De profil : Une augmentation de l'espace présacré de plus de 2 cm ou une sténose anorectale [48] [49].

En cas de fistulisation périnéale, l'opacification par l'orifice cutané permet d'objectiver la cavité présacrée.

c) Anuscopie et rectoscopie :

Cet examen permet :

- D'éliminer une lésion intrarectale ou anale
- Confirme l'intégrité de la muqueuse rectale et la compression extrinsèque postérieure du rectum.
- Dans de rares cas, cet examen permet de voir un orifice de communication avec la lésion kystique. Cette fistulisation peut être primitive ou secondaire aux remaniements inflammatoires et explique la surinfection des kystes.

d) Echographie abdominopelvienne et endorectale :

L'échographie permet de faire un diagnostic topographique précis en analysant : [50]

- ❖ les rapports de la tumeur avec les organes pelviens
- ❖ sa taille

- ❖ la nature de son contenu liquide ou solide
- ❖ homogène ou hétérogène
- ❖ calcifié ou non
- ❖ encapsulé ou non

Elle permet d'apprécier l'infiltration de la paroi rectale et l'existence d'adénopathies suspectes [51] [52].

A l'échographie transpéritéale le kyste épidermoïde apparaît sous forme d'une lésion anéchogène et bien limitée.

Dans notre cas l'échographie n'a pas été faite puisque d'emblée nous avons réalisé une TDM.

e) **Tomodensitométrie abdominopelvienne :**

Cet examen fait le diagnostic dans 100% des cas [53] :

- en précisant les données échographiques.
- en indiquant en plus le caractère hyper vascularisé éventuel de la tumeur.
- en montrant ses rapports avec la face postérieure du rectum, le degré d'infiltration des organes pelviens et du sacrum.

La tomodensitométrie précise la nature kystique de la tumeur, elle montre une lésion de l'espace rétrorectal bien marginée, à paroi mince, unique et hypodense [7]. Le kyste peut devenir à paroi épaisse si une infection secondaire se produit [54].

Chez notre patient la tomodensitométrie abdominopelvienne avait objectivé la présence en sous cutané d'une masse à paroi fine de densité

liquidienne, homogène, sans cloison, ne se rehaussant pas après injection du produit de contraste, mesurant 16cm / 12cm siégeant dans la fosse ischiorectale gauche et qui présentait des rapports intimes avec le rectum et s'étendait vers les parties molles de la cuisse homolatérale.

f) Imagerie par résonance magnétique (IRM) : [10, 34, 55]

Précise les composantes tissulaires, liquide et/ou solide et les limites de la lésion.

A l'IRM, le kyste épidermoïde apparaît comme une lésion bien limitée, unilobée, à paroi fine, en hyposignal en T1 et hypersignal en T2.

L'IRM permet d'éliminer une méningocèle antérieure qui peut être associée dans de rares cas au kyste épidermoïde rétrorectal.

L'IRM n'a pas été réalisée chez notre patient.

2. Histologie :

a) place de la biopsie tumorale :

Le rôle de la biopsie préopératoire dans la prise en charge diagnostique des tumeurs présacrées a été controversé.

Traditionnellement, les auteurs ont considéré comme une contre-indication à la biopsie, toute lésion présacrée qui est chirurgicalement résécable [56] [8] [42] et ceci pour plusieurs raisons :

➤ Lors du diagnostic, 20 à 30% de ces tumeurs sont infectées et l'on risque de propager l'infection à tout le pelvis avec des complications septiques telles que des fistules secondaires, une cellulite pelvienne ou une méningite

purulente mortelle dans 30 à 100% des cas lors d'une ponction de méningocèle sacrée antérieure.

- La ponction d'une tumeur maligne ou d'un chordome entraîne la dissémination tumorale pelvienne avec l'impossibilité de réaliser un traitement curatif certain et l'obligation d'effectuer une coloproctectomie supplémentaire.

b) Indications de la biopsie préopératoire

Elle est rarement indiquée devant des lésions purement kystiques car sont habituellement bénignes et il ya un risque important de dissémination secondaire et d'infection bactérienne.

Les lésions étendues ou envahissant les structures adjacentes peuvent justifier une biopsie préopératoire pour déterminer la stratégie thérapeutique optimale et la nécessité d'un traitement néo adjuvant.

3. Biologie :

Les marqueurs tumoraux peuvent permettre le diagnostic de malignité.

Les taux sanguins de l'ACE et de l'alphafoetoprotéine sont spécifiques des tératomes. Des taux élevés (sans qu'un seuil soit précisé en raison de la rareté des cas) seraient en faveur d'une transformation maligne. Leur surveillance postopératoire permet de diagnostiquer les récives.

V. Diagnostic différentiel :

Selon la Classification de Uhlig et Johnson, les tumeurs présacrées bénignes regroupent [11] (tableau 3) :

Tableau 3 : Tumeurs pré sacrés bénignes

Tumeurs pré sacrés bénignes			
Tumeurs congénitaux	Tumeurs neurogéniques	Tumeurs osseuses	Tumeurs de natures variées
-kystes de développement (tératome, kystes épidermoïde , dermoïde) -Duplication rectale -Méningocèle sacrée antérieure	-Neurofibrome -Schwannome -Ganglioneurome	-Ostéoblastome -Tumeur à cellules géantes -Kyste anévrysmal de l'os	-Lipome -Fibrome -Léiomyome - Hémangiome -Endothéliome Desmoïde (localement agressif)

Le diagnostic différentiel des kystes épidermoïdes de la fosse ischiorectale se pose avec les autres lésions présacrées bénignes. Chez l'adulte, les kystes congénitaux sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes [8-33].

A. Les kystes dermoïdes :

Le kyste dermoïde n'a généralement pas l'aspect blanc laiteux si caractéristique de son homologue épidermoïde. Il est plus variable, plus hétérogène, en raison de la diversité des matériaux qui se collectent dans sa cavité. Le revêtement épithélial est identique, mais sa paroi contient en plus des

éléments dermiques : follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares et parfois même lobules graisseux.

Le contenu kystique est de ce fait un amalgame plus ou moins hétérogène de kératine, de cholestérol, de sécrétions sébacées et sudoripares et très souvent de poils [57].

Les kystes dermoïdes sont généralement retrouvés chez les enfants, notamment dans la période néonatale. L'incidence est estimée entre 1/30 000 à 1/43 000 [58, 47]. Ils siègent volontiers au niveau des gonades, de l'espace rétro-rectal, du médiastin et du rétropéritoine [47].

Il existe trois types de kystes dermoïdes :

- Les tératomes bénins matures : se présentent sous forme kystique et sont d'origine mixte épithéliale et mésothéliale [59].
- Les tératomes immatures à malignité intermédiaire, encore appelés « border line ».
- Les tératomes malins : ont une incidence qui s'étale entre 10 à 50 % chez les enfants, avec un âge moyen de 2 ans, puis diminue après la 2e décennie pour devenir rare chez l'adulte [33, 60].

B. Les kystes entériques :

1. L'hamartome kystique (tailgut cyst) :

Ils possèdent un épithélium glandulaire. On distingue les kystes de l'intestin caudal, (encore appelés « tailgut cysts », hamartomes kystiques rétro-rectaux, ou kystes mucosecrétants), plus fréquents chez l'homme [33].

Ils sont très rares (moins de 5 % des cas), leur origine proviendrait de reliquats de l'intestin caudal.

2. La duplication rectale :

Elle est exceptionnelle, son origine serait liée soit à une perturbation du processus de vacuolisation de l'intestin primitif, soit à la persistance d'un diverticule embryonnaire latéro-intestinal.

C. Méningocèle sacrée antérieure :

La méningocèle sacrée antérieure (MSA) est une affection congénitale rare. Il s'agit d'un sac kystique pelvien communiquant avec l'espace spinal sous-arachnoïdien, faisant hernie à travers une déhiscence de la face antérieure du sacrum. La cavité kystique peut contenir des racines sacrées (myelo-méningocèle) et on y retrouve aussi fréquemment associées des tumeurs bénignes: kystes dermoïdes, lipomes, tératomes, hamartomes, dysembryomes.

VI. TRAITEMENT :

A. Chirurgical :

Toute tumeur retrorectale, même asymptomatique, doit être réséquée, cette attitude s'explique par [41] :

- le risque de dégénérescence maligne qui est de 10% pour les lésions kystiques [51].
- les complications septiques.
- les complications mécaniques graves sont surtout obstétricales et peuvent entraîner le décès de la mère et/ou de l'enfant lors d'un accouchement dystocique.
- Les complications neurologiques.

B. Les voies d'abord :[13-14]

Le traitement des kystes rétro-rectaux est toujours chirurgical, quatre voies d'abord sont décrites dans la littérature :

- la voie périnéale de Kraske avec résection coccygienne. Elle permet une exérèse complète mais expose aux risques d'ostéite, de séquelles douloureuses, et d'éventrations périnéales.
- la voie trans-anale : pour les kystes inférieurs à 4 cm. Mais l'exposition est mauvaise.
- la voie abdominale antérieure. Elle est indiquée si le pôle supérieur remonte au-dessus de S2. Le risque étant l'exérèse incomplète, certains auteurs utilisent une voie combinée antérieure et postérieure.
- la voie périnéale rétro-ano-rectale. C'est celle qui est décrite dans plus de 80 % des publications, car simple, et présente moins de risques de complications.

Le malade est installé en décubitus dorsal, en léger Trendelenburgh, les cuisses fléchies sur le bassin largement écartées, les fesses dépassant le rebord de la table d'opération.

L'incision cutanée est longitudinale médiane postérieure, s'étendant du bord postérieur de l'anus au coccyx. **[10]**

Dans notre cas, le patient a été opéré en réalisant une incision cutanée en regard de la masse avec un décollement cutané-aponevrotique. L'exploration chirurgicale avait objectivé une volumineuse masse qui s'étendait jusqu'à la fosse ischio-rectale mesurant 18 cm de grand axe.

VII. EVOLUTION :

A. Evolution spontanée :

1. La surinfection :

Elle est fréquente, se manifeste souvent selon un tableau trompeur d'abcès ou de fistules périnéales et récidivant malgré des interventions itératives [10].

2. L'hémorragie intra kystique :

Elle est rare, se voit surtout dans les duplications rectales en raison de la présence d'hétérotopies gastriques intra kystiques [10]

3. La dégénérescence :

Au cours de l'évolution, 10% des kystes épidermoïdes deviennent malignes, et le signe le plus évocateur de la malignité est la présence de douleurs et de destruction du sacrum [10].

4. Complications mécaniques :[7]

Ces complications sont secondaires à la compression des organes de voisinage :

- La compression du rectum entraîne une augmentation de la fréquence de la défécation ou au contraire l'apparition d'une constipation ou d'un ténésme.
- La compression de l'appareil urinaire entraîne une dysurie, une rétention urinaire ou une pollakiurie.
- La tumeur peut être responsable d'une dystocie mécanique. Elle constitue alors un obstacle prævia lors de l'accouchement.
- Elle peut être également responsable d'une dyspareunie d'intromission.

B. Complications post opératoires :

1. Surinfection :

La surinfection survient sur un fragment kystique laissé sur place.

Cody [61] et Dahan [62] rapportent l'apparition d'une fistule postopératoire dans 3% des cas. Cette fistule peut être secondaire à la lésion du rectum lors de la dissection de la tumeur [33].

2. Récidive :

La récidive se fait en cas de résection incomplète. Ceci se voit lorsque l'exérèse a été réalisée par voie trans-anale [33] [30].

VIII. Pronostic :

Le pronostic des kystes épidermoïdes est en règle bon, sauf pour les kystes dégénérés dont la survie moyenne après exérèse est inférieure à un an [40-63].



Conclusion :

Le kyste épidermoïde de la fosse ischio-rectale de l'adulte constitue une entité rare ; approximativement 1 sur 16 tumeurs retrorectales est un kyste épidermoïde.

Dans la plupart des cas, c'est une lésion bénigne qui peut cependant évoluer vers une dégénérescence.

Cliniquement cette lésion kystique passe le plus souvent inaperçue ; elle peut se traduire par une symptomatologie fonctionnelle discrète sous forme de douleur, de troubles compressifs ou d'infection.

Le toucher rectal est l'examen fondamental car il donne un accès direct sur l'espace pré sacré.

Parmi les examens complémentaires qui sont prolifiques, il faut insister d'une part sur l'échographie, examen anodin à faire dans tous les cas, la TDM et l'IRM qui sont indispensables à la confirmation diagnostic et d'autre part sur l'examen histologique important qui permet de poser le diagnostic de certitude.

Le traitement est toujours chirurgical, il consiste en une exérèse totale, dans la mesure du possible, afin d'éviter les complications et les exceptionnels cas de récurrence.

Le pronostic des kystes épidermoïdes est en règle bon, sauf pour les kystes dégénérés dont la survie moyenne après exérèse est inférieure à un an.



Résumé :

Résumé

Titre : Kyste épidermoïde géant de la fosse ischio-rectale. (à propos d'un cas).

Auteur : EL HABACH AHMED

Mots clés : kyste épidermoïde géant, fosse ischio-rectale, lésion bénigne.

Le kyste épidermoïde géant de la fosse ischio-rectale est une tumeur rétrorectale bénigne rare qui présente un risque de transformation maligne. Approximativement 1 sur 16 tumeurs retrorectales est un kyste épidermoïde.

Notre travail rapporte le cas d'un patient ayant présenté un kyste épidermoïde géant de la fosse ischio rectale. Il s'agissait d'un patient âgé de 23 ans, qui présentait une masse rénitente, située au niveau du quadrant inféro externe de la fesse gauche. La TDM avait objectivé en sous cutané une masse à paroi fine de densité liquidienne sans cloison, ne se rehaussant pas après injection du produit de contraste, mesurant 16cm/12cm siégeant dans la fosse ischio-rectale gauche. L'exploration chirurgicale avait objectivé une volumineuse masse qui s'étendait jusqu'à la fosse ischio-rectale mesurant 18 cm de grand axe.

Le kyste épidermoïde est asymptomatique dans 50% des cas, mais il peut être découvert tardivement par des signes cliniques non spécifique. Il survient à tous les âges, avec un âge moyen de 30 ans et une prédominance féminine.

L'imagerie est indispensable à la confirmation diagnostic, mais seul l'analyse histologique permet de poser le diagnostic de certitude.

Le traitement des kystes épidermoïdes rétro-rectaux est toujours chirurgical et consiste en la résection complète de la lésion. Dans la littérature la voie périnéale rétro-ano-rectale est celle qui est décrite dans plus de 80 % des publications, mais dans notre cas une simple incision cutanée avec un décollement cutané aponévrotique était suffisante pour extraire la masse.

En général, les kystes épidermoïdes sont de bons pronostics, sauf pour les kystes dégénérés dont la survie moyenne après exérèse est inférieure à un an.

Abstract

Title: Giant epidermoid cyst of ischio-rectal fossa. (about one case).

Author: EL HABACH AHMED

Keywords: Epidermoid cyst, ischiorectal fossa , benign lesion.

The giant epidermoid cyst of the ischio-rectal fossa is a rare benign tumor, but it presents a risk of malignant transformation. Approximately 1 on 16 retrorectal tumors is an epidermoid cyst.

Our work reports the case of a patient with a giant epidermoid cyst of the ischio rectal fossa. It was a 23 years old patient, who had a rénitente mass located at the external framing inféro left buttock. CT was objectified in a subcutaneous mass thin-walled with fluid density without partition, it did not enhance after injection of contrast material, measuring 16cm/12cm, sitting in the left ischiorectal fossa. Surgical exploration objectified a large mass that extended to the ischio-rectal fossa measuring 18 cm of long axis.

The epidermoid cyst is asymptomatic in 50% of cases, but it can be discovered later by non-specific clinqual signs. It occurs at all ages, with an average age of 30 years with a female predominance.

Imaging is essential for diagnosis confirmation, but only histological analysis allows the diagnosis of certainty.

Processing retro-rectal epidermoid cysts is always surgical and consists on complete resection of the lesion. In the literature reverse anorectal perineal is that described in 80% of publications, but in our case a simple skin incision with aponévrotique mucocutaneous separation was sufficient to remove the mass.

In general, epidermoid cysts are good prognosis, except for degenerate cysts whose average survival after resection is less than one year.

ملخص

العنوان: الكيسة العملاقة البشرية لإسك المستقيم. (دراسة عن حالة واحدة).

الكاتب: أحمد الحبش

الكلمات الأساسية: الكيسة العملاقة، الإسك المستقيم، آفة حميدة

الكيسة البشرية الإسك المستقيم هي ورم حميد نادر، لكنه يمثل خطر التحول الخبيث .

يمكن اكتشافه خلال أعمار مختلفة، لكن تعتبر الثلاثينات متوسط عمر الإصابة.

الأعراض السريرية تكتشف في وقت متأخر وغير محددة، والتصوير بالموجات فوق الصوتية أمر ضروري لتأكيد التشخيص، والتحليل النسيجي فقط يسمح للتشخيص اليقيني.

العلاج يعتمد على الجراحة التي تمكن من استئصال كامل للآفة.

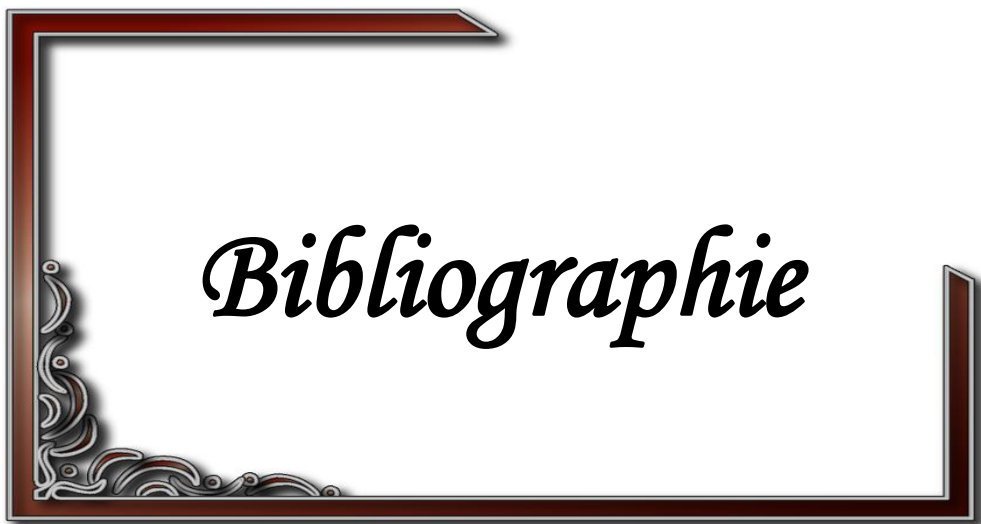
بعد مراجعة المقالات التي نشرت من قبل، و على ضوء ملاحظة سريرية لمريض يبلغ من العمر 23 سنة، بدون سوابق مرضية، والذي يعاني من كتلة على مستوى الردف الأيسر متحركة بنسبة للطبقات أسطحية و العميقة، غير مؤلمة، وتقع في أتاطير الخارجي الأسفل لردف الأيسر.

لم يتميز فحص الجلد بأية ملاحظة.

سكانير البطن و الحوض كشف عن وجود كتلة تحت الجلد ذات كثافة سائلية، جدرانها رقيقة، متجانسة، لا تحتوي على تقسيمات، لا تتغير بعد حقن مادة النقيض، تتموضع في الحفرة اليسرى للإسك المستقيم، محاذية للمخرج و تمتد إلى أجزاء لينة من الفخذ المماثل.

أجريت جراحة استكشافية عن طريق شق الجلد في الجهة المحايدة للكتلة، مما أدى إلا إخراج كتلة كبيرة الحجم عرضها 18 سم، و قد تم الاستئصال الجراحي بكامله دون المس بالكبسولة.

بعد إجراء التحليل النسيجي للعينة المستأصلة جراحيا، توصلنا إلى أن الكتلة كيسة بشرانية.



Bibliographie

- [1]. **Kaido T., Okazaki A., Kurokawa S., Tsukamoto M.:** Pathogenesis of intraparenchymal epidermoid cyst in the brain: a case report and review of the literature. *Surg Neurol*, 2003, 59: 211-216.
- [2]. **Midorikawa Y, Kubota K, Kayama H, Watanabe S, Kawai K, Kajivra N.** Presacral epidermal cyst: a report of an adult case. *Hepatogastroenterology* 1996; 46(11):1399–402.
- [3]. **Grosshans E. et coll., Ann. Dermatol. Vénéréol.,** 1994, 121,594 ,647.
- [4]. **Bhaskar MS, Char G, Batt RP.** Giant cranial intradiphic Epidermoid cyst. *West indian Med J* 1988; 37(2):119–22.
- [5]. **Shah SS, Varca G, Farsoil A, Fersaudez R, Richardson C.** Giant epidermoid cyst Of Penis. *Urology* 1979; 14(4):389–91.
- [6]. **Sakamoto Y, Yonotani S, Edakuni G, Mori M, Iyama A, Miyazaki K.** Laparoscopic splenectomy for a giant splenic epidermoid cyst: report of a case. *Surg today* 1999; 29(12):1268–72.
- [7]. **CHENE G., VOITELLIER M.** Tératome bénin mature présacré et formations kystiques vestigiales rétrorectales chez l'adulte. *J Chir* 2006,143, n°5.

- [8]. **Jao SW, Beart RWJr, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM.** Retrorectal Tumors, Mayo Clinic Experience, 1960-1979. *Dis Colon Rectum* 1985;28:644-52.
- [9]. **Malafosse M, Gallot D, Douvin D, Hervé de Sigalony JP.** Kystes et tumeurs péri-ano-réctaux d'origine vésigiale chez l'adulte. *J Chir (Paris)* 1977 ; 113 : 351-60.
- [10].**Barthod F, Hervé de Sigalony JP, Parc R.** Les formations kystiques vestigiales retrorectales de l'adulte. *Ann Chir* 1996 ; 50 : 906-12.
- [11].**Uhlig BE, Johnson RL.** Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum* 1975;18:581-596.
- [12].**Singer MA, Cintron JR, Martz JE, Schoetz D.** Retrorectal Cyst: A rare tumor frequently misdiagnosed. *J Am Coll Surg* 2003; 196:880-6.
- [13].**Tokunaga Y, Mukaihara S, Tanaka M et al.** Presacral epidermal cyst found in a adult male with a high CEA content report of an unusual case. *Surg Today* 1994; 24:556-560.
- [14].**Kanemitsu T, Kojima T, Yamamoto S, Koike A, Takeshige K, Naruse T.** The trans-sphincteric and trans-sacral approaches for the surgical excision of rectal and presacral lesions. *Surg Today* 1993; 23:860-866.

- [15].) **Lopes, M, Capelle, L, Duffau, H, Kujas, M, Sichez, JP, Van Effenterre, R, et al.** Prise en charge chirurgicale des kystes épidermoïdes intracrâniens A propos de 44 patients et revue de la littérature. *Neurochirurgie*. 2002; 48 (1): 5-13.
- [16].**Doll A, Abu Eid M, Kehrli P, Esposito P, Gillis C, Bogorin A, et al.** Aspects of Flair sequences, 3D-CISS and diffusion-weight MR imaging of intracranial epidermoid cysts. *J Neuroradiol*. 2000 Jun;27(2):101-6
- [17].**Hachi H, Regragui A, Bougutab B, Benjelloune S.** Giant pelvic epidermoid cyst: a rare observation. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31:359—61.
- [18].**Denison CM, Ward VL, Lester SC, DiPiro PJ, Smith DN, Meyer JE, et al.** Epidermal inclusion cysts of the breast: Three lesions with calcifications. *Radiology* 1997; 204:493—6.
- [19].**Van Epps KJ, Kuszyk BS, Hofmann LV, Fishman EK.** Epidermoid inclusion cysts seen on CT of a patient with Gardner's syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 173:858—9.
- [20].) **Kwak JY, Park HL, Kim JY, Kim EK, Chung SY, Kwon TH, et al.** Imaging findings in a case of epidermal inclusion cyst arising within the breast parenchyma. *J Clin Ultrasound* 2004;32: 141—3

- [21].**Davies JD, Nonni A, D’Costa HF.** Mammary epidermoid inclusion cysts after wide-core needle biopsies. *Histopathology* 1997;31:549—51.
- [22].**Morris PC, Cawson JN, Balasubramaniam GS.** Epidermal cyst of the breast: Detection in a screening programme. *Australas Radiol* 1999; 43:12—5.
- [23].**Cooper RA, Ramamurthy L.** Epidermal inclusion cysts in the male breast. *Can Assoc Radiol J* 1996;47:92—3.
- [24].**Celik V, Unal E, Aydogan F, Sunamak O, Kus, aslan R, Rasier R, et al.** Epidermal inclusion cyst of the breast: Clinical, radiologic, and pathologic correlation. *Breast J* 2004;10:57.
- [25].**Ikegami T, Kameyama M, Orikasa H, Yamazaki K.** Trichilemmal cyst in the pulp of the index finger: a case report. *Hand Surgery* 2003;8: 253–5.
- [26].**Yokogawa M, Egawa K, Dabanaka K, Wada E, Miyoshi K, Ikeda M, Honda Y, Kitasato H, Kodama H.** Multiple palmar epidermoid cysts. *Dermatology* 2002;205:398–400
- [27].**Dogra VS, Gottlieb RH, Rubens DJ, Liao L, et al.** Benign intratesticular cystic lesions: US features. *RadioGraphics* 2001;21:S273—81.
- [28].**Bastide C, Mianne D, Ragni E, Serment G, Rossi D.** Kyste épidermoïde du testicule. *Prog Urol* 2002;12(4):687—9.

- [29]. **Megdiche Bazarbacha H, Nagi S, Douira W, Sebai R, Belgith L, Touibi S.** Kyste épidermoïde intracrânien spontanément hyperdense. *J Neuroradiol* 2004;vol. 31(no 2):150—2.
- [30]. **Hjermstad BM, Helwig EB.** Tailgut cysts. Report of 53 cases. *Am J Clin Pathol* 1988;89:139—47.
- [31]. **Woodfield JC, Chalmers AG, Phillips N, Sagar PM.** Algorithms for the surgical management of retrorectal tumours. *Br J Surg* 2008;95:214—21.
- [32]. **Hobson KG, Ghaemmaghami V, Roe JP, Goodnight JE, Khatri VP.** Tumors of the retrorectal space. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1964—74.
- [33]. **HANNON J, SUBRAMONY C, SCOTT-CONNER CE** Benign retrorectal tumors in adults: the choice of operative approach *Am Surg* 1994; 60 : 267-272
- [34]. **G. Godlewski, O. Philippe, H. Ould Said, M. Prudhomme, J. Poilleux, C. Pignodel, H. Emptas.** Kyste vestigial retrorectal de l'adulte. *Ann Chir* 2000; 125; 844-9
- [35]. **Kurosaki M, Kamitani H, Anno Y, et al.** Complete familial Currarino triad: report of three cases in one family. *J Neurosurg.* 2001;94(suppl):158-161.

- [36].**Yang DM, Yoon MH, Kim HS, et al.** Presacral epidermoid cyst: imaging findings with histopathologic correlation. *Abdom Imaging.* 2001;26:79-82.
- [37].**GLASGOW SC., BIRNBAUM EH., LOWNEY JK., FLESHMAN JW. et al.** Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. *Dis colon Rectum* 2005; 48:1581-7.
- [38].**NEGRO F., MERCURI M., RICCIARDI V., MASSARI M., DESTITO C., ET AL.** Presacral epidermoïd cyst. A case report. *Ann Ital Chir* 2006; 77 : 75-7.
- [39].**J.P. Grandjean, G.A. Manton, D. Guinier, L. Henry, S. Cherki, L. Passebois, P. Chalabreysse, G. Viennet, B Pujol, J. Chabanon.** Vestigial retrorectal cystic tumors in adults. *Gastroentérologieclinique et biologique.* 2008 ; 32 ;769-778.
- [40].**SASAKI A., SUGITA S., HORIMI K.,YASUDA K.,INOMATA M., KITANO S.** Retrorectal epidermoid cyst in an Elderly Woman : Report of a case. *Surg Today* 2008 ; 38:761-764.
- [41].**L. PASSEBOIS, N. DESTRUNELLE, P.MTHIEU, B. HEYD, A CZORNY, G MANTION.** Tumeurs rétrorectales. *Encyclopédie Méd-chir Gastro entérologie* 9-084 –B- 10 , **BARTHOD F .** 2001 , 10p.

- [42].**BUCHS N., TAYLOR S., ROCHE B.** The posterior approach for low retrorectal tumors in adults. *Int J Colorectal Dis* 2007 22: 381-385.
- [43].**Polychronidis A, et al.** Giant multilocular epidermoid cyst on the left buttock. *Dermatol Surg.* 2005 Oct;31(10):1323-4.
- [44].**F. PIGOT** Prise en charge des kystes et tumeurs rétrorectaux de l'adulte *Le courrier de colo-proctologie (IV) n°2 avril mai juin 2003.*
- [45].) **LE ROUX F.** Les Kystes vestigiaux rétrorectaux. Experience de 14 cas opérés par voie basse. Thèse, Bordeaux 1992.
- [46].**LEBORGNE J, GUIBERTEAU B, LEHUR PA, ET AL.** Les tumeurs kystiques vestigiales retrorectales de l'adulte : à propos de deux cas. *Chirurgie* 1989; 115 : 565-571
- [47].**LOCALIO SA, ENG K, RANSON JH** Abdomino-sacral approach for retrorectal tumors *Ann Surg* 1980; 191: 555-560
- [48].**LEE RA, SYMMONDS RE.** Presacral tumors in the female: clinical presentation, surgical management, and results. *Obstet Gynecol* 1988 ; 71 : 216-221

- [49].**SEONG-CHEOL L, YONG-SOON C, SUNG-EUN J, KWI-WON P, WOO-KI K. CURRARINO** Triad: anorectal malformation, sacral bony abnormality, and presacral mass. A review of 11 cases. *J Pediatr Surg* 1997 ; 32 : 58-61
- [50].**FUJITAKA T, NAKAYAMA H, FUKUDA S, OJIMA Y, TOYOTA K, ONO E.** A tailgut cyst found accompanying rectal cancer: report of a case. *Surg Today* 1995 ; 25 : 65-67
- [51].**ANSON KM, BYRN PO, ROBERTSON ID, GULLAN RW, MONTGOMERY AC.** Radical excision of sacrococcygeal tumours. *Br J Surg* 1994 ; 81 : 460-461
- [52].**OBERWALDER M, TSCHMELITSCH J, CONRAD F, OFFNER F.** Endosonographic image of a retrorectal bowel duplication. *Dis Colon Rectum* 1998; 41 : 802-803
- [53].**BURCHELL MC.** Radiologic impact on operative access to a retrorectal cyst. *Dis Colon Rectum* 1987 ; 30 : 396-397
- [54].**PYO D.** Tailgut Cyst: report of a case and review. *Mt Sinai J Med* 1990; 57: 249-252.

- [55]. **Izant R, Filston H.** Sacrococcygeal teratomas : Analysis of 43 cases. *Am J Surg* 1975;130:617-6210.
- [56]. **LEV-CHELOUCHE D, GUTMAN M, GOLDMAN G, ET AL.** Presacral tumors: a practical classification and treatment of a unique and heterogeneous group of diseases. *Surgery* 2003;133(5): 473–478
- [57]. **Baxter JW, Netsky MG :** **Epidermoid and dermoid tumors :** pathology, in Wilkins RH, Rengachary SS (eds) : *Neurosurgery*. New York : Mc Graw-Hill, 1985, vol 1, pp 655 – 661.
- [58]. **Head H, Gerstein J, Muir R.** Presacral teratoma in the adult. *AM Surg* 1975;41:240-248.
- [59]. **Freier DT, Stanley JC, Thompson NW.** Retrorectal tumours in adults. *Surg Gynecol Obstet* 1971;132:681-686.
- [60]. **Nishie A, Yoshimitsu K, Honda H et al.** Presacral dermoid cyst with scanty fat component : usefulness of chemical shift and diffusion-weighted MRI. *Computerized Medical Imaging & Graphics* 2003; 27:293-296.
- [61]. **CODY HS, MARCOVE RC, QUAN SH.** Malignant retrorectal tumors: 28 years' experience at memorial Sloan Kettering cancer hospital. *Dis Colon Rectum* 1981 ; 24 : 501-506.


[62].DAHAN H., ARRIVÉ L., WENDUM D., LE POINTE HD., ET AL.
Retrorectal Developmental cysts in adults : Radiologic-Histopathologic Review, Differential Diagnosis, and Treatment. RadioGraphics 2001.; 21: 575-584.

[63].COCO C., MANNO A., MATTANA C., VERBO A., SERMONETA D. et al. Congenital tumors of the retrorectal space in the adult : report of two cases and review of the literature. Tumori 2008; 94: 602-607



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
 - *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
 - *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
 - *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
 - *Les médecins seront mes frères.*
 - *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
 - *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
 - *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
 - *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*
- 

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
 - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .
- والله على ما أقول شهيد .

**الكيسة البشراية العملاقة
للأسك المستقيم
(بصدد حالة واحدة)**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيد : أحمد الحبش

المزوداد في : 27 يناير 1987 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: كيسة بشراية - أسك مستقيم - أمانة حميدة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

السيد: عبد اللطيف بنشقرون بلعباس

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة: اعتماد نصار

أستاذة مبرزة في طب الأشعة

السيد: أحمد جاهيد

أستاذ مبرز في علم التشريح الدقيق

السيد: محمد آيت أوغروي

أستاذ مبرز في طب الجلد

أعضاء