



HYDATIDOSE OSSEUSE : ETUDE DE 9 CAS

IPF02

Z.Hattab, D.Ben slimen, F.Bellazreg, N.Ben lasfar, W.Hachfi, A.Letaief
Service de maladies infectieuses Farhat Hached Sousse

Introduction :

- ❑ L'échinococcose osseuse est rare
- ❑ Elle est caractérisée par une latence clinique longue.
- ❑ Souvent méconnue, entraîne un long délai diagnostique et une prise en charge thérapeutique difficile.
- ❑ C'est une affection redoutable sur le plan fonctionnel car l'exérèse chirurgicale, aussi large soit elle, est souvent incomplète. Nous rapportons notre expérience clinique.

Patients et Méthodes :

- ❑ Etude rétrospective descriptive sur dossiers de patients suivis pour hydatidose osseuse dans le service de maladies infectieuses à l'hôpital Farhat Hached de Sousse,
- ❑ Durée de l'étude: 14 ans (2000-2014).
- ❑ Diagnostic parasitologique: identification directe macroscopique du parasite et/ou indirecte par étude sérologique et /ou sur les critères radiologiques.
- ❑ Définitions:
 - Evolution stable: Régression des signes cliniques et absence de progression des lésions radiologiques initiales.
 - Rémission: Disparition totale des signes cliniques et radiologiques associée ou non à la négativation de la sérologie hydatique.
 - Récurrence: Progression de l'atteinte osseuse initiale et/ou apparition de nouvelles lésions osseuses ou viscérales à distance.

Résultats :

- ❑ Neuf patients ont été inclus.
- ❑ Cinq hommes et 4 femmes. Age moyen= 43 ans (20-72).
- ❑ L'hydatidose osseuse était associée dans 2 cas à une localisation musculaire et pulmonaire.
- ❑ Les caractéristiques cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutifs sont résumés dans le tableau N°1.
- ❑ Six patients ont arrêté le traitement antiparasitaire avec bonne évolution clinique et radiologique.
- ❑ La durée moyenne à l'arrêt du traitement médical = 3 ans.
- ❑ Les figures 1 et 2: Clichés d'IRM en coupes coronales T1 du patient n°9 illustrant l'aggravation des lésions osseuses malgré un traitement combiné chirurgical et médical.

Tableau I: Caractéristiques cliniques, microbiologiques, thérapeutiques et évolutifs des 9 patients suivis pour hydatidose osseuse.

cas	Age/ sexe	Localisation de l'atteinte	durée de la maladie	Chirurgie antérieure	Durée de ttt par albendazole	sérologie	suivi	évolution
1	72/F	Fémur	10 ans	Non**	1 an	Négative	PDV	stable
2	36/F	Rachis+cotes	23 ans	oui	3 ans	Non faite	En cours	stable
3	29/M	Rachis+cotes+médiastin	22 ans	oui	5 ans	Non faite	Paraplégie séquellaire	stable
4	47/F	Hanche	11 ans	oui	2ans*	Négative	PDV	Rémission
5	20/M	Rachis	1 an	oui	1 an*	Non faite	En cours	Récurrence
6	47/F	Hanche	18 ans	oui	4 ans	Négative	En cours	stable
7	52/M	Rachis	31 ans	oui	10 ans*	positive	PDV	Récurrence
8	32/M	Rachis	6 ans	oui	5 ans	Non faite	En cours	stable
9	49/M	bassin	18 ans	oui	14ans*	positive	En cours	Récurrence

*: Arrêt du traitement médical de quelques mois à des années; **:Traitement pré-opératoire; PDV: perdu de vue

Discussion :

- ❑ L'échinococcose osseuse reste rare même dans les zones endémiques avec une fréquence estimée dans la littérature entre 0.5% et 5%.
- ❑ Les sites préférentiellement atteints sont par ordre croissant: Le rachis (44%), les os longs (30%) et le bassin (16%).
- ❑ L'association à un kyste viscéral est de 12% à 25 % des cas.
- ❑ Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.
- ❑ Confirmation par l'étude histologique de la lésion.
- ❑ Dans la majorité des cas, il faut associer le traitement chirurgical à l'albendazole pendant 6 mois.
- ❑ Pas de recommandations concernant la durée optimale en post-opératoire du traitement médical antiparasitaire.
- ❑ Les récurrences sont assez fréquentes dans l'échinococcose osseuse: 16%.

Conclusion : L'hydatidose osseuse demeure une affection rare et de mauvais pronostic fonctionnel. Les atteintes vertébrales et pelviennes sont les plus sévères. La chirurgie parfois délabrante, associée à un antiparasitaire peut améliorer le cours évolutif de la maladie avec moins de récurrence.



Figure 1: Multiples lésions vésiculaires de l'os coxal gauche et un important remaniement de la tête fémorale gauche associé à un gros kyste diaphysaire (hyposignal T1)

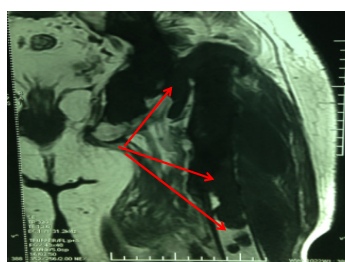


Figure 2: Aggravation avec atteinte multivésiculaire de l'os iliaque gauche associée à une importante atteinte des 2/3supérieurs de la diaphyse fémorale gauche

zouhourhattab@yahoo.fr