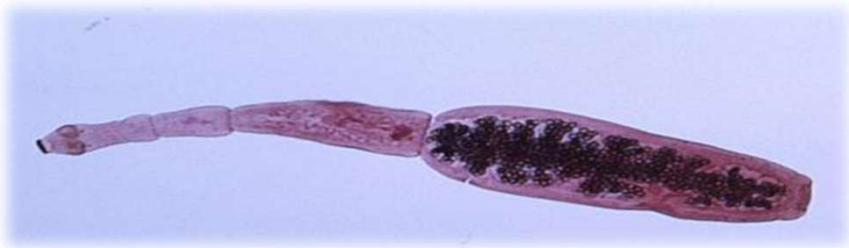


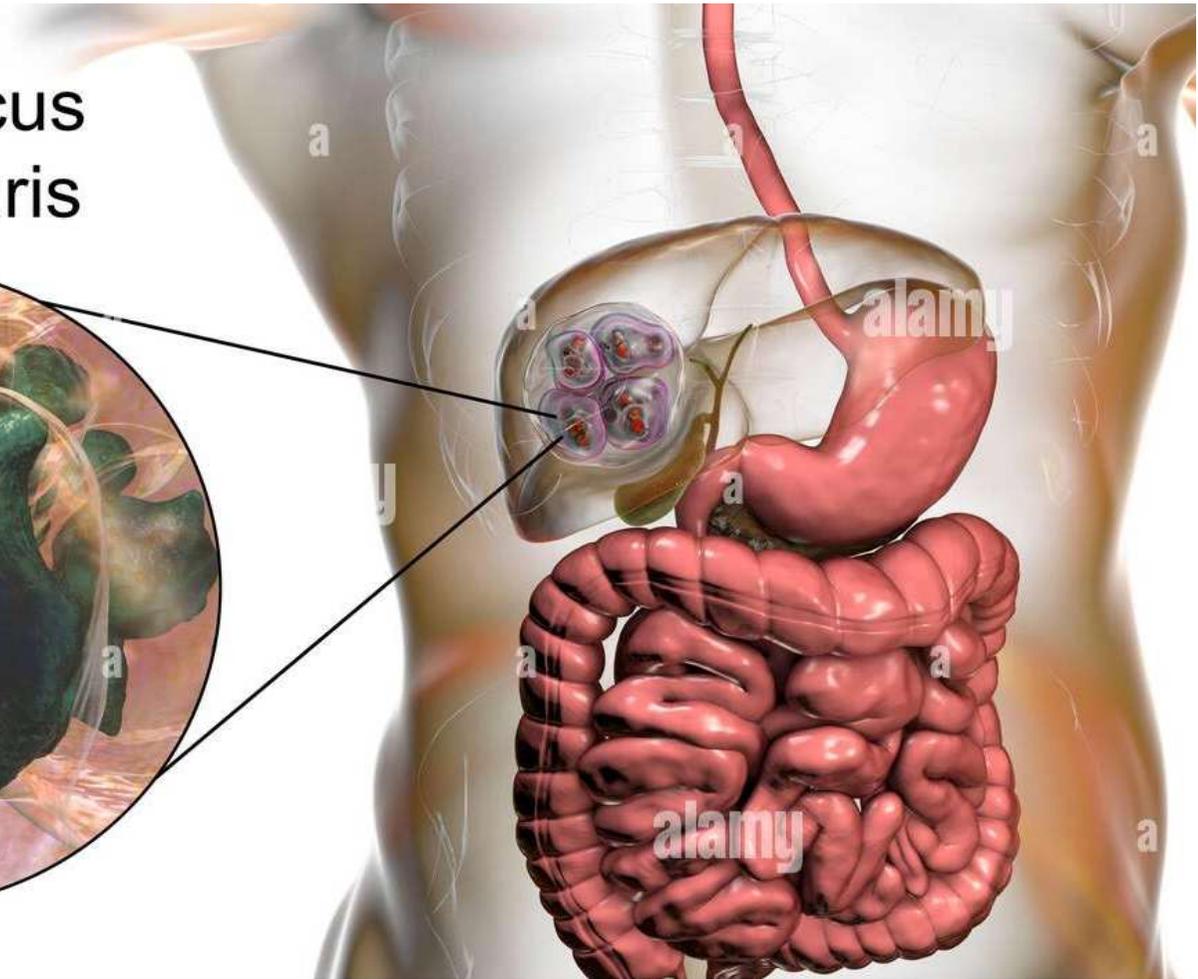
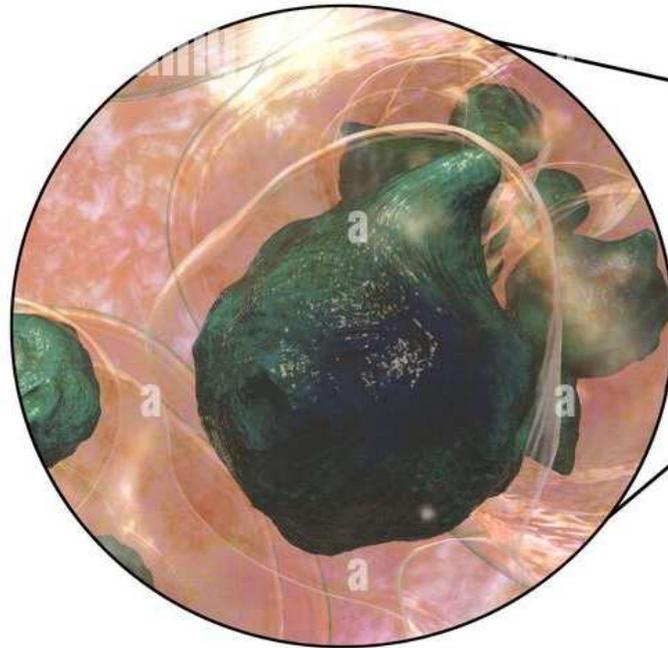
Quizz clinique



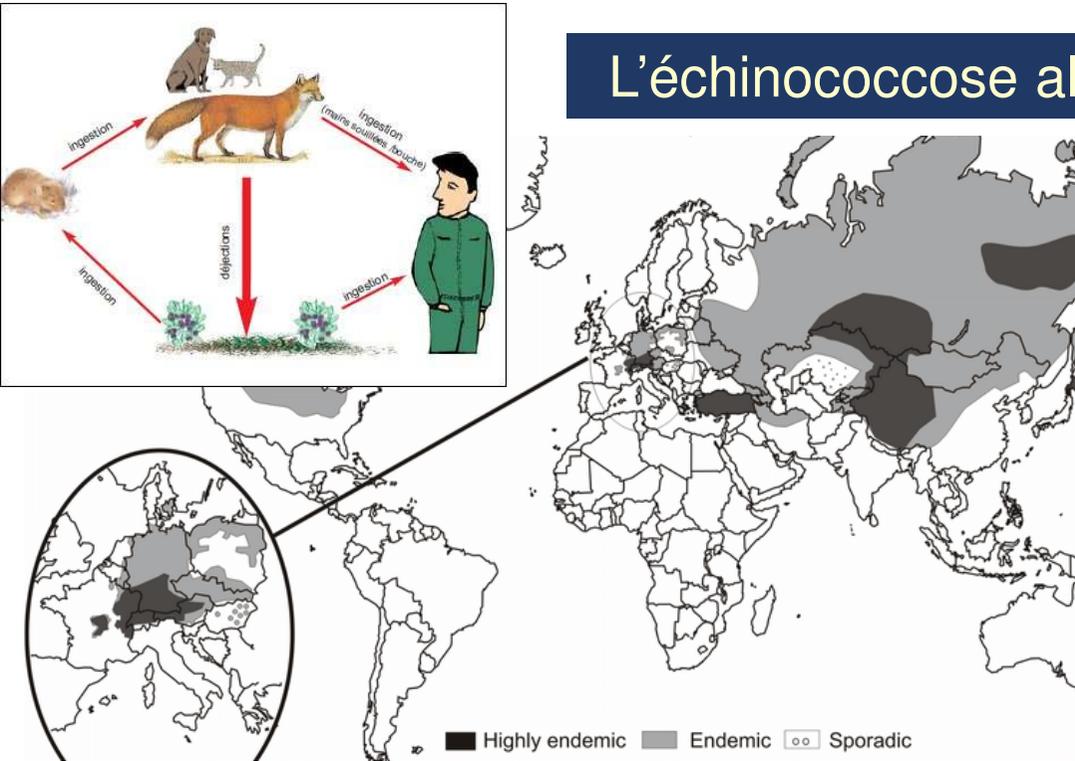
L.Spahr et
S. Bresson-Hadni



Echinococcus
multilocularis

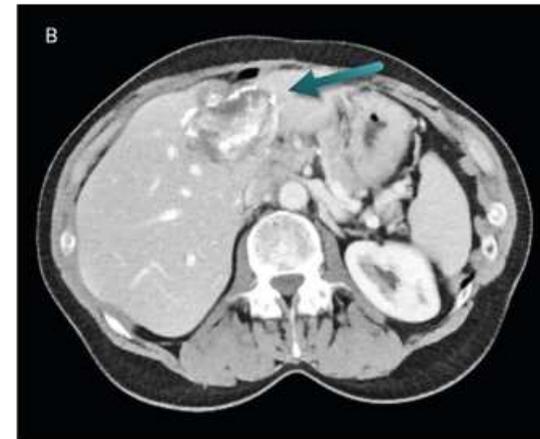


L'échinococcose alvéolaire **UN RAPPEL**



DIAGNOSTIC

- **Épidémiologie**
- **Imagerie**
 - US, CT, IRM, PET CT
 - Lésion mixte (tissulaire et kystique); calcifications, atteinte vssx, voies biliaires, ..
- **Sérologie**
 - ELISA: AG brut, Ag spécifique (EM2, EM18), WBlot, PCR (tissu)



Parasite → renard, chien → humain (hôte accidentel)
Fréquence EALv augmente (renards, urbanisation) + tt IS
Hémisphère Nord (D, CH, F, AUT, ...Chine, ..)

Clinique: asymptomatique → non spécifique →
hépatomégalie, ictère, tableau pseudo tumeur, ...

Traitement: médicamenteux (Albendazole) +/- chirurgie

- Patiente de 26 ans, originaire de Côte d'Ivoire
- Réside dans l'Ouest de la France depuis 2015, sans retour au pays depuis

- ATCD personnels:
 - appendicectomie dans l'enfance
 - accès palustres
 - crises répétées de douleurs biliaires en 2019 :
 - cholecystectomie laparoscopique
 - crise douloureuse abdominale aiguë (épigastre) mars 2020:
 - CT abdo: RAS.

- ATCD familiaux: RAS

- Mode de vie:
 - Tabac/alcool: 0
 - Résidence en appartement, en ville
 - Pas de chiens, ni de chats
 - Pas de cueillettes de végétaux sauvages/Pas de potager

. Prises médicamenteuses: 0

- **22/01/2022:**

admise aux urgences :

- douleurs ++ hypochondre droit évoluant depuis 2 semaines
- vomissements, intolérance alimentaire totale et fièvre (maxi:39°c).

- **Status:**

- Poids 53kg (- 3 kg récemment), BMI: 18
- Pas d'ictère ni sub-ictère
- Abdomen souple, dépressible.
Sensibilité ++ hypochondre Droit et épigastre
- Pas d'hépatosplénomégalie; pas d'ADP
- Pas d'éruption cutanée

- **Complément biologique dans les suites de l'admission:**

Ac anti-VIH, VHC -/ Ac anti-HBc +, Ac anti-VHA +
AFP, CA 19.9 : normaux.

- **Bilan biologique:**

Leucos: 10700/mm³ (6700

PNN; **1680 éosinos**, 1700

lymphos)

Hb 10.8 g/L

Thrombocytes: 512000/mm³

CRP: **73** mg/L

ASAT: 22 UI/L (N <50)

ALAT: 38 UI/L (N<50)

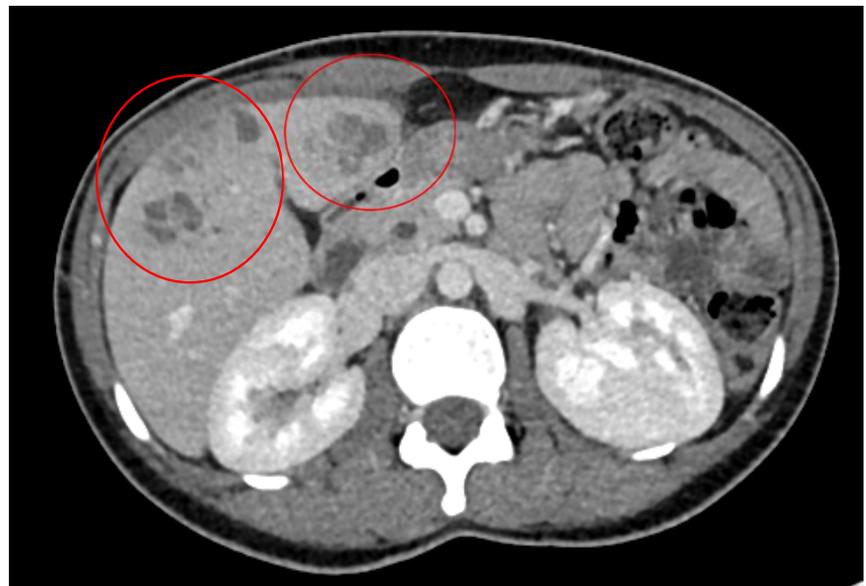
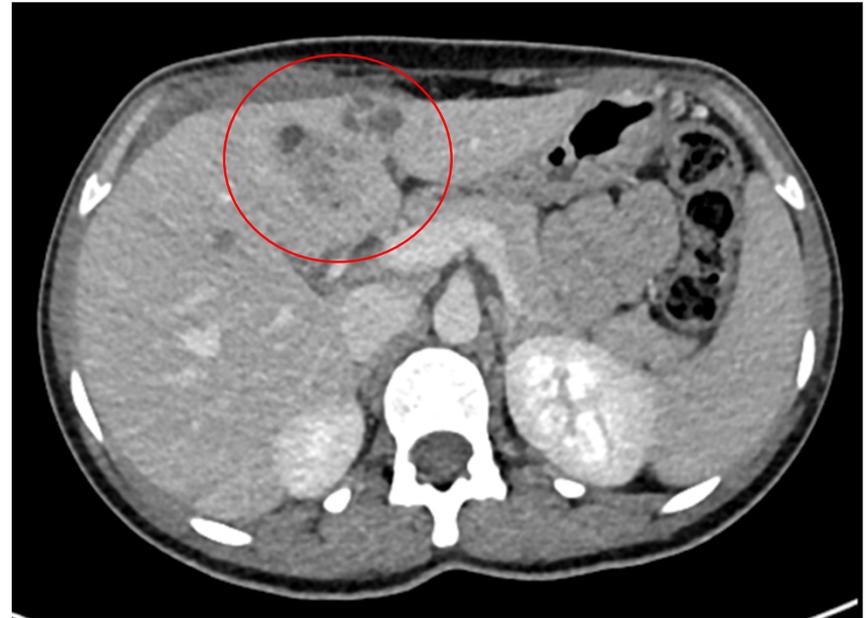
PAL: **268** UI/L (N <110)

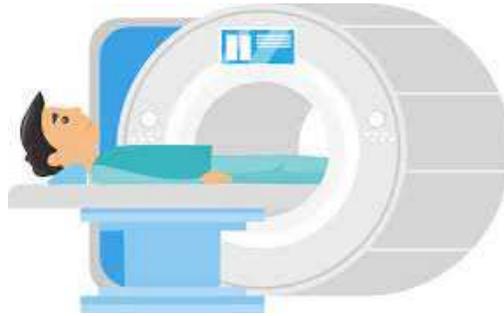
GGT: **116** UI/L (N<50);

Bili : 4 µmol/L

Hémocultures/urines: stériles

- **22/01/2022: examens radiologiques**
 - **Rx thorax:** sp
 - **US abdo:** multiples lésions hypoéchogènes hépatiques.
 - **CT abdomino-pelvien:**





- CT Scan

- Multiples lésions hépatiques diffuses de densité mixte tissulaire et kystique avec multiples logettes liquidiennes d'aspect multiloculé, la plus volumineuse segment IV (45 mm).

Pas de rehaussement après injection du produit de contraste.

Abcès?

- Discrète ectasie des voies biliaires; loge de cholecystectomie: sp

- Pas d'ascite

- **Devant l'aspect multikystique des lésions au scanner et l'hyperéosinophilie, le diagnostic d'échinococcose alvéolaire (EA) est évoqué.**
- **Sérologie échinococcoses**
 - **1^{ère} ligne**
 - . **ELISA Ag brut +++ 2560**
 - . Elisa Ag spéc Em 2+: douteux, spéc Em18 négatif
 - **2^{ème} ligne**
 - Western Blot: négatif (absence de bandes)

→ conclusion: Positivité du test sérologique

- Diagnostic retenu: forme multi-focale d'échinococcose alvéolaire (EA)
- Discussion multidisciplinaire: exérèse complète des lésions non possible (cf caractère diffus). Prise en charge médicale
- Metronidazole IV: 22/01 au 27/01/2022
- Albendazole (ABZ) 400mgx2/j débuté le 28/01/2022, au long terme.

- **08/03/2022:** Evolution favorable sous albendazole (ABZ)

- **Clinique :**

- Disparition de la symptomatologie
- Reprise pondérale

- **Biologie :**

- Normalisation éosinophilie :
420/mm³
- Amélioration tests hépatiques:
PAL: 135 UI/L
GGT: 85 UI/L
- Normalisation CRP:
1,7mg/L

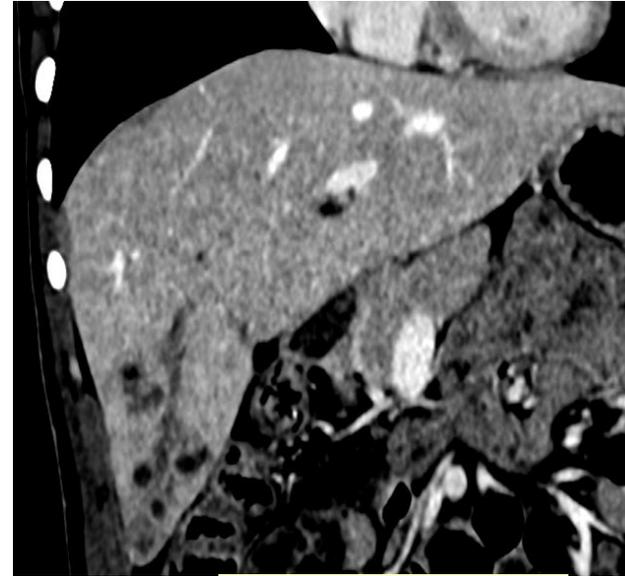
- **Imagerie (CT/IRM)**

Evolution dissociée:

- ↓ lésion segment IV
- apparition de nouvelles lésions dans le segment VI



Janvier 2022



Mars 2022

Evolution dissociée des lésions hépatiques (progression dans le segment VI, diminution dans le segment IV)



Quels sont les éléments qui sont contre un diagnostic d'échinococcose alvéolaire (EA)?

- A.** une épidémiologie non compatible
- B.** une hyperéosinophilie marquée
- C.** des résultats sérologiques « moyennement convaincants »
- D.** les données de l'imagerie

Le dossier est revu
le diagnostic d'EA est infirmé en raison:

A. D'une épidémiologie non compatible

Originaire d'Afrique/Pays de Loire depuis 7 ans. Mode de vie...

B. De l'hyperéosinophilie marquée

Hyperéosinophilie: très exceptionnelle au cours de l'Echinococcose alvéolaire

C. Des résultats sérologiques

ELISA Ag + : test très sensible mais non spécifique...!!!

D. Des données de l'imagerie

Imagerie normale 2 ans + tôt/absence de calcifications en mie de pain...

Quel diagnostic était à envisager en priorité
devant ce tableau?

**Images de CT scanner évocatrices d'abcès, dont
certains sous-capsulaires**

+

Hyperéosinophilie marquée



Images tomodensitométriques évocatrices d'abcès, dont certains sous-capsulaires

+

Hyperéosinophilie marquée

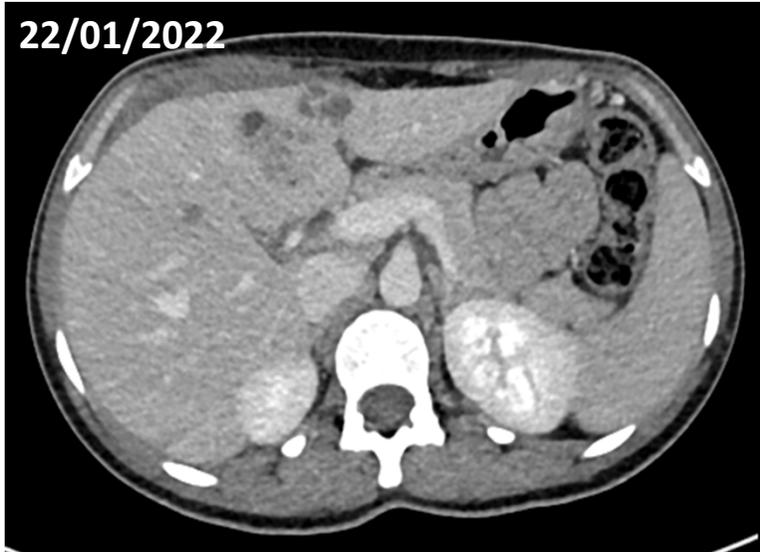


ABCES DISTOMIENS

Abcès distomiens? Comment en faire la preuve?

- **Sérologie distomatose (08/03/2022): explosive!**
 - **ELISA:** 2560
 - **WBlot:** fortement positif!!!
 - bandes 8-9:++
 - bande 27-28: +++++
 - bande 42: ++

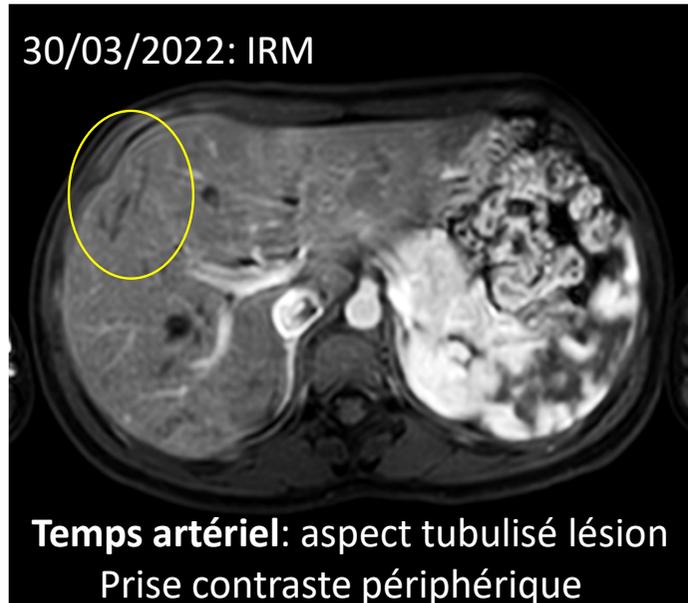
22/01/2022



CT initial

- Localisation sous-capsulaire de la plupart de ces « abcès »
- Aspect serpigneux, tubulisé de certaines lésions ++

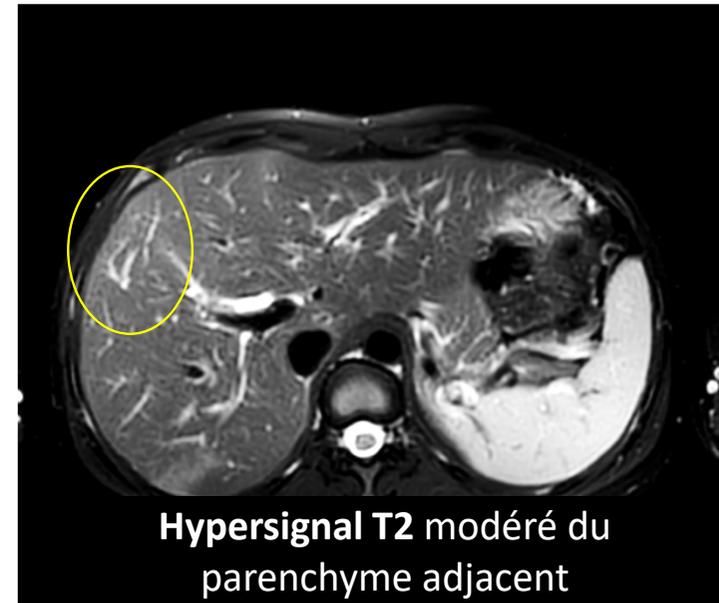
30/03/2022: IRM



Temps artériel: aspect tubulisé lésion
Prise contraste périphérique



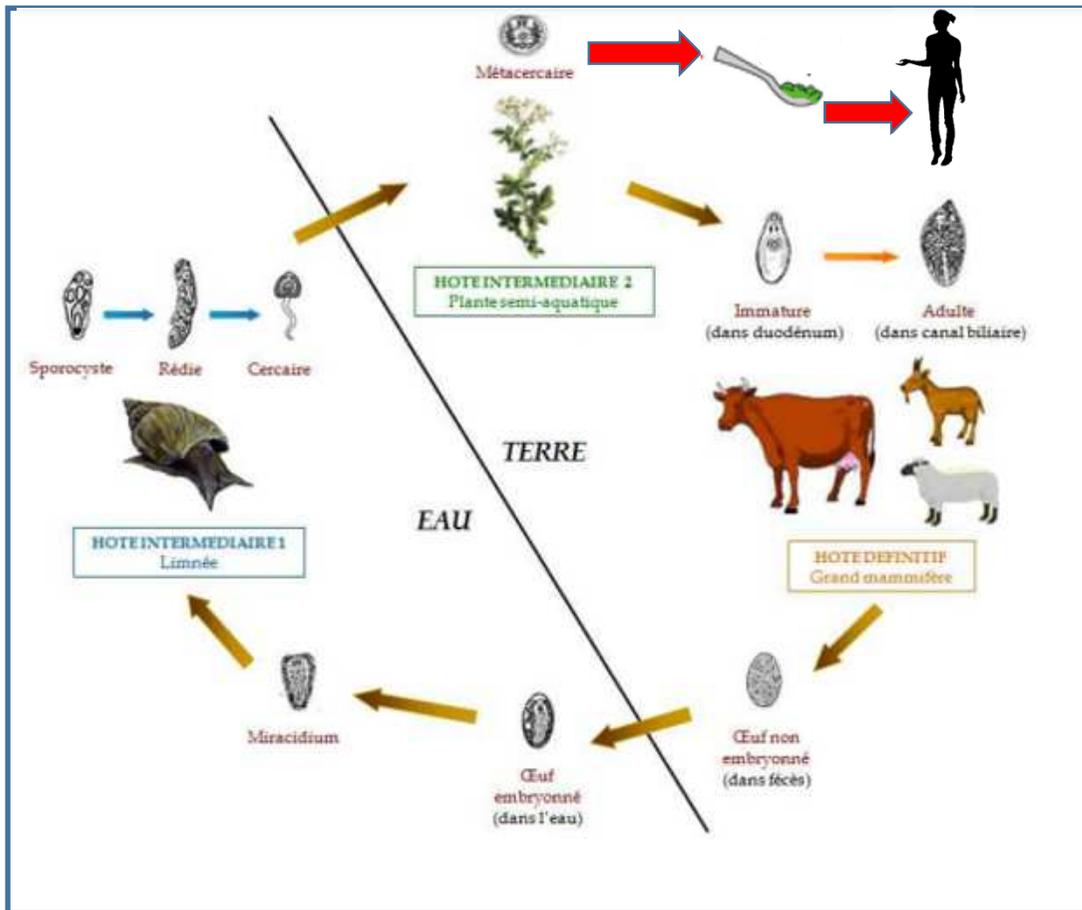
Temps portal: persistance prise de
Contraste périphérique



Hypersignal T2 modéré du
parenchyme adjacent

Fasciolose: distomatose hépato-biliaire

Développement accidentel chez l'homme de *Fasciola (F) hepatica* et *F. gigantica*.

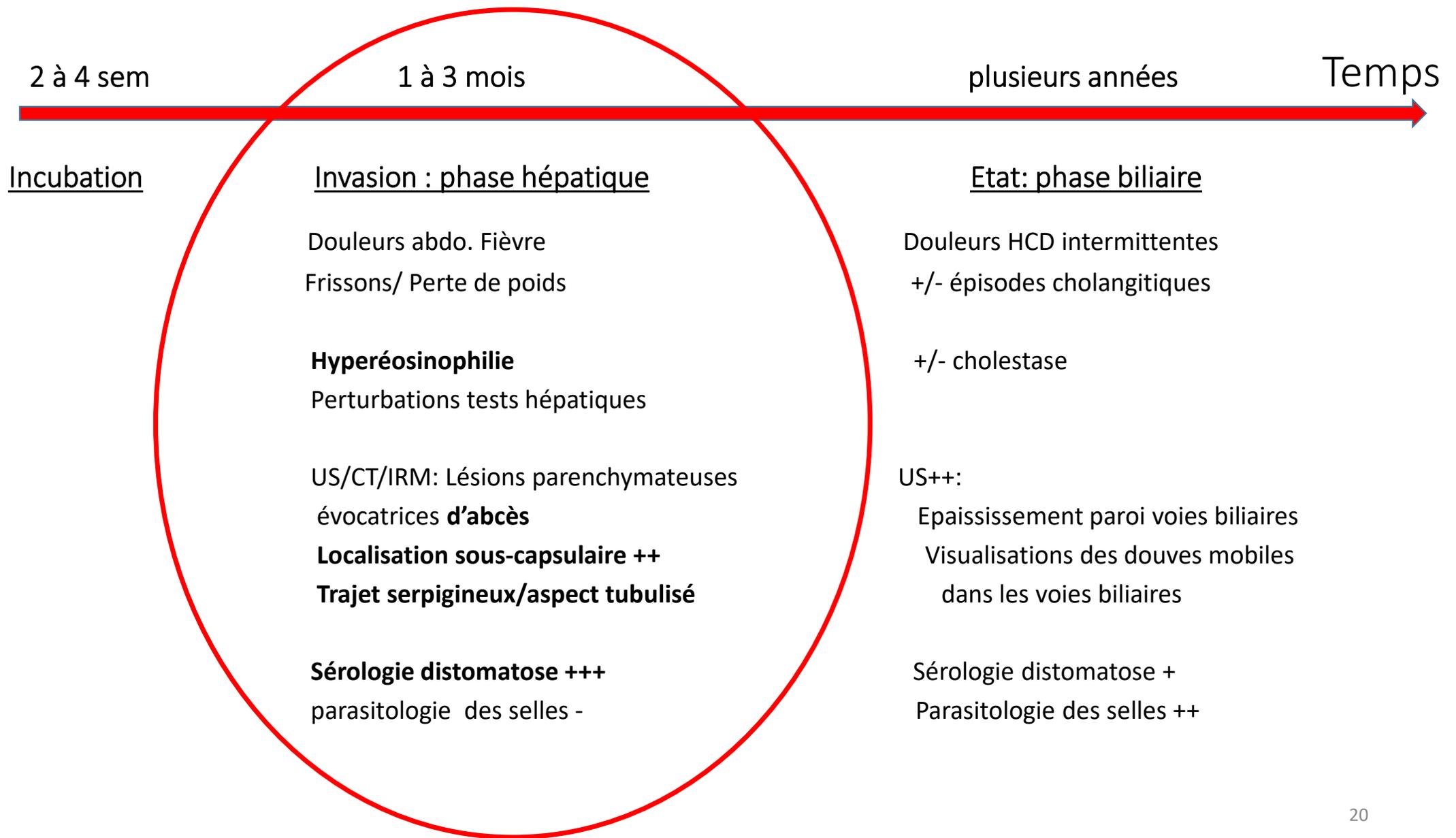


Distribution globale de la fasciolose.

Extrait de Nryindi Mand Lukambagire A-D
BioMed Research International 2015.ID 786195.

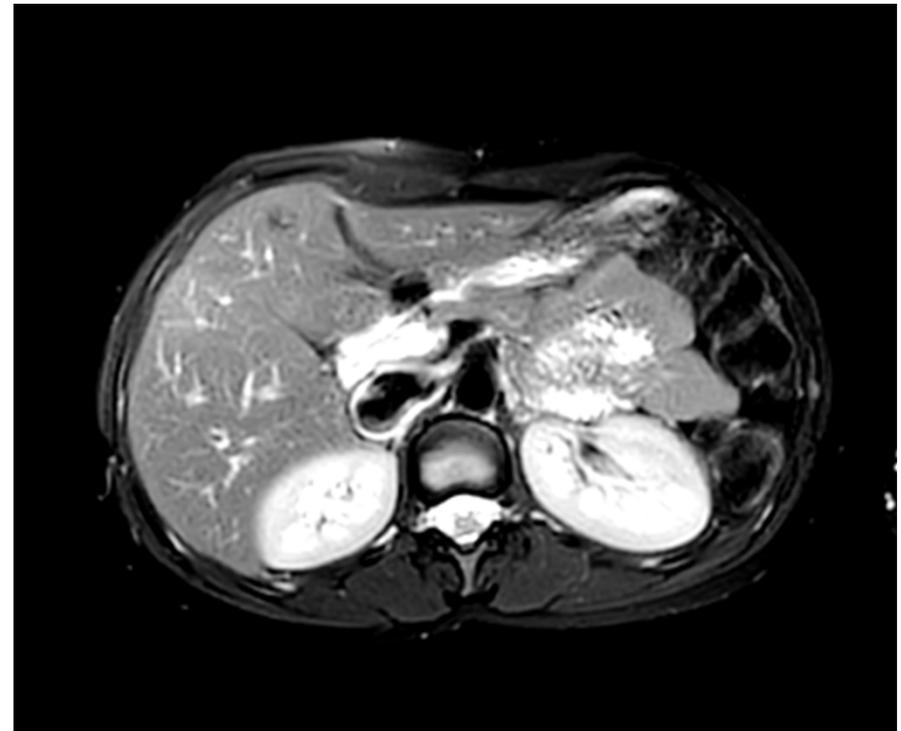
<http://dx.doi.org/10.1155/2015/786195>.

**➔ Parasitose ubiquitaire:
90% des pays.**



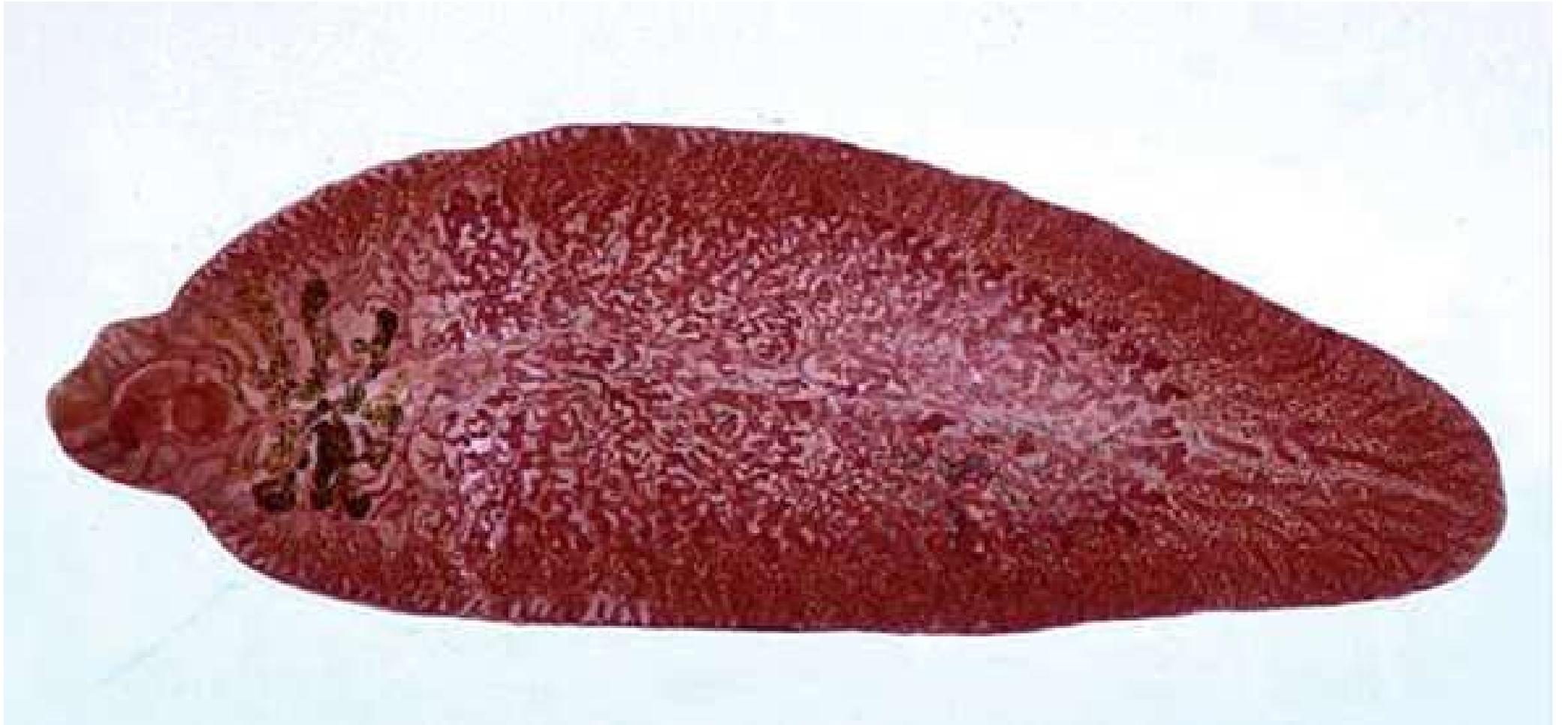
Fin de l'histoire...

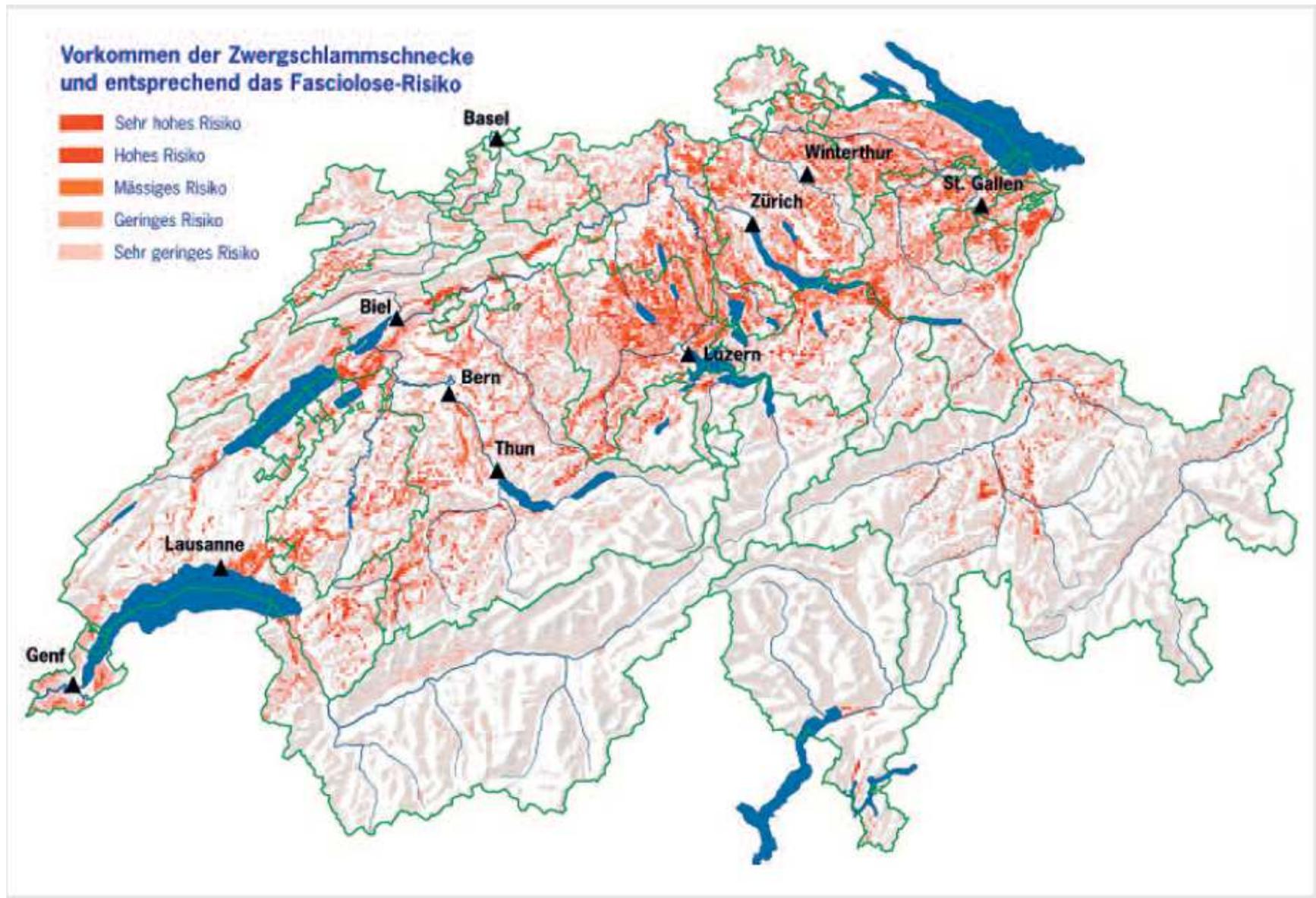
- Arrêt albendazole
- Triclabendazole 10mg/kg en 1 prise, répété à 12h
- Enquête épidémiologique négative
- Evolution des lésions favorable à 6 mois
- Stop traitement, va bien



Fasciolose en Suisse

- Rare, mais tendance actuelle à une augmentation des cas
- Majoritairement cas importés (voyages, immigrations) jusqu'en 2009
- Emergence actuelle d'infections autochtones
- Prévalence de l'infection du bétail: 8.4 - 21.4%
- Importance de sensibiliser les praticiens





Health FOOP. Erkrankungen bei Menschen durch Befall mit dem grossen Leberegel (*Fasciola hepatica*). FOPH Bulletin, 2009:904-10.