

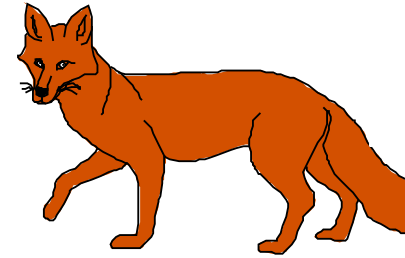
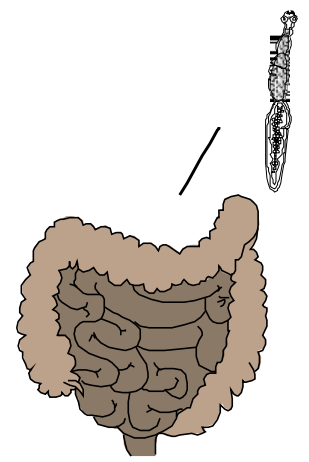
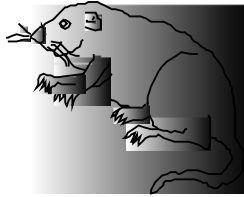
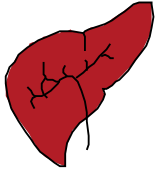
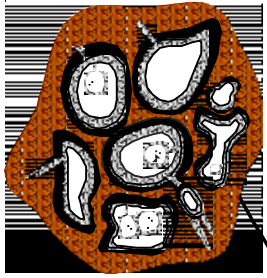
# L'échinococcose alvéolaire en France de 1982 à 2005

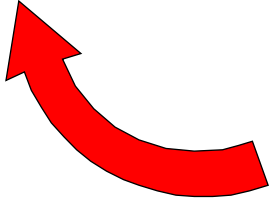
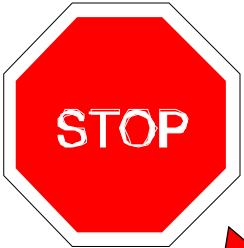
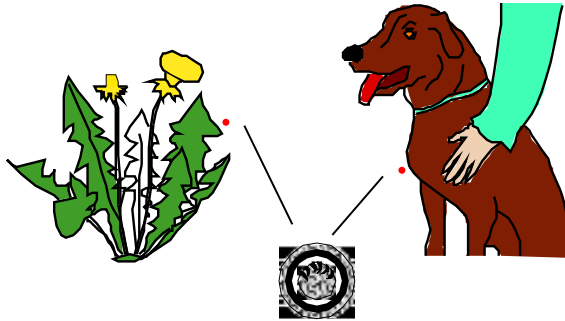
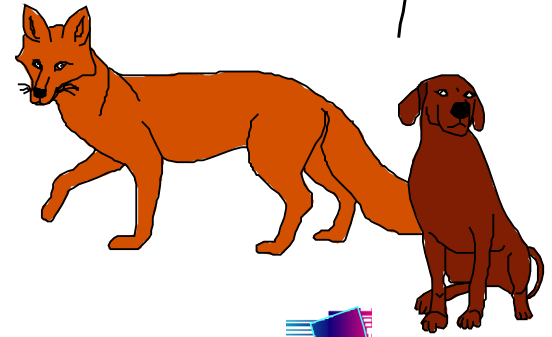
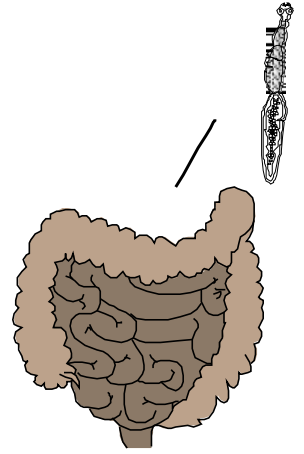
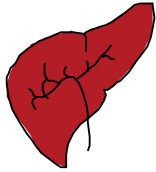
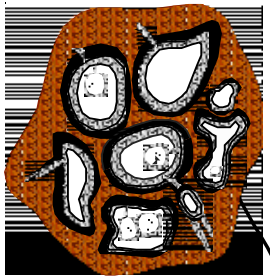
M Piarroux (1), R Piarroux (1), J Knapp (1), I Capek (2),  
S Bresson-Hadni (1) et le réseau FrancEchino.

*(1) FrancEchino, CHU de Besançon (2) InVS*

# Echinococcose alvéolaire (EA)

- Parasitose hépatique provoquée chez l'Homme par la larve d'un petit ténia du Renard, *Echinococcus multilocularis*.
- Prolifération **larvaire** : envahissement progressif des tissus adjacents.
- Tableau **clinique** souvent grave : comparable à un cancer hépatique d'évolution lente, état général longtemps conservé.





# Le réseau de surveillance des échinococcoses FrancEchino

**1997** : Création d'un réseau européen de surveillance de l'EA (Eurechinoreg), et d'un réseau français (FrancEchino), **étude rétrospective pour la période avant 1997 puis prospective terminée en 2001.\***

**2001**: **Poursuite de l'étude de manière prospective**, en collaboration avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) depuis 2003.

\* Kern P., Bardonnnet K., Renner E., Auer H., Pawlowski Z., Ammann R.W., Vuitton D.A., Kern P. and the European Echinococcosis Registry (2003) European Echinococcosis Registry: Human alveolar echinococcosis, Europe, 1982-2000. Emerging infectious diseases. 9(3), 343-349.

# Objectifs du réseau en matière d'EA

**Détecter** en tendant vers l'exhaustivité les cas d'EA en France.

En **décrire** les aspects cliniques, épidémiologiques et les tendances évolutives.

# Organisation

**MEDECINS**

(Généralistes ou différents spécialistes concernés)

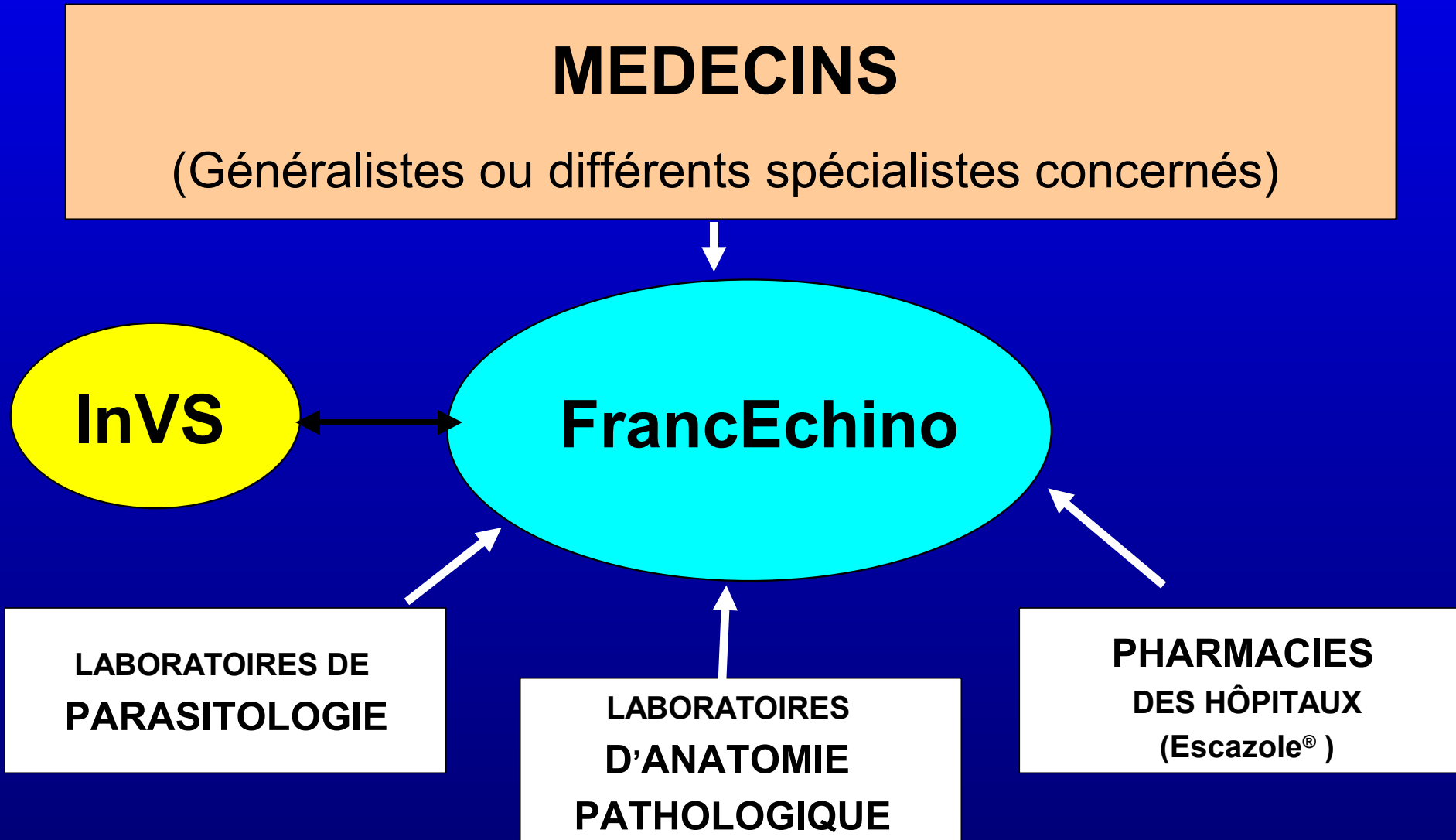
**InVS**

**FrancEchino**

**LABORATOIRES DE  
PARASITOLOGIE**

**LABORATOIRES  
D'ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE**

**PHARMACIES  
DES HÔPITAUX  
(Escazole®)**



# **Matériel et méthodes 1 :**

## **Les questionnaires standardisés**

- **Dossier initial en trois parties est soumis :**
  - **aux médecins traitants :**
    - volet administratif,
    - volet médical (310 dossiers complets);
  - **aux patients :**
    - volet épidémiologique
- **Fiche de suivi annuelle.**
- **Enregistrement anonyme dans une base de données.**



# Matériel et méthodes 2 :

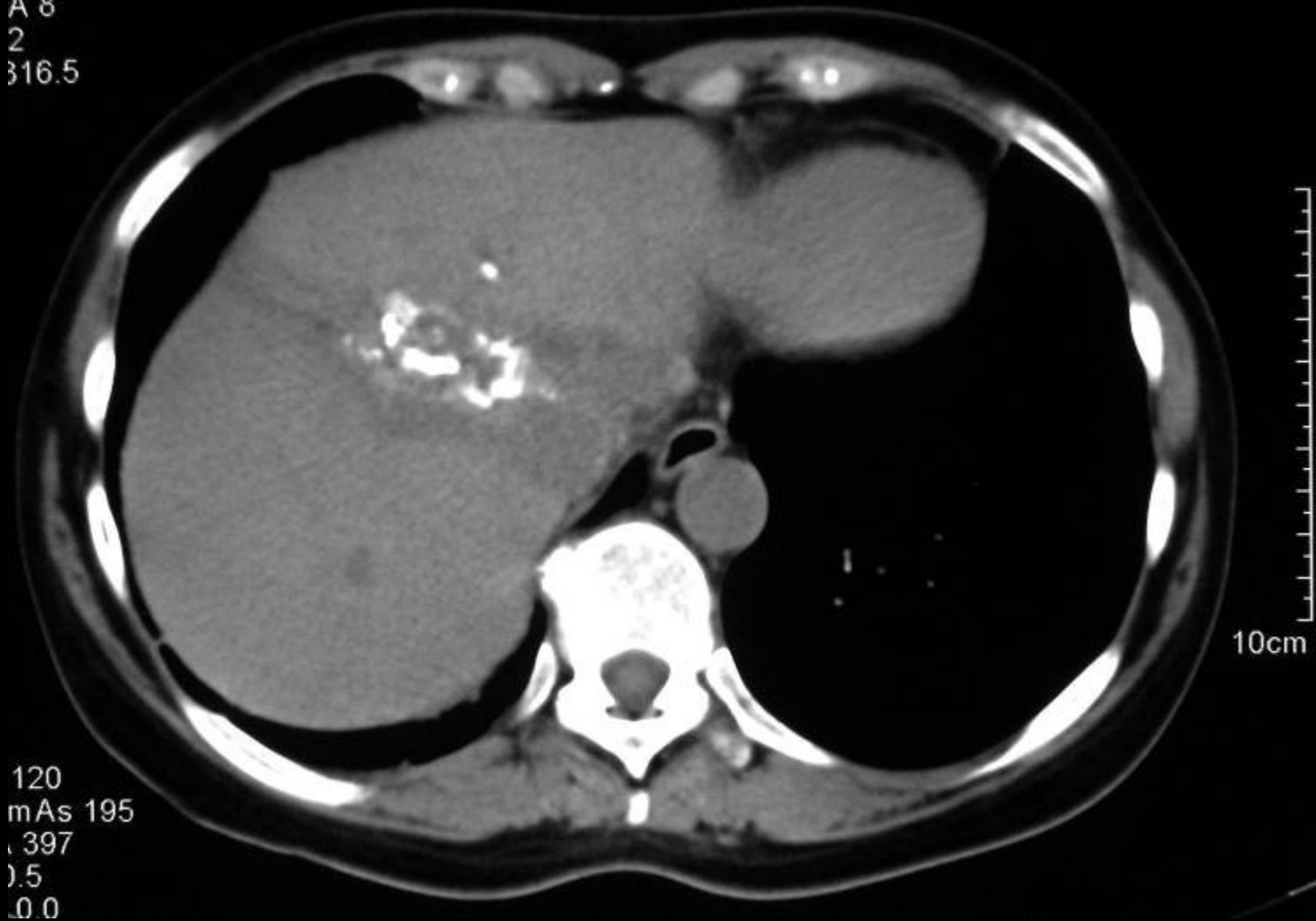
## Définition des cas

**Cas suspects** : Sérologie de dépistage positive,  
Données d'imagerie compatibles,

ou

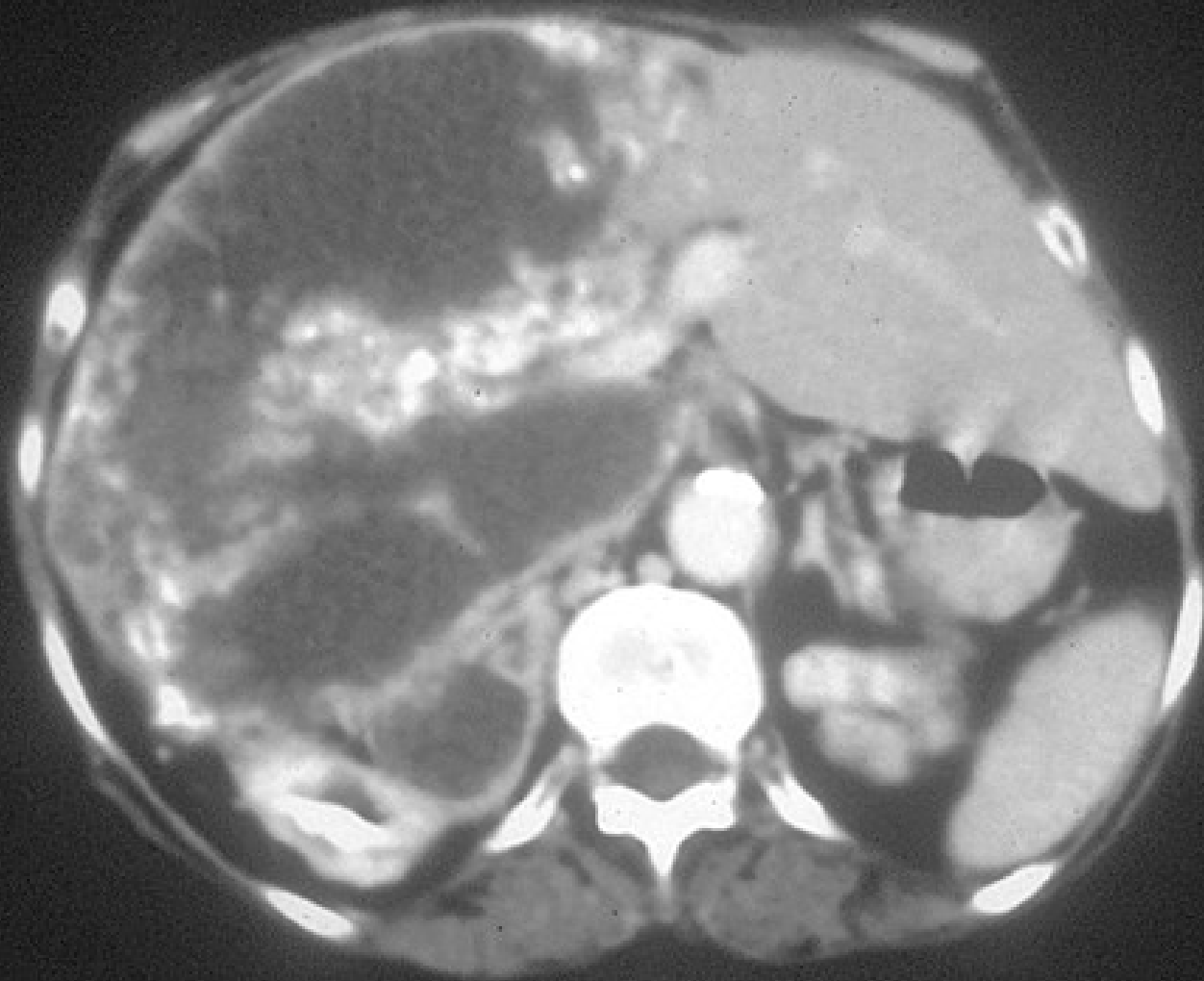
# Scanner : lésion asymptomatique

9/03  
5:48.29  
A 8  
2  
316.5



120  
mAs 195  
, 397  
1.5  
.0.0

# Scanner : lésion évoluée



# Matériel et méthodes 2 :

## Définition des cas

**Cas suspects** : Sérologie de dépistage positive,  
ou  
Données d'imagerie compatibles,  
Anatomie pathologique évocatrice,

# Matériel et méthodes 2 :

## Définition des cas

**Cas suspects** : Sérologie de dépistage positive,  
ou { Données d'imagerie compatibles,  
Anatomie pathologique évocatrice,  
Traitement par albendazole > 30 jours.

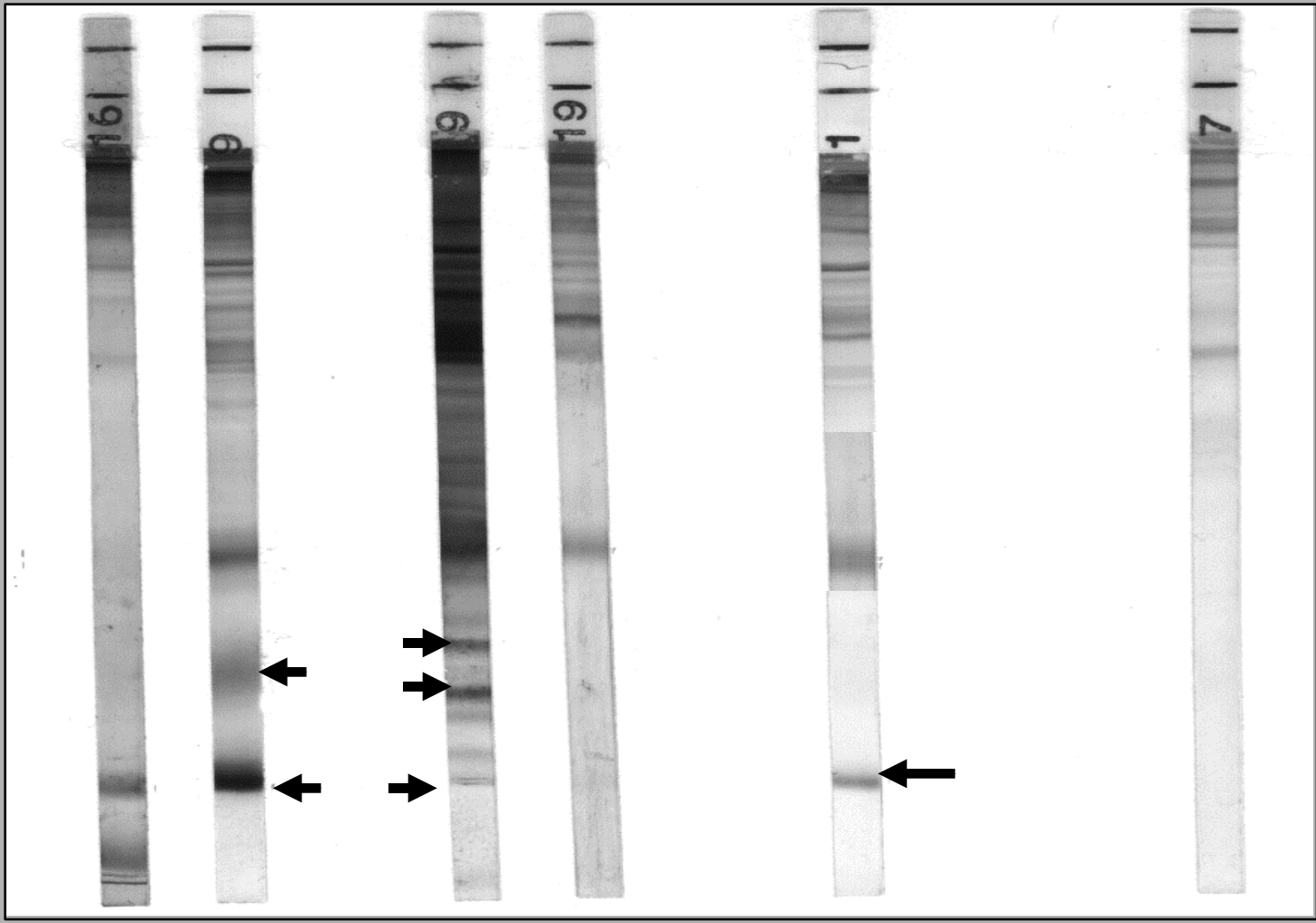
# Matériel et méthodes 2 :

## Définition des cas

**Cas suspects** : Sérologie de dépistage positive,  
ou  
Données d'imagerie compatibles,  
Anatomie pathologique évocatrice,  
Traitement par albendazole > 30 jours.

**Cas certains** : Sérologie confirmée par Western blot,  
ou

EK\* EK EA E\*\* E  
P1 P2 P3 P4 P5 T-



\*EK : Echinococcose kystique ou hydatidose (due à *Echinococcus granulosus*)

\*\*E : Echinococcose sans détermination de l'espèce

# Matériel et méthodes 2 :

## Définition des cas

**Cas suspects** : Sérologie de dépistage positive,  
ou  
Données d'imagerie compatibles,  
Anatomie pathologique évocatrice,  
Traitement par albendazole > 30 jours.

**Cas certains** : Sérologie confirmée par Western blot,  
ou  
Anatomie pathologique typique,





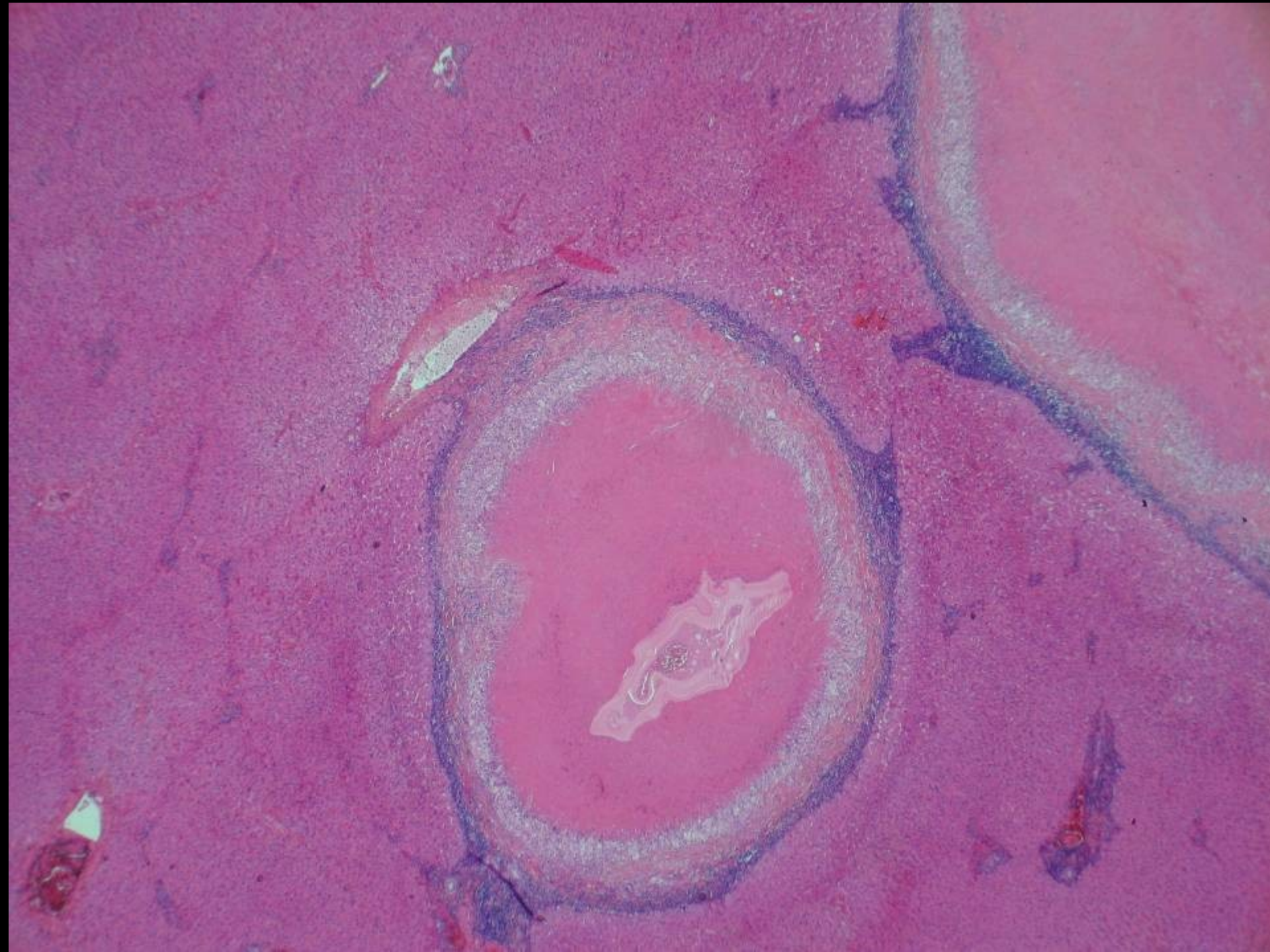
ANOFEL

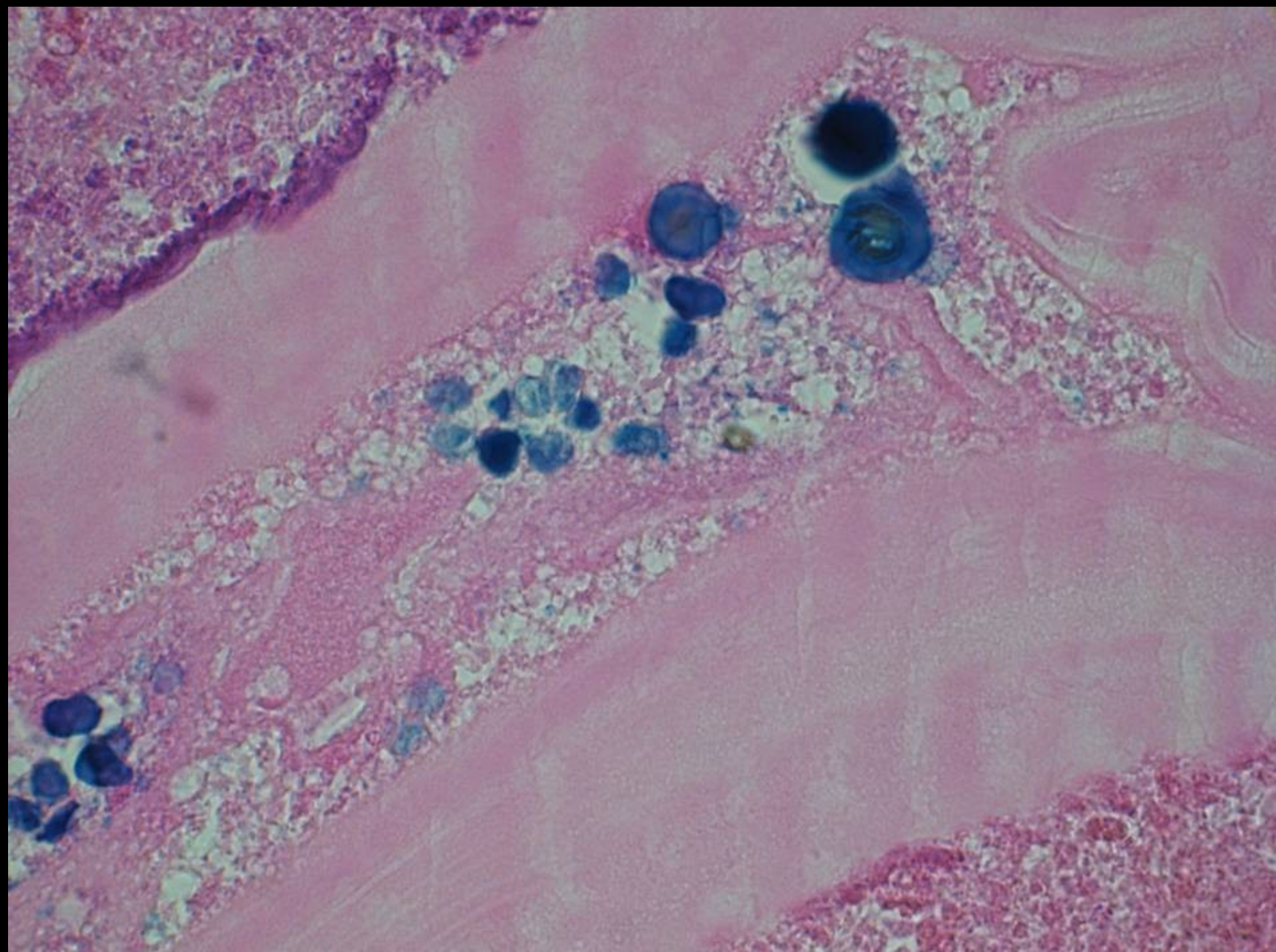
0069



2006 00251







# Matériel et méthodes 2 :

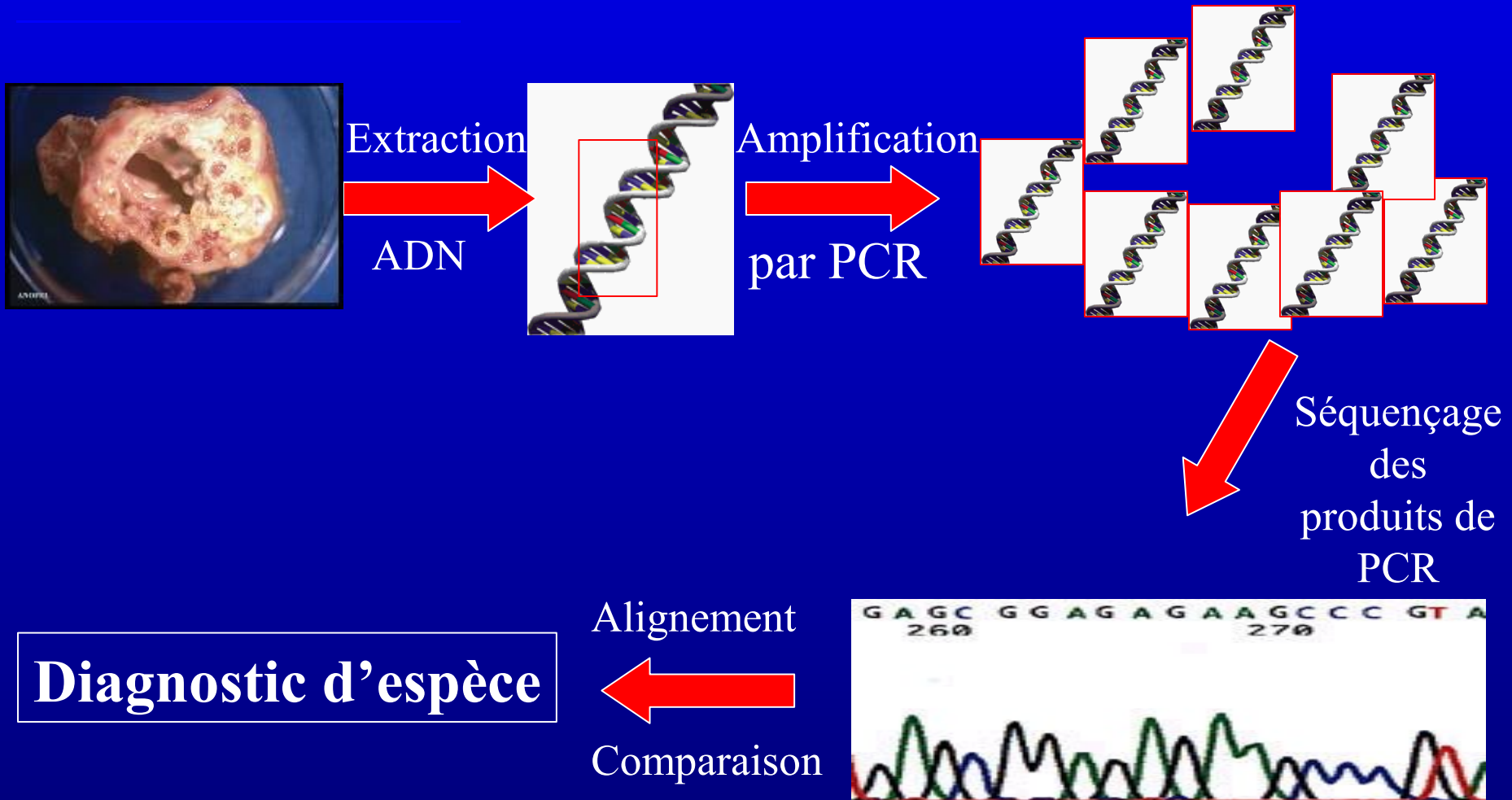
## Définition des cas

**Cas suspects** : Sérologie de dépistage positive,  
ou  
Données d'imagerie compatibles,  
Anatomie pathologique évocatrice,  
Traitement par albendazole > 30 jours.

**Cas certains** : Sérologie confirmée par Western blot,  
ou  
Anatomie pathologique typique,  
Examen tissulaire par PCR (recherche).

# Séquençage de l'ADN collecté à partir d'une lésion à titre diagnostique

## METHODE

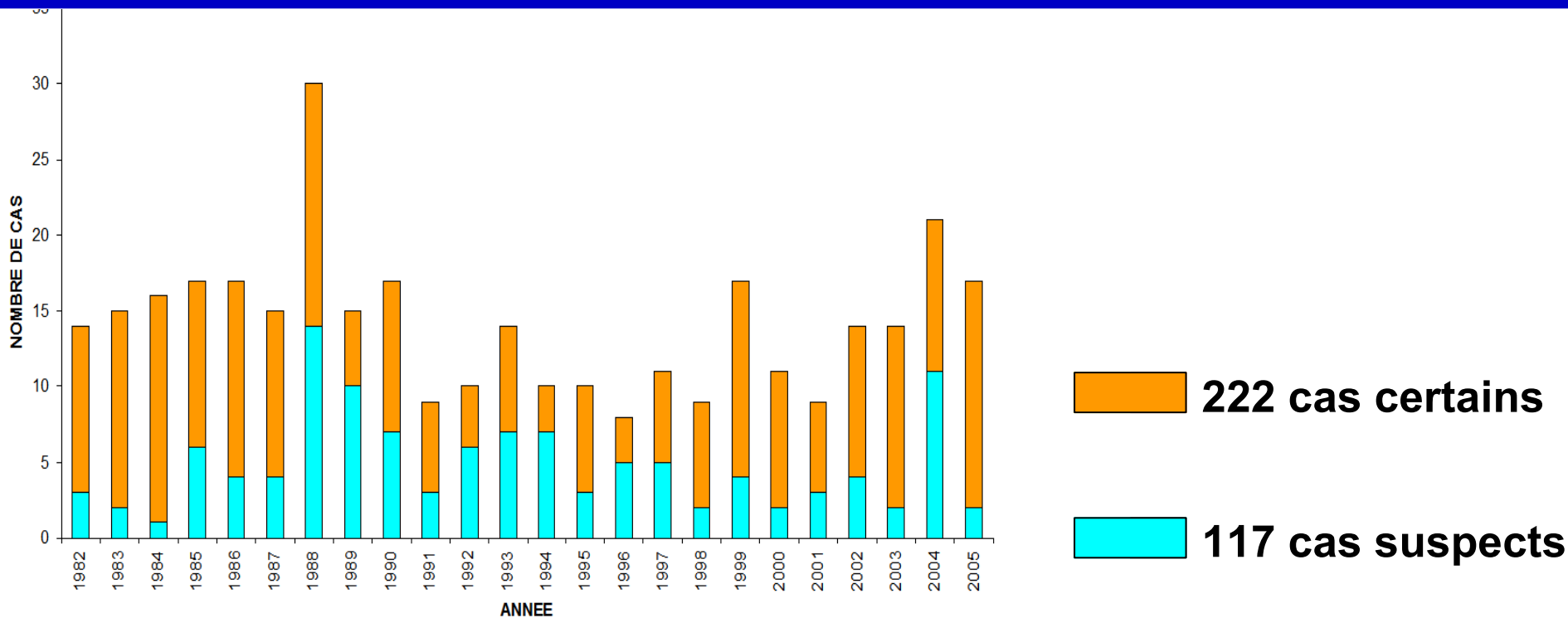


# Résultats

# Variation de l'incidence annuelle

339 cas diagnostiqués entre 1982 et 2005 :

14 cas incidents/an en moyenne (stable)

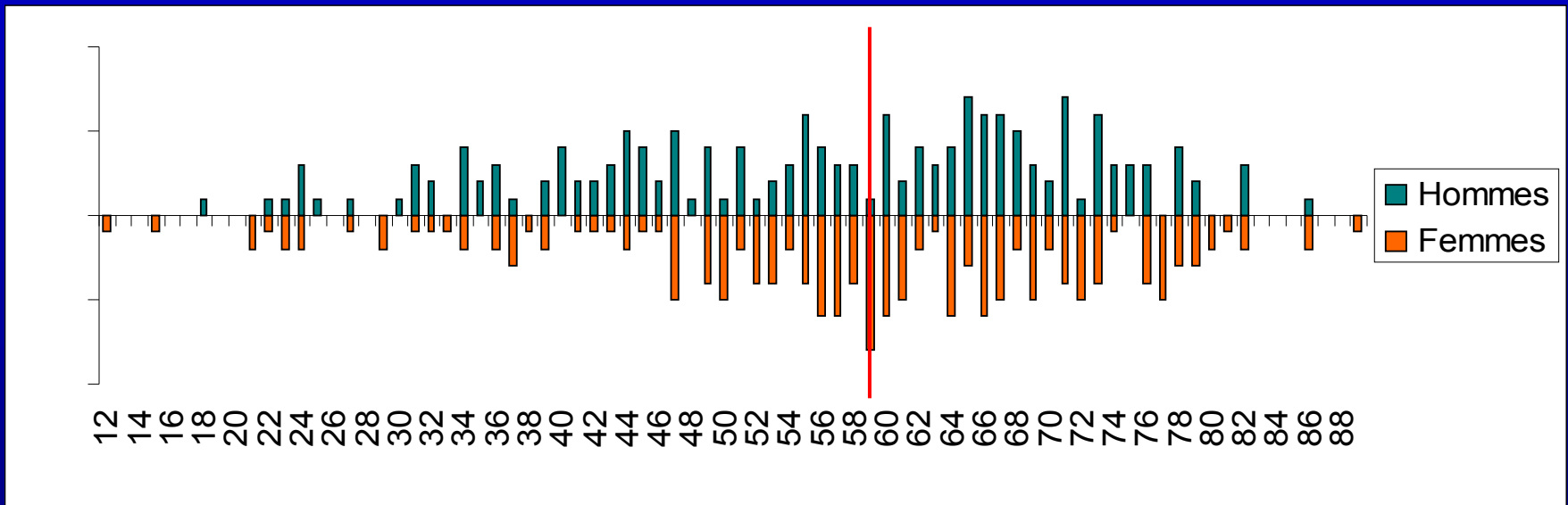




# Données démographiques

**Ratio hommes/femmes**  $\simeq 1$  (0,96 ; stable)

**Age médian** au diagnostic : **59 ans** (stable, extrêmes : 12 - 89 ans).



# Circonstances de diagnostic

	1982-1989 n=137	1990-1997 n=81	1998-2005 n=92
Fortuit	13%	19%	27%
Dépistage	10%	16%	2%
Symptômes	77%	65%	71%

Les dépistages sont de deux types :

- dépistage de masse dans le Doubs de 1987 à 1998
- quelques cas de dépistage ciblé: proches d'un patient.

Au total,  $\simeq$  1/3 des patients sont asymptomatiques

# Symptomatologie lors du diagnostic

Symptomatologie souvent atypique

- asymptomatiques  $\approx 1/3$  des patients
- douleurs abdominales isolées  $\approx 1/3$  des patients,
- association de symptômes  $\approx 1/3$  des patients :
  - douleurs abdominales : 90%,
  - hépatomégalie : 61%,
  - altération modérée de l'état général : 48%,
  - ictère, subictère ou prurit : 41%.

# Organes atteints

	1982-1989 n=137	1990-1997 n=81	1998-2005 n=92	p
Foie atteint	99%	95%	92%	NS
Foie non atteint	1%	5%	8%	NS
Foie isolé	16%	30%	33%	p<0,01
Pédicule atteint	54%	45%	39%	NS
Invasion autre*	31%	32%	25%	NS
Métastase**	24%	12%	7%	p<0,01

\* **Invasion autre** = envahissement par contiguïté (autre que pédicule hépatique) : diaphragme, loge pancréatique, loge rénale.

\*\* **Métastase** = localisation à distance : poumons, rate, SNC.

**Il existe une corrélation entre l'absence de symptômes et l'absence d'invasion des lésions (p>0,01)**

# Lésions primitives extra-hépatiques :

Rares (4%) mais difficiles à diagnostiquer

	1982-1989	1990-1997	1998-2005
OS	0	0	3
PAROI ABDO	0	2	0
RATE	0	1	1
MEMBRE	0	0	1
POUMON	1	0	0
COEUR	0	0	1
AUTRE	0	0	2

# Traitements

## Traitement médicamenteux de première intention

	1982-1989 n=137	1990-1997 n=81	1998-2005 n=92
Pas de traitement*	17%	21%	8%
Albendazole**	42%	63%	90%
Mébendazole	31%	13%	0%
Autre ou inconnu	10%	3%	2%

\* Différence peu significative ( $p \approx 0,03$ )

\*\* L'albendazole est à présent le seul médicament utilisé en première intention (seul ayant l'AMM, les autres traitements sont utilisés en ATU)

# Traitements

## Traitement chirurgical

	1982-1989 n=137	1990-1997 n=81	1998-2005 n=92	p
<b>Transplantation Hépatique</b>	<b>20 (15%)</b>	<b>5 (6%)</b>	<b>2 (2%)</b>	<b>p&lt;0,01</b>
<b>Autres interventions (/ensemble des patients)</b>	<b>81 (61%)</b>	<b>38 (44%)</b>	<b>52 (62%)</b>	<b>p&lt;0,05</b>
<b>Dont résection "curative" (/autres interventions)</b>	<b>23 (28%)</b>	<b>16 (42%)</b>	<b>29 (54%)</b>	<b>p&lt;0,05</b>

## Discussion / Conclusion :

- L'**incidence** reste stable.
- Le **diagnostic** paraît plus **précoce** :
  - le nombre de formes strictement hépatiques a tendance à augmenter
  - le nombre des formes métastatiques a tendance à diminuer
- La presque totalité des patients reçoit un **traitement** par albendazole quelque soit le centre;
  - le taux de **chirurgie curative d'emblée** a tendance à augmenter; les transplantations sont devenues l'exception.



# Remerciements

**A Abergel**, Hépatogastroentérologie, CHU de Clermont-Ferrand,  
**J Beytout**, Maladies Infectieuses, CHU de Clermont-Ferrand,  
**E Delabrousse**, Radiologie, CHU de Besançon,  
**J Dumortier**, Hépatogastroentérologie, CHU de Lyon,  
**A Gérard**, Réanimation Maladies Infectieuses, CHU de Nancy,  
**C Godet**, Hépatogastroentérologie, CH de Charleville-Mézières,  
**B Kantelip**, Anatomie Pathologique, CHU de Besançon,  
**A Minello**, Hépatogastroentérologie, CHU de Dijon,  
**D A Vuitton**, Equipe SERF, Université de Franche-Comté,  
**V Vaillant**, Département des Maladies Infectieuses, InVS  
**J Watelet**, Hépatogastroentérologie, CHU de Nancy,  
**K Bardonnnet**, parasitologie, EFS de Montbéliard.

**Et tous ceux qui ont accepté de participer au  
réseau FrancEchino**

**Pour signaler un cas**

**[piarroux@chu-besancon.fr](mailto:piarroux@chu-besancon.fr)**

**03 81 66 80 68**

# Remerciements

**A Abergel**, Hépatogastroentérologie, CHU de Clermont-Ferrand,  
**J Beytout**, Maladies Infectieuses, CHU de Clermont-Ferrand,  
**E Delabrousse**, Radiologie, CHU de Besançon,  
**J Dumortier**, Hépatogastroentérologie, CHU de Lyon,  
**A Gérard**, Réanimation Maladies Infectieuses, CHU de Nancy,  
**C Godet**, Hépatogastroentérologie, CH de Charleville-Mézières,  
**B Kantelip**, Anatomie Pathologique, CHU de Besançon,  
**A Minello**, Hépatogastroentérologie, CHU de Dijon,  
**D A Vuitton**, Equipe SERF, Université de Franche-Comté,  
**V Vaillant**, Département des Maladies Infectieuses, InVS  
**J Watelet**, Hépatogastroentérologie, CHU de Nancy,  
**K Bardonnnet**, parasitologie, EFS de Montbéliard.

**Et tous ceux qui ont accepté de participer au  
réseau FrancEchino**

# Pour signaler un cas

[mpiarroux@chu-besancon.fr](mailto:mpiarroux@chu-besancon.fr)

03 81 66 80 68