

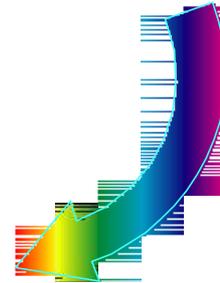
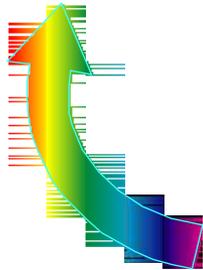
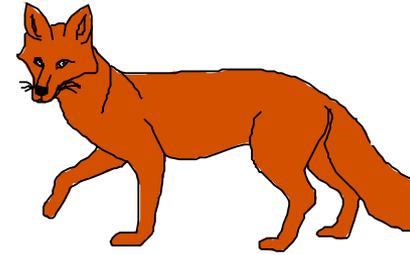
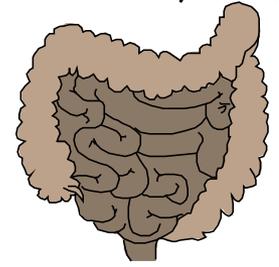
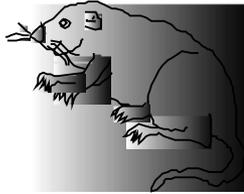
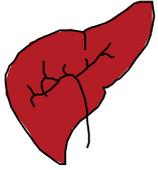
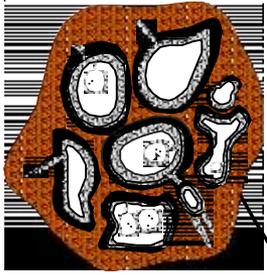
L'échinococcose alvéolaire en France de 1982 à 2005

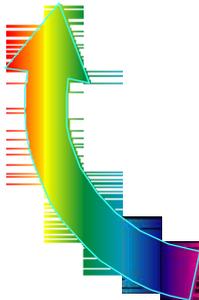
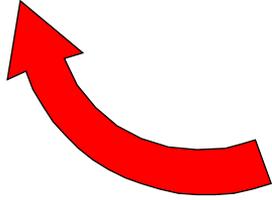
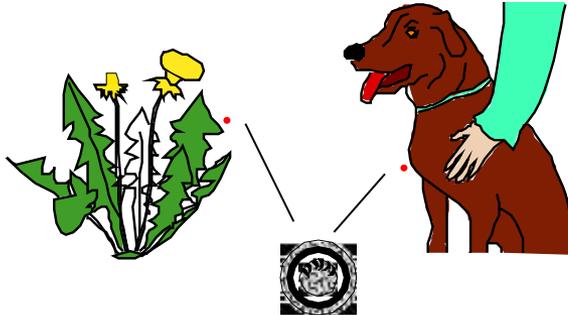
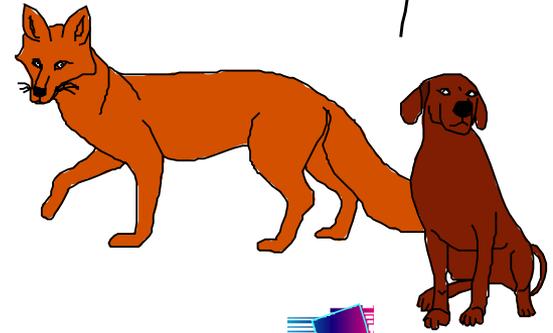
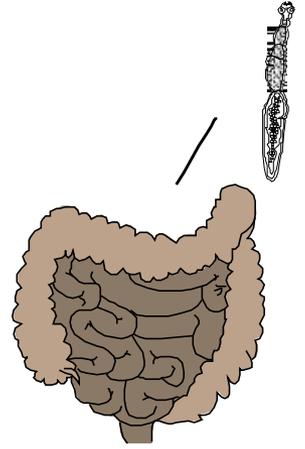
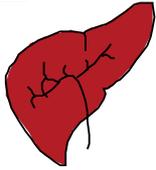
M Piarroux (1), R Piarroux (1), J Knapp (1), I Capek (2),
S Bresson-Hadni (1) et le réseau FrancEchino.

(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)

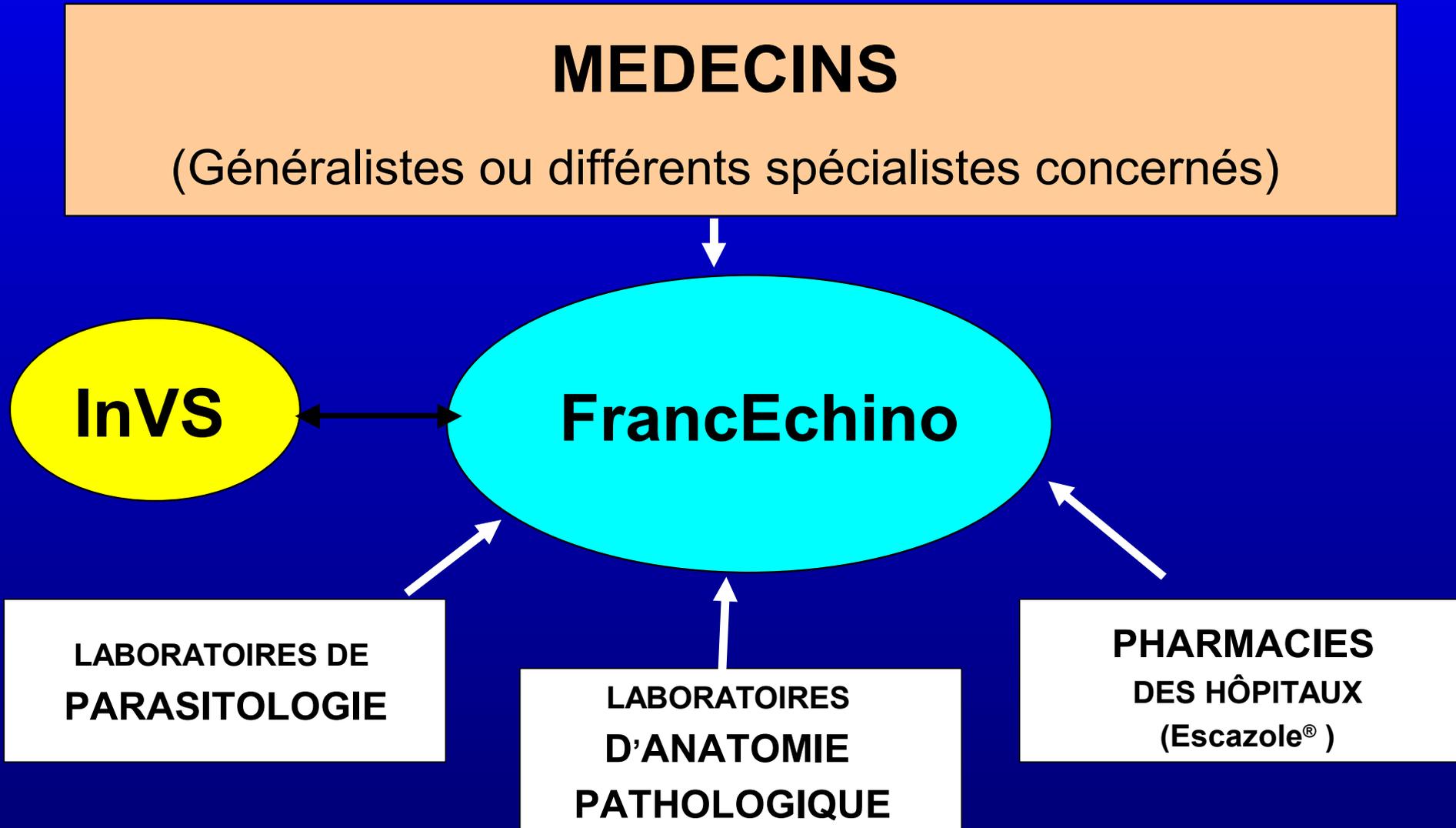
InVS

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

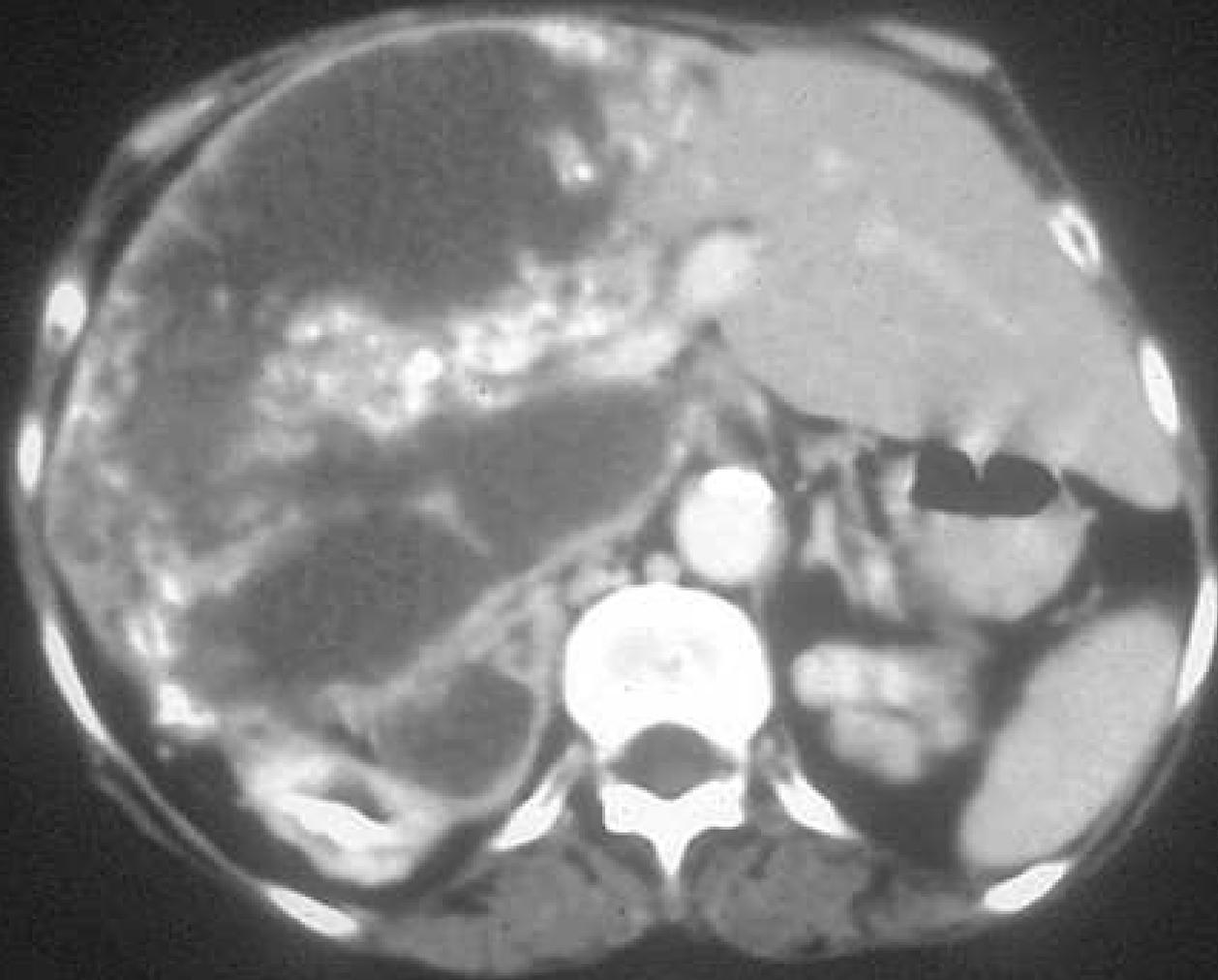
Scanner : lésion asymptomatique

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.

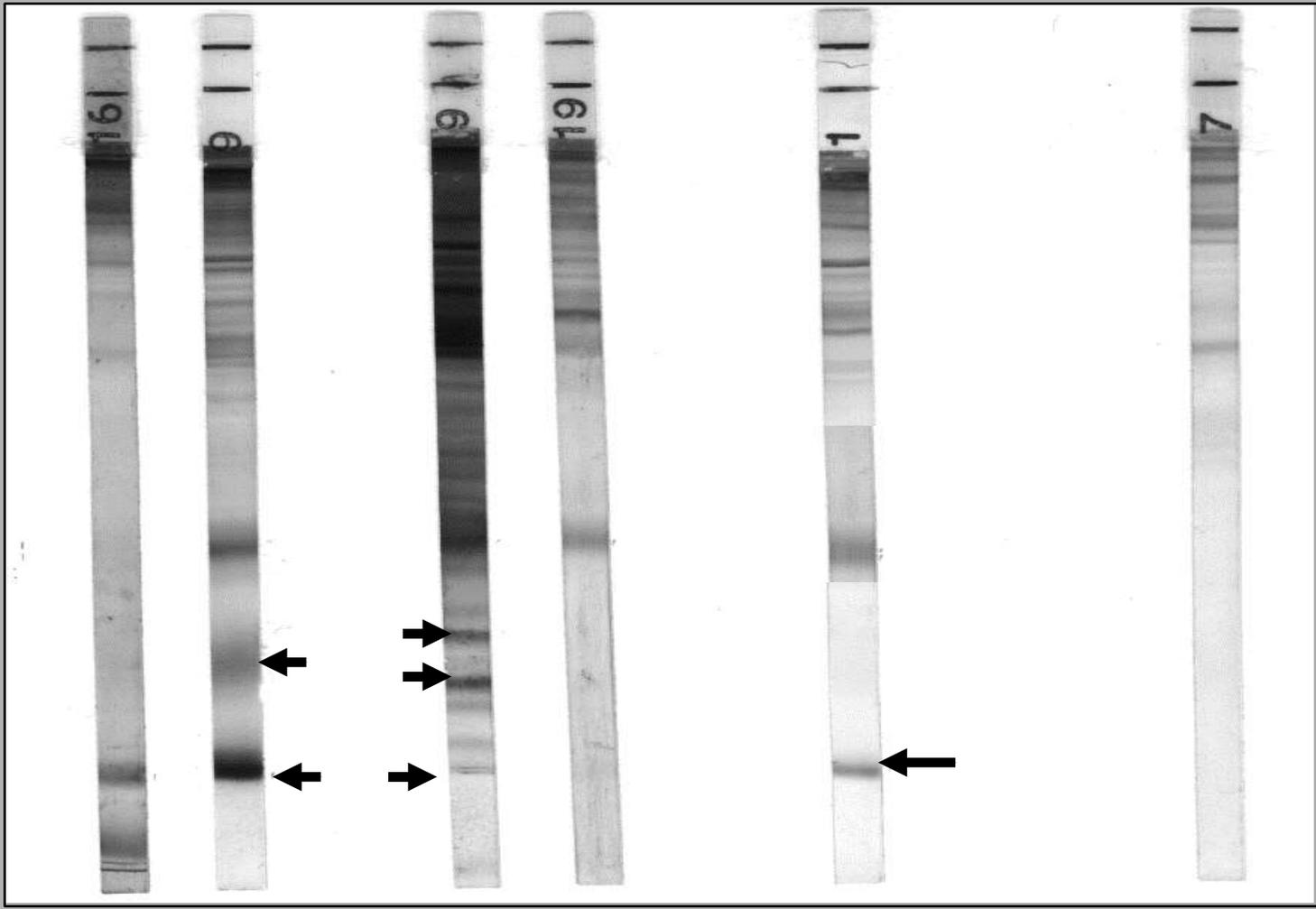
Matériel et méthodes 2 :

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,



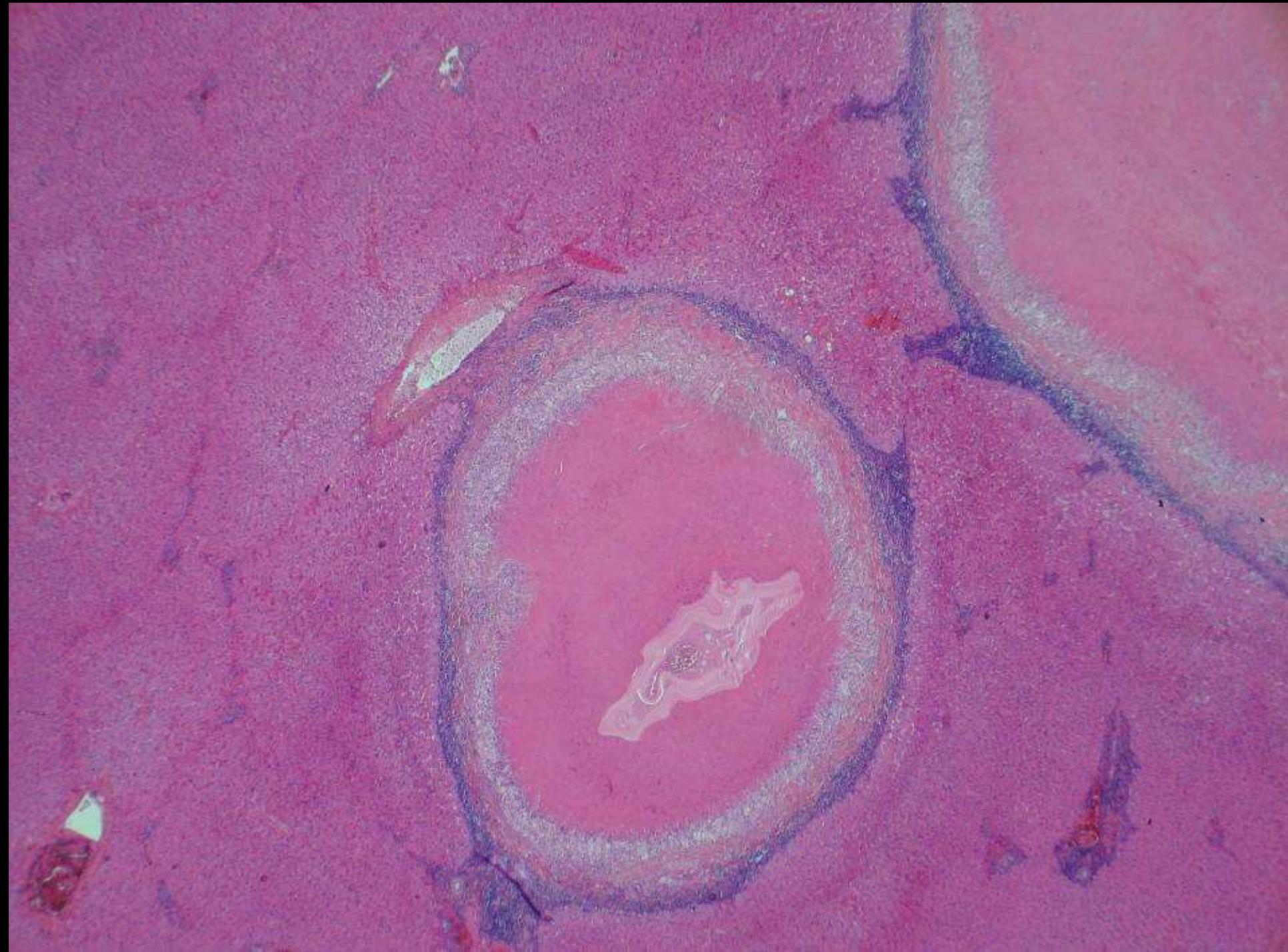
ANOFEL

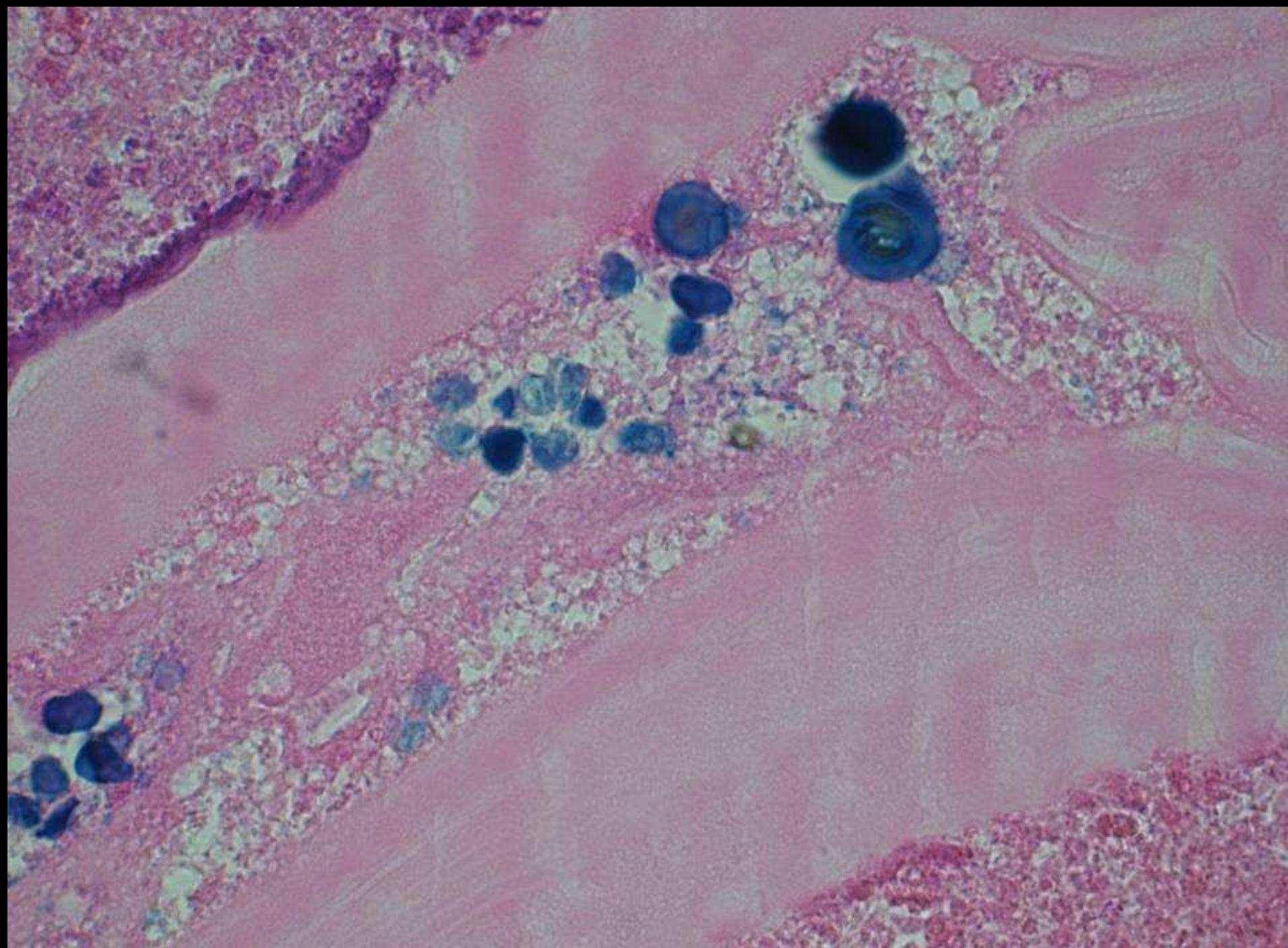
0069



2006 00251







Matériel et méthodes 2 :

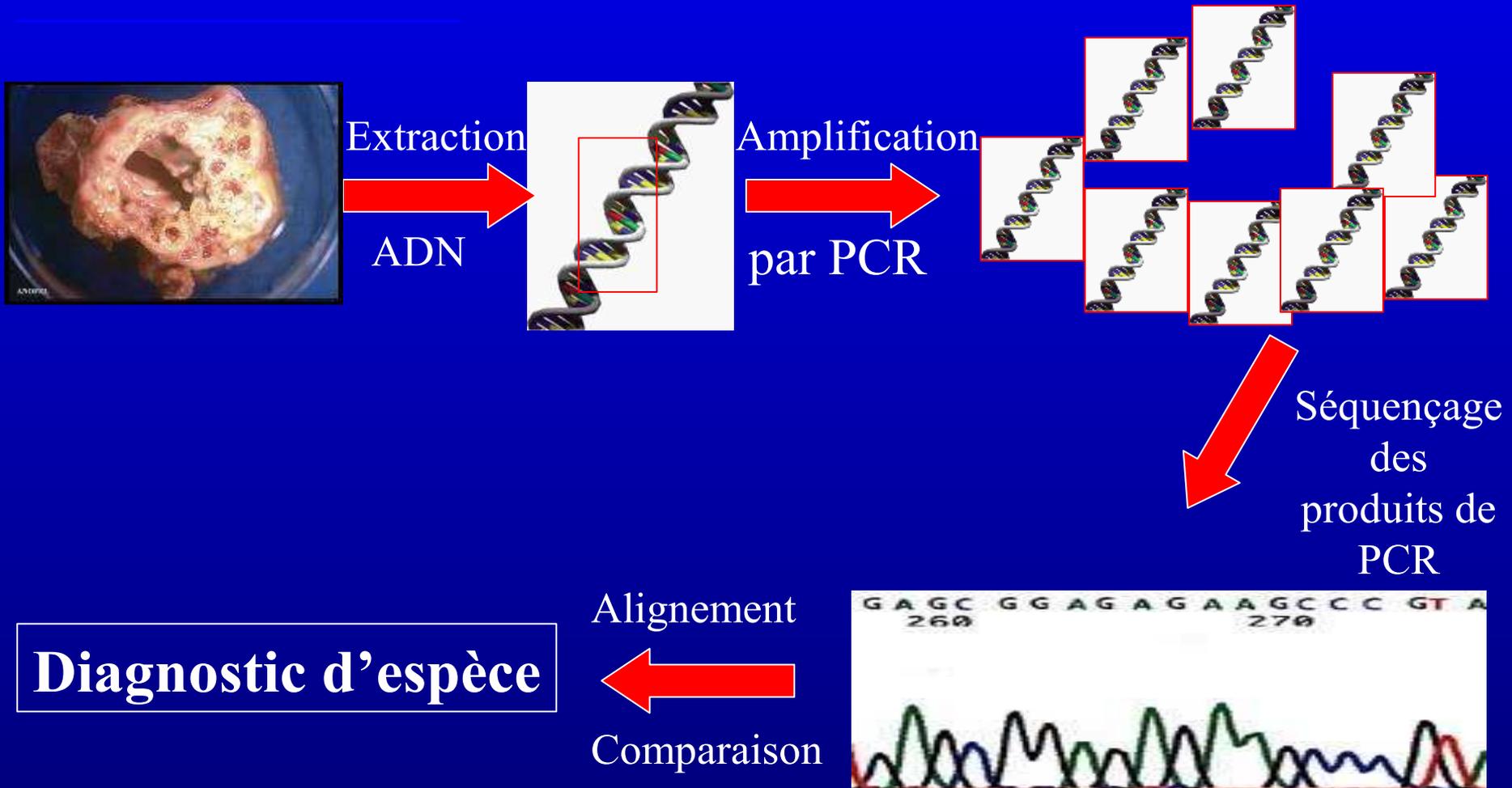
Définition des cas

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

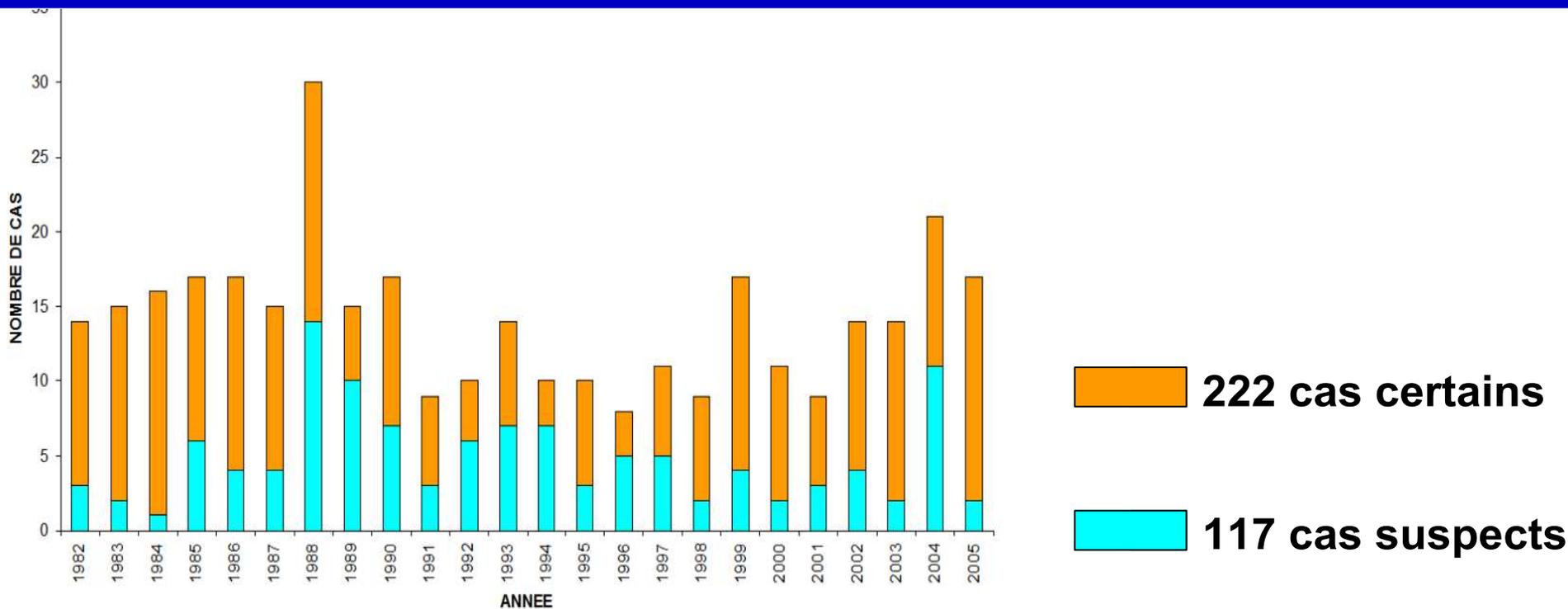


Résultats

Variation de l'incidence annuelle

339 cas diagnostiqués entre 1982 et 2005 :

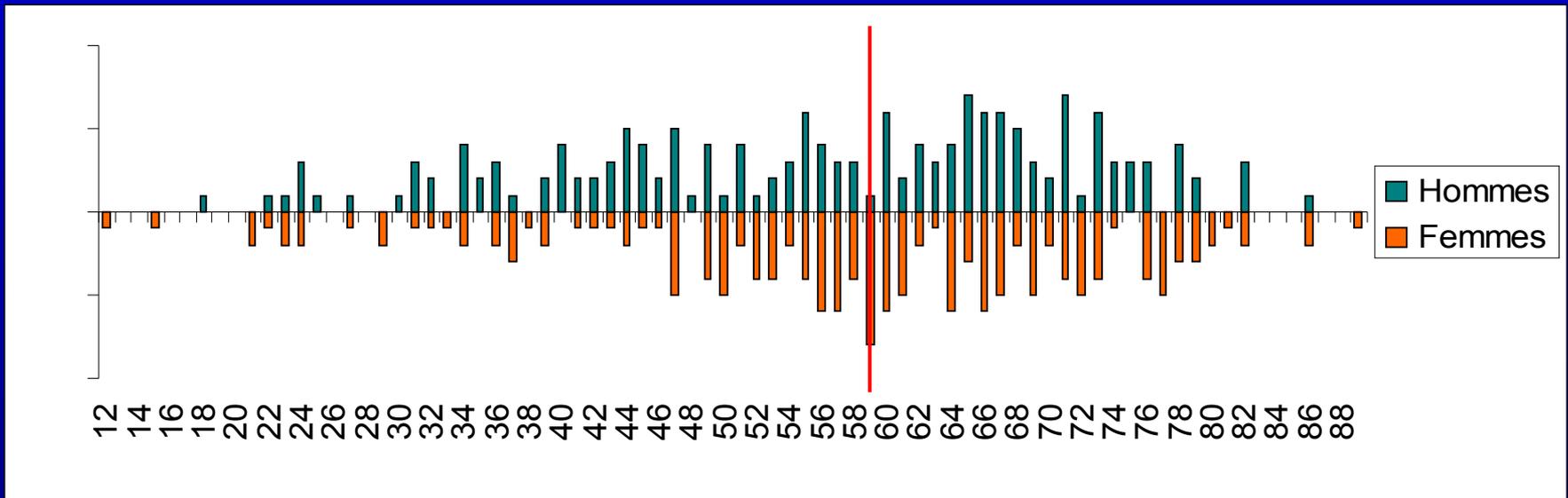
14 cas incidents/an en moyenne (stable)



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
Transplantation Hépatique	20 (15%)	5 (6%)	2 (2%)	p<0,01
Autres interventions (/ensemble des patients)	81 (61%)	38 (44%)	52 (62%)	p<0,05
Dont résection "curative" (/autres interventions)	23 (28%)	16 (42%)	29 (54%)	p<0,05

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

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

03 81 66 80 68