

Hydatidose polykystique pédiatrique généralisée : A propos d'un cas

Z. Amouri, K. Derbel, F. Cheikhrouhou, S. Ben Hamed, A. Ayadi
Laboratoire de parasitologie mycologie - CHU Habib Bourguiba - Sfax (Tunisie)

Introduction :

- L'hydatidose : zoonose causée par un parasite de la classe des cestodes *Echinococcus granulosus*.
- Le foie et les poumons : organes les plus touchés.
- Relativement rare chez l'enfant.

Objectif : Nous présentons un cas pédiatrique d'hydatidose polykystique.

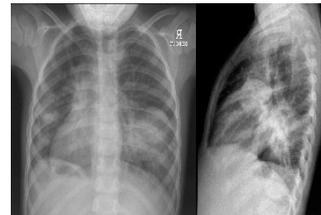
Cas clinique :

- Fillette de 3 ans
- Originaire de Tripoli (Lybie)
- Sans antécédents pathologiques particuliers
- Consulte pour des troubles respiratoires avec hémoptysie

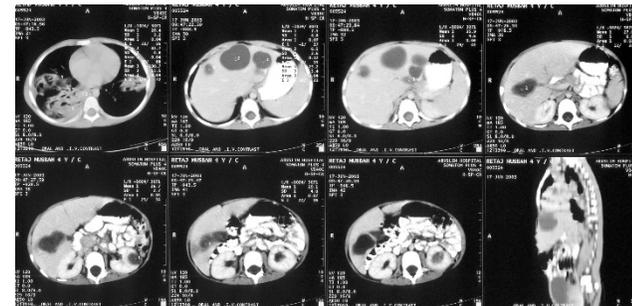
	Signes cliniques	Radiologie	Biologie	Prise en charge thérapeutique	Evolution
6/2003	<ul style="list-style-type: none"> • AEG (poids 13kg) • Fièvre • Dyspnée avec râles ronflants et crépitations • Pas d'ictère ni HSMG 	Scanner thoraco-abdomino-pelvien et radiologie du thorax (RxTx): <ul style="list-style-type: none"> •Hydatidose extensive polykystique •Localisation pulmonaire (surinfectée), hépatique et rénale droite 	<ul style="list-style-type: none"> •NFS : <ul style="list-style-type: none"> □GB =12900/mm3 (PNN 77%) □Anémie hypochrome microcytaire d'allure ferriprive (Hb 10, VGM 67fL, fer 0,6mg) •VS =40 (1^{ère} heure) / 84 (2^e heure) •Sérologie hydatique fortement positive : <ul style="list-style-type: none"> □ELISA : 1.88 U/mL □HAI : 1/5120 	<ul style="list-style-type: none"> • Albendazole (200 mg/jour) • Cefixime • Fer édetate de sodium • Contrôle radiologique répété 	Favorable 6 mois après : <ul style="list-style-type: none"> • régression radiologique de la taille des kystes, • expectoration d'un kyste
11/2003	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du poids (15kg) • Arrêt de l'hémoptysie 	RxTx : <ul style="list-style-type: none"> •multiples opacités pulmonaires bilatérales d'aspect kystique + autres foyers parenchymateux 		<ul style="list-style-type: none"> • Albendazole • Carbocisteine • Acide clavulanique + amoxicilline 	



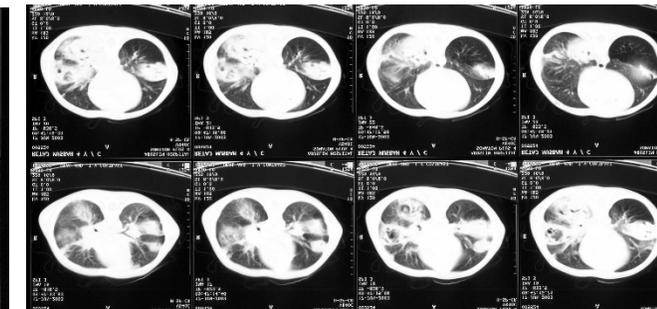
RxTx initiale



RxTx de contrôle



TDM abdominale



TDM pulmonaire

	Motif de consultation	Radiologie	Biologie	Prise en charge thérapeutique	Evolution
6/2004	Mêmes symptômes respiratoires	RxTx : •opacités au niveau de l'hémi-champ pulmonaire droit •Kyste rompu	•Sérologie hydatique fortement positive : ❑ ELISA : 1,8 U/mL ❑ HAI : 1/2560		Nette amélioration des symptômes
4/2005	Crachat hémoptoïque Sans fièvre Vomique		Examen microscopique du crachat : vésicules filles	• Albendazole 200 mg/j • 6 mois • Azithromicine • Cétirizine	
9/2005	Douleurs abdominales Vomissements Ictère	Echographie abdominale : •KH du foie et rénal gauche de type 4 et 5 •Kystes multiples +/- rompus au niveau de la voie biliaire principale	Taux élevés de : •BRT (80 UI/mL) •BRC (48UI/mL) •Transaminases (84 et 237 UI/mL)	• Métronidazole • Antibiotiques (cefixime, gentamicine, acide clavulanique + amoxicilline)	favorable 6 mois après
10/2009			Examen microscope du kyste opéré : scolex viables	• Résection chirurgicale du kyste hépatique	Amélioration de l'état général

Fig 1-4 : scolex viables

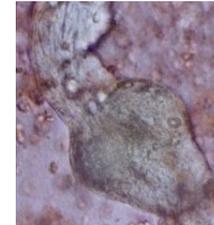
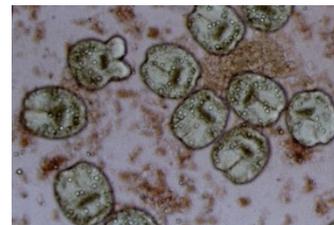
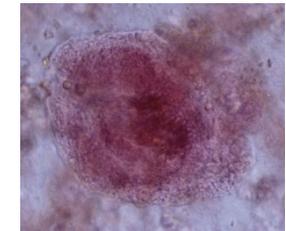


Fig 5 : scolex mort



Conclusion :

Bien que l'hydatidose chez les enfants reste rare, ce cas montre l'importance d'associer les examens cliniques et paracliniques pour poser son diagnostic et son suivi régulier.