



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Hydatidose osseuse de la paroi thoracique : à propos de trois cas



Hydatidosis bone wall chest: About three cases

S. Rabiou^{a,*}, J. Ghalimi^a, I. Issoufou^a, M. Lakranbi^a,
Y. Ouadnoui^{a,b}, M. Smahi^{a,b}

^a Service de chirurgie thoracique, CHU Hassan II, Fès, Maroc

^b Faculté de médecine et de pharmacie, université Sidi-Mohamed-Ben-Abdellah, Fès, Maroc

Disponible sur Internet le 28 juin 2016

MOTS CLÉS

Hydatidose
thoracique ;
Hydatidose osseuse ;
Sternum ;
Côte ;
Chirurgie ;
Radiologie

Résumé

Introduction. — L'hydatidose osseuse de la paroi thoracique est une pathologie rarement rapportée. Les localisations costales et sternales sont exceptionnelles. À travers 3 observations et une revue de littérature, nous rapportons les particularités physiopathologiques et diagnostiques tout en exposant les modalités thérapeutiques ainsi que les modes évolutifs de l'hydatidose costale et sternale.

Nos observations. — Il s'agit de 3 patients de sexe masculin âgés de 45 ans, 41 ans et 17 ans, parmi lesquels 2 ont déjà bénéficié d'une chirurgie pour masse pariétale thoracique dans un service de chirurgie générale. Le tableau clinique était caractérisé par la présence d'une tuméfaction pariétale douloureuse adhérente au plan profond osseux. La localisation était costale isolée chez un patient alors que chez les 2 autres elle était sternale dont 1 avait une localisation sterno-costo-claviculaire. La tomodensitométrie thoracique était contributive chez tous les patients en montrant une lyse osseuse et ou un élargissement du médiastin. Le traitement chirurgical consistait en un curetage osseux étendu associé à une résection des structures osseuses détruites. Un traitement médical par albendazole a complété la prise en charge chez tous les patients. Avec un recul de 12 mois nous n'avons pas eu de récurrence à ce jour.

Conclusion. — L'hydatidose osseuse de la paroi thoracique est une affection exceptionnelle même dans les pays d'endémie hydatique. Son évolution est lente et sa symptomatologie est discrète. L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic et le bilan de diffusion de cette maladie. L'exérèse complète de la lésion osseuse ainsi que du tissu adjacent, complétée par un traitement médical (albendazole) peut amener à une guérison sans récurrence.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rabiouani2@gmail.com (S. Rabiou).

KEYWORDS

Thoracic hydatidosis;
 Bone hydatidosis;
 Chest wall;
 Sternum;
 Rib;
 Surgery;
 Radiology

Summary

Introduction. — Bone hydatidosis of the chest wall is rarely reported in the literature. Costal and sternal location are uncommon. Through 3 observations and literature review, we report particular pathophysiological and diagnostic aspects of costal and sternal hydatidosis. We also discuss therapeutic and prognostic aspects of this disease.

Our cases. — we report the cases of 45, 41 and 17 years old male patients, 2 of them had previous surgery for thoracic wall mass in general surgery service. Clinical presentation was thoracic wall painful mass sticking to bone. One patient had isolated costal location, the 2 others had sternal location; in one of them, the disease is located in sterno-costo-clavicular area. In all 3 cases, the disease was diagnosed by computed tomography (CT) scan, showing bone lysis or mediastinum enlargement. Patients undergo extended bone resection removing away all destructed parts of the bone. After surgery, albendazole has been prescribed to all patients. No recurrence was observed after 12 months follow-up.

Conclusion. — Chest wall bone hydatidosis is unusual even in endemic regions, with slow evolution and inconspicuous symptoms. Radiology plays a key role in the management of this disease. Extended surgical resection associated with medical treatment (albendazole) is a reliable treatment without recurrence.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

L'hydatidose est une anthropozoonose liée au développement chez l'homme de la forme larvaire de l'*Echinococcus granulosus* qui sévit à l'état endémique dans les pays du Maghreb [1,2]. L'hydatidose osseuse reste une affection rare et représente 2,5 % de l'ensemble des autres localisations rapportées dans littérature [2–4]. Les atteintes costales et sternales sont des localisations exceptionnelles. À travers 3 observations et une revue de littérature, nous rapportons les particularités physiopathologiques et diagnostiques tout en exposant les modalités thérapeutiques ainsi que les modes évolutifs de l'hydatidose costale et sternale.

Observations**Patient 1**

Il s'agit de Mr A.B âgé de 41 ans, gardien dans une ferme, qui présentait depuis un an une tuméfaction douloureuse sous-scapulaire gauche évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. La radiographie thoracique montrait une opacité de tonalité hydrique avec une lyse costale intéressant les 6^e et 7^e arcs costaux postérieurs gauches (Fig. 1). La tomodynamométrie thoracique montrait une masse kystique sous-pleurale postérieure gauche avec lyse costale sans atteinte vertébrale adjacente (Fig. 2). Le patient a bénéficié d'une résection des 2 arcs postérieurs et moyens de la 6^e et 7^e côte ainsi que l'espace intercostal correspondant avec ablation de la masse kystique sous-pleurale par thoracotomie postérolatérale gauche. Les suites ont été marquées par la survenue d'une infection de la paroi ayant nécessité des soins biquotidiens avec une bi-antibiothérapie guidée par les prélèvements bactériologiques pendant une durée de 18 jours. Un traitement par albendazole à la dose de 14 mg/kg/j en prise unique pendant 1 an a été institué. Nous n'avons pas noté de récurrence après un recul d'une année.

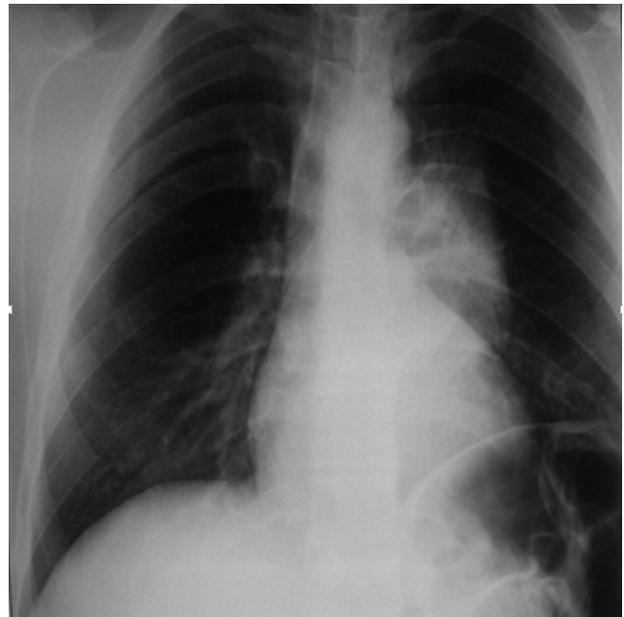


Figure 1. La radiographie thoracique montrant une opacité parahilaire gauche de siège postérieure de tonalité hydrique avec lyse costale en regard.

Patient 2

Mr M.S. âgé de 45 ans, qui avait bénéficié 4 ans auparavant d'une exérèse incomplète d'une hydatidose sternale nous a été adressé pour prise en charge d'une récurrence avec extension locale de sa maladie hydatique. La radiographie thoracique mettait en évidence un élargissement médiastinal antérosupérieur. La tomodynamométrie thoracique montrait des masses kystiques du médiastin antérosupérieur en contact avec la crosse aortique avec lyse du manubrium sternal en regard et extension vers les parties molles sous-pectorales gauches (Fig. 3). Des multiples kystectomies sterno-costo-claviculaire gauche par sternotomie médiane

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419302>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419302>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)