



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2013

THESE N°83

**Prise en charge neurochirurgicale
de l'Hydatidose Vertébrale Experience du
Servicede Neurochirurgie CHU Mohammed VI**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ... /.../2013

PAR

Mr. Abdelilah BOUMLIK

Né le 17 Novembre 1984 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Hydatidose – Rachis – Imagerie par résonance magnétique – Traitement
chirurgicale – Prévention

JURY

Mr. **A. RAJI**
Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie

PRESIDENT

Mr. **S. AIT BENALI**
Professeur de neurochirurgie

RAPPORTEUR

Mr. **H. GHENNANE**
Professeur de neurochirurgie

Mr. **M. LMEJJATI**
Professeur agrégé de neurochirurgie

Mme. **N. CHERIF IDRISI EL GANOUNI**
Professeur agrégée de radiologie

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي

أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل

صالحاً ترضاه وأطع لبيّ في ذريّتي

إني تبت إليك وإني من المسلمين"

صدق الله العظيم.



Serment d'hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

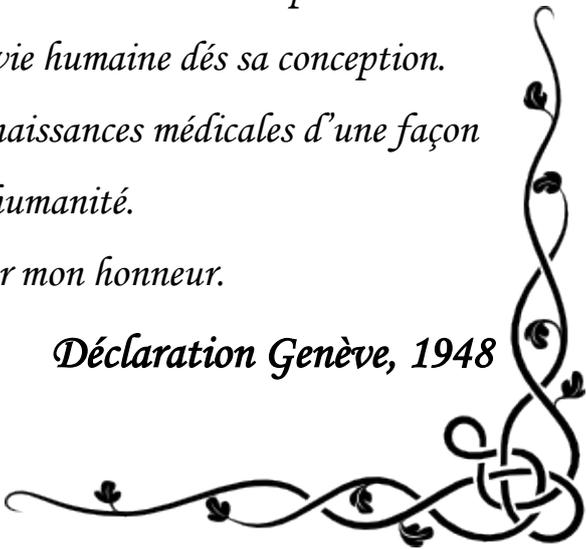
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr. Badie–Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen à la recherche et la
coopération

: Pr. Ag. Mohamed AMINE

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
AKHDARI	Nadia	Dermatologie
ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo–phtisiologie
AMAL	Said	Dermatologie
ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A
ASRI	Fatima	Psychiatrie
BELAABIDIA	Badia	Anatomie–Pathologique
BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
CHABAA	Laila	Biochimie
CHOULLI	Mohamed Khaled	Neuropharmacologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
FIKRY	Tarik	Traumatologie– Orthopédie A
FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale

GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
		stomatologie et chirurgie
MANSOURI	Nadia	maxillo faciale
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
NAJEB	Youssef	Traumato – Orthopédie B
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SAIDI	Halim	Traumato – Orthopédie A
	Mohamed	
SAMKAOUI	Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A
YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS AGREGES

ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
ADMOU	Brahim	Immunologie
AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
ARSALANE	Lamia	Microbiologie- Virologie (Militaire)
BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
BOUKHIRA	Abderrahman	Biochimie-Chimie (Militaire)
BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique (Militaire)
CHELLAK	Saliha	Biochimie-chimie (Militaire)
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DAHAMI	Zakaria	Urologie
EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B
ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie (Militaire)
ETTALBI	Saloua	Chirurgie - Réparatrice et plastique

KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie–Réanimation
KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie–orthopédie (Militaire)
LAOUAD	Inas	Néphrologie
LMEJJATI	Mohamed	Neurochirurgie
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
NEJMI	Hicham	Anesthésie – Réanimation
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABKARI	Imad	Traumatologie–orthopédie B
ABOU EL HASSAN	Taoufik	Anesthésie – réanimation
ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
ADALI	Imane	Psychiatrie
ADALI	Nawal	Neurologie
AGHOUTANE	El Mouhtadi	Chirurgie – pédiatrique
AISSAOUI	Younes	Anesthésie Réanimation (Militaire)
AIT BENKADDOUR	Yassir	Gynécologie – Obstétrique A

AIT ESSI	Fouad	Traumatologie–orthopédie B
ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique (Militaire)
ALJ	Soumaya	Radiologie
AMRO	Lamyae	Pneumo – phtisiologie
ANIBA	Khalid	Neurochirurgie
BAIZRI	Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques (Militaire)
BASRAOUI	Dounia	Radiologie
BASSIR	Ahlam	Gynécologie – Obstétrique B
BELBARAKA	Rhizlane	Oncologie Médicale
BELKHOU	Ahlam	Rhumatologie
BENALI	Abdeslam	Psychiatrie (Militaire)
BEN DRISS	Laila	Cardiologie (Militaire)
BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
BENHADDOU	Rajaa	Ophthalmologie
BENHIMA	Mohamed Amine	Traumatologie–orthopédie B
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie

BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie (Militaire)
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
BOURRAHOuat	Aicha	Pédiatrie
BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
DAROUASSI	Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie (Militaire)
DIFFAA	Azeddine	Gastro – entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
EL AMRANI	Moulay Driss	Anatomie
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale (Militaire)
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI	Rachid	Chirurgie Cardio Vasculaire
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A
EL IDRISSE SLITINE	Nadia	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie

EL KHADER	Ahmed	Chirurgie Générale (Militaire)
EL KHAYARI	Mina	Réanimation médicale
EL MEHDI	Atmane	Radiologie (Militaire)
EL MGHARI TABIB	Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL OMRANI	Abdelhamid	Radiothérapie
FADILI	Wafaa	Néphrologie
FAKHIR	Bouchra	Gynécologie – Obstétrique A
FAKHIR	Anass	Histologie –embyologie cytogénétique
FICHTALI	Karima	Gynécologie – Obstétrique B
HACHIMI	Abdelhamid	Réanimation médicale
HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie
HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
HAROU	Karam	Gynécologie – Obstétrique B
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KADDOURI	Said	Médecine interne (Militaire)
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie

LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICH	Mohamed Amine	Urologie
LAKOUICHMI	Mohammed	Chirurgie maxillo faciale et Stomatologie (Militaire)
LOUHAB	Nissrine	Neurologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie–orthopédie A
MAOULAININE	FadlMrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MARGAD	Omar	Traumatologie – Orthopédie B (Militaire)
MATRANE	Aboubakr	Médecine Nucléaire
MOUAFFAK	Youssef	Anesthésie – Réanimation
MOUFID	Kamal	Urologie (Militaire)
MSOUGGAR	Yassine	Chirurgie Thoracique
NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NOURI	Hassan	Oto–Rhino–Laryngologie
OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
OUBAHA	Sofia	Physiologie
OUEIAGLI NABIH	Fadoua	Psychiatrie (Militaire)
QACIF	Hassan	Médecine Interne (Militaire)
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie – Réanimation (Militaire)

RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
RADA	Noureddine	Pédiatrie A
RAIS	Hanane	Anatomie-Pathologique
ROCHDI	Youssef	Oto-Rhino-Laryngologie
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
SERHANE	Hind	Pneumo-Phtisiologie
SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TAZI	Mohamed Illias	Hématologie clinique
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZAQUI	Sanaa	Pharmacologie
ZIADI	Amra	Anesthésie - Réanimation

A decorative frame with ornate scrollwork and flourishes, containing the word "DEDICACES" in a stylized, bold, serif font. The frame is centered on the page.

DEDICACES



*Toutes les lettres
ne sauraient trouver les mots qu'il faut...*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,
Le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que ...
Je dédie cette Thèse...*



Je dédie cette Thèse. . . .

A MON ADORABLE MERE,

Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu as toujours été mon exemple car tout au long de votre vie, je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de la liberté, de ton cœur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour...

A MON TRES CHER PERE,

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin...

A MA TRES CHERE SOEUR LEILA

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.

*A MES TRÈS CHÈRES FRÈRES YOUNESS, MOHÈMMED,
KHALID*

*Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte
sont sans limites. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour
et des liens de sang qui nous unissent. Puissions nous rester unis
dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue.
J'implore Allah qu'il vous apporte bonheur et vous aide à réaliser
tous vos vœux.*

*A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PERES ET GRANDES
MERES*

*Puisse Dieu, tout puissant, vous accorder sa clémence, sa
miséricorde et de vous accueillir dans son saint paradis...*

*A MES ONCLES ET LEURS EPOUSES,
A MES TANTES ET LEURS EPOUX,
A TOUS MES COUSINS ET COUSINES,*

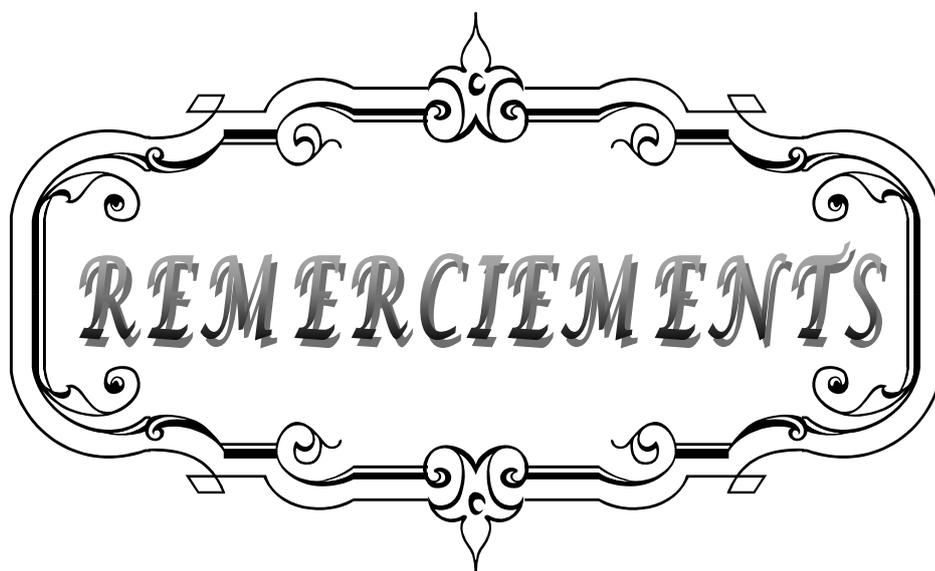
A toute la famille BOUMLIK, à la famille AOULADIB

*A TOUTE MA FAMILLE
Avec toute mon affection*

A TOUS MES AMIS ET CONFRÈRES :

*Nous avons partagé les bons et les mauvais moments des études
médicales. Merci pour votre amitié et vos encouragements.
Que ce modeste travail soit le témoignage de mon affection.*

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and flourishes. The frame is rectangular with rounded corners and features a central decorative element at the top and bottom. The word "REMERCIEMENTS" is written in a bold, serif font across the center of the frame.

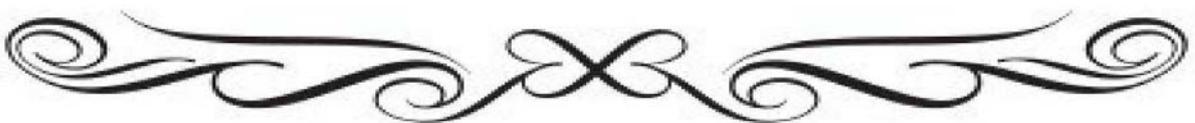
REMERCIEMENTS

A
NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
PROFESSEUR SAID AIT BENALI
PROFESSEUR EN NEUROCHIRURGIE
AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail.
Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois.
Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THÈSE :
PROFESSEUR ABDELAZIZ RAJI
PROFESSEUR EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude. Veillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.



*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PROFESSEUR MOHAMMED LMEJJATI
PROFESSEUR EN NEUROCHIRURGIE
AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH*

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines.

Veillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PROFESSEUR HOUSSEIN GHENNANE
PROFESSEUR AGREGÉ EN NEUROCHIRURGIE
AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH*

Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

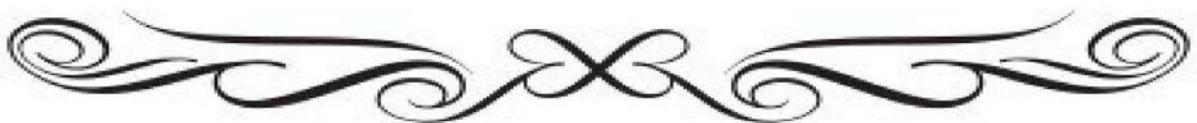
Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
PROFESSEUR NAJAT CHÉRIF IDRISSE EL GANOUNI
PROFESSEUR AGREGÉE EN RADIOLOGIE AU CHU
MOHAMED VI DE MARRAKECH*

Veillez accepter Professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Veillez trouver ici, chère Maître, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

*A NOTRE MAÎTRE
Professeur KHALID ANIBA
Professeur assistant en neurochirurgie
Au CHU Mohamed VI de Marrakech*

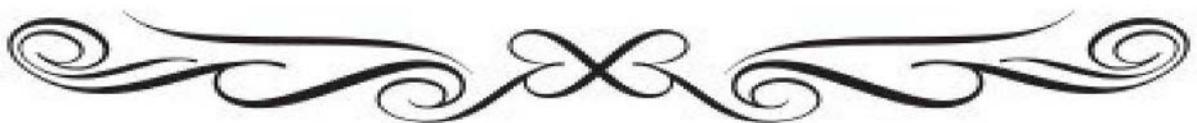
Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé. Veillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.



*A tout le Personnel médical et paramédical du service de
neurochirurgie du CHU Mohammed VI de Marrakech,*

*Je vous remercie vivement de l'accueil chaleureux, et de l'aide précieuse
que vous m'avez réservée à chaque fois.*

*Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de
médecin, j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.*



A decorative, ornate frame with a central floral motif at the top and bottom. The frame is composed of two parallel lines with intricate scrollwork and flourishes. The word "ABBREVIATIONS" is centered within the frame in a bold, serif, all-caps font.

ABBREVIATIONS

ATCDs	: Antécédents
CEG	: Conservation de l'état général
Exp	: Exemple
HDT	: Hypochondre droit
HVM	: Hydatidose vertébro-médullaire
IF	: Impotence fonctionnelle
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
MI	: Membres inférieurs
NFS	: Numération formule sanguine
Obs	: Observation
PDC	: Produit de contraste
RAS	: Rien à signaler
TDM	: Tomodensitométrie



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	3
RESULTATS	5
I. EPIDEMIOLOGIE	6
1 –Fréquence	6
2 –Age	6
3 –Sexe	6
4 –Origine géographique	7
5 –Localisations associées.....	8
II. CLINIQUE 8	
1 –Délai de consultation.....	8
2 –Signes fonctionnels	8
3 –Examen clinique	11
III. PARA CLINIQUE	13
1 –Imagerie	13
2 –Biologie.....	17
IV. TRAITEMENT	17
1 –Traitement chirurgical	17
2 –Traitement médical	18
IV. EVOLUTION	19
DISCUSSION	22
Historique.....	23
I. PARASITOLOGIE	23
II. ANATOMOPATHOLOGIE	30
III. EPIDEMIOLOGIE	31
1 –Fréquence	31
2 –Age	33
3 –Sexe	33
4 –Origine géographique et contact avec les chiens	34
5 –Localisations associées.....	35
6 –Répartition des localisations topographiques	35
IV. CLINIQUE	35
1 –Modalités du début	35
2 –Phase d'état	36

V. PARA CLINIQUE.....	40
1-Imagerie	40
1-1 Clichés standard.....	40
1-2 TDM	42
1-3 IRM	43
1-4 Autres moyens d'imagerie	44
2-Biologie.....	45
VI. TRAITEMENT	49
1- Traitement chirurgical	49
1-1 But	50
1-2 Difficultés.....	50
1-3 Techniques.....	50
1-4 Stabilisation	58
1-5 Traitement des parties molles.....	59
1-6 Traitement adjuvant scolicide	59
1-7 Indications	62
1-8 Résultats	63
1-9 Complications	64
2- Techniques chirurgicales moins invasives	66
3- Traitement médical	67
3-1 Moyens	67
3-2 Conduite du traitement de l'hydatidose.....	73
3-3 Résultats	75
3-4 Recommandations	76
4- Rééducation	77
5- Evolution spontanée et Pronostic	79
6- Prévention.....	80
CONCLUSION.....	82
RESUMES	84
ANNEXES	88
BIBLIOGRAPHIE.....	96



INTRODUCTION

L'hydatidose, reste un problème de santé publique causé par une anthroponose cosmopolite qui sévit surtout dans les pays d'élevage du mouton, pays du pourtour méditerranéen, Australie et pays d'Amérique du sud [1,2]. Elle est due au développement chez l'homme de *Tænia* du chien appelé *Echinococcus granulosus*.

La localisation osseuse a été décrite en premier par Didlou en 1706 [3], son incidence même en zone d'endémie n'est que 0,5 à 2% de toutes les localisations, le foie 75%, le poumon 15%, le cerveau 2-4 % et le tractus génito-urinaire 2-3 % [4,5].

Le rachis constitue la localisation la plus fréquente et la plus grave des localisations hydatiques osseuses et représente 40 à 50% de ces atteintes [6,7,8]. C'est une affection d'évolution lente, longtemps asymptomatique expliquant le retard diagnostique. Elle associe souvent une atteinte médullaire d'où le terme de l'hydatidose vertébro-médullaire.

Braithwaite et Lees ont classé l'hydatidose du rachis en 5 groupes : kyste hydatique intramédullaire primaire, kyste hydatique intradural extramédullaire, kyste hydatique extradural intraspinal, la maladie hydatique des vertèbres et la maladie hydatique paravertébrale. Les 3 premiers groupes sont très rares [5,9].

Les moyens de diagnostic de cette affection ont bien évolué ces dernières années avec l'avènement de l'imagerie par résonance magnétique et le perfectionnement des techniques immunologiques.

Jusqu'à ce jour, le traitement de l'hydatidose vertébrale est en premier lieu chirurgical, l'association avec un traitement médical n'a pas encore prouvé son efficacité dans cette atteinte et reste discutée.

L'objectif de notre travail est d'établir un plan d'action bien codifié, afin d'aboutir à une meilleure prise en charge de nos patients pour une vie plus meilleure, et limiter les effets économiques de cette affection.



PATIENTS & METHODES

Notre travail est une étude rétrospective d'une série consécutive de 16 cas d'hydatidose vertébrale hospitalisés au service de neurochirurgie sur une période de 8 ans, s'étendant de janvier 2004 à décembre 2012. Différents paramètres ont été exploités à partir des dossiers médicaux du service de neurochirurgie du CHU Mohammed VI à Marrakech.

Une fiche d'exploitation préétablie réalisée à cet effet, a permis le recueil des données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Ces paramètres sont par la suite recueillis et analysés par un simple calcul des données statistiques. Le but de ce travail est d'évaluer l'expérience du service en matière de prise en charge de cette pathologie, et de comparer nos résultats à ceux de la littérature.



RESULTATS

I. EPIDEMIOLOGIE :

1. Fréquence :

L'hydatidose osseuse représente entre 0.5 et 2 % de l'ensemble des localisations hydatiques, et l'échinococcose rachidienne constitue en effet sa localisation la plus fréquente.

2. Age :

La moyenne d'âge des malades est de 31,3 ans avec des extrêmes de 06 et 50 ans.

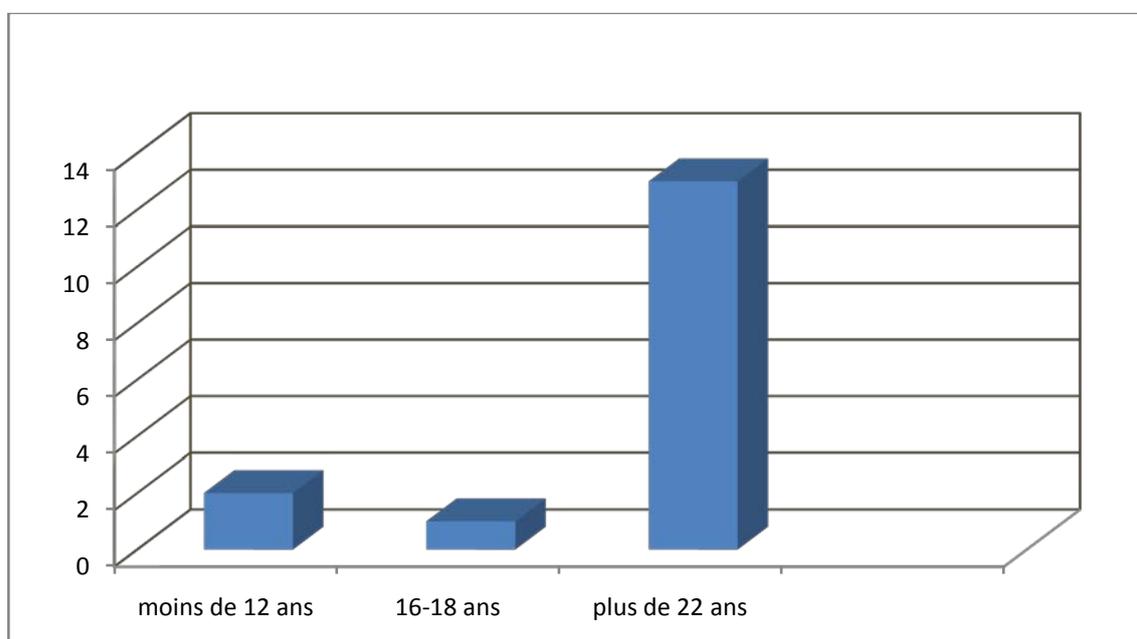


Figure 1: Répartition des cas selon l'âge.

3. Sexe :

Notre étude a concerné neuf hommes et sept femmes, on note une très discrète prédominance masculine.

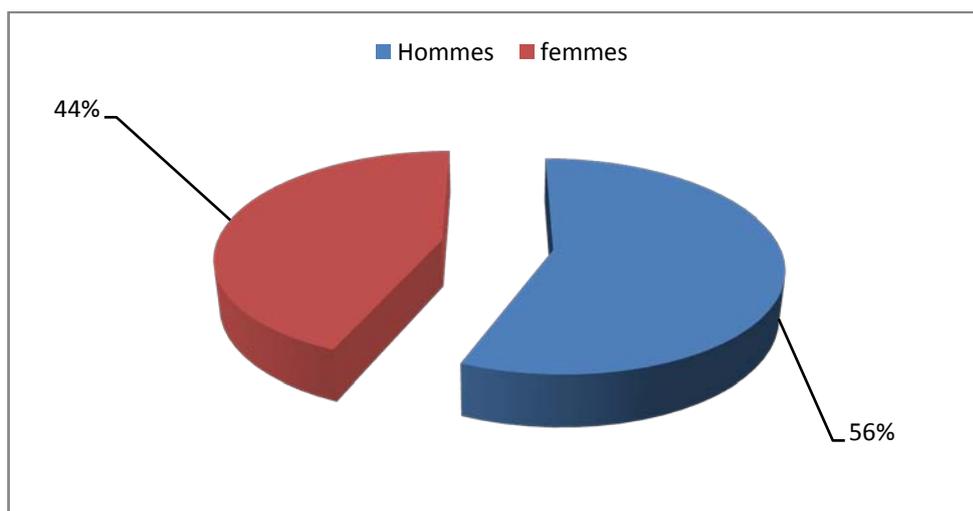


Figure 2 : Répartition des cas selon leur sexe.

4. Origine géographique :

Sur les 16 malades de cette série, 11 ont une origine rurale dont 6 en contact direct avec les chiens.

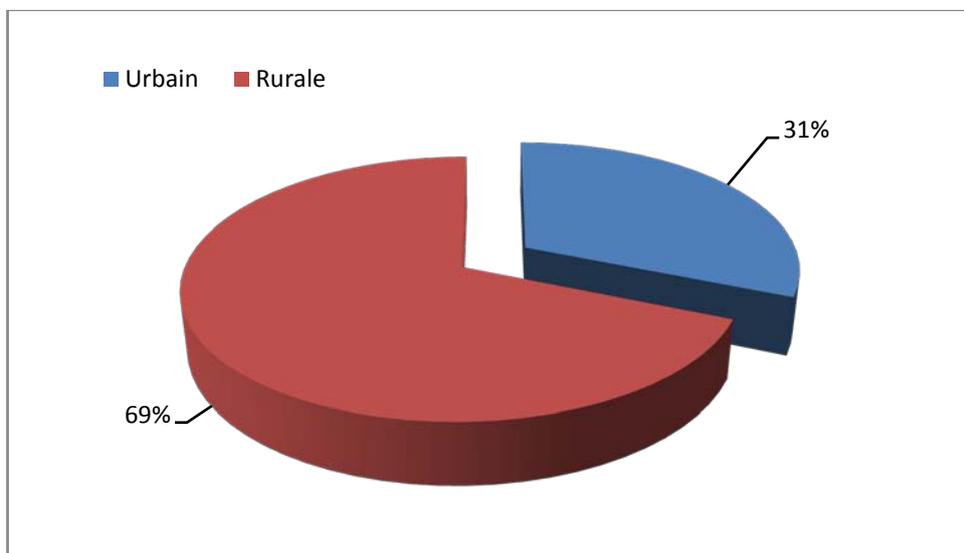


Figure 3: Origine géographique et résidence.

5. Localisations associées :

Chez les 16 patients de l'étude, nous avons noté trois localisations hépatiques.

II. CLINIQUE :

1. Délai de consultation :

Le délai moyen de consultation est de 9 mois avec des extrêmes de 4 jours et 3 ans.

2. Signes fonctionnels :

2-1. Douleurs rachidiennes :

Onze sur seize de nos patients présentaient des douleurs rachidiennes soit 68,7 %. Dont le siège était cervical dans un cas, dorsal dans 7 cas et dorsolombaire dans 3 cas.

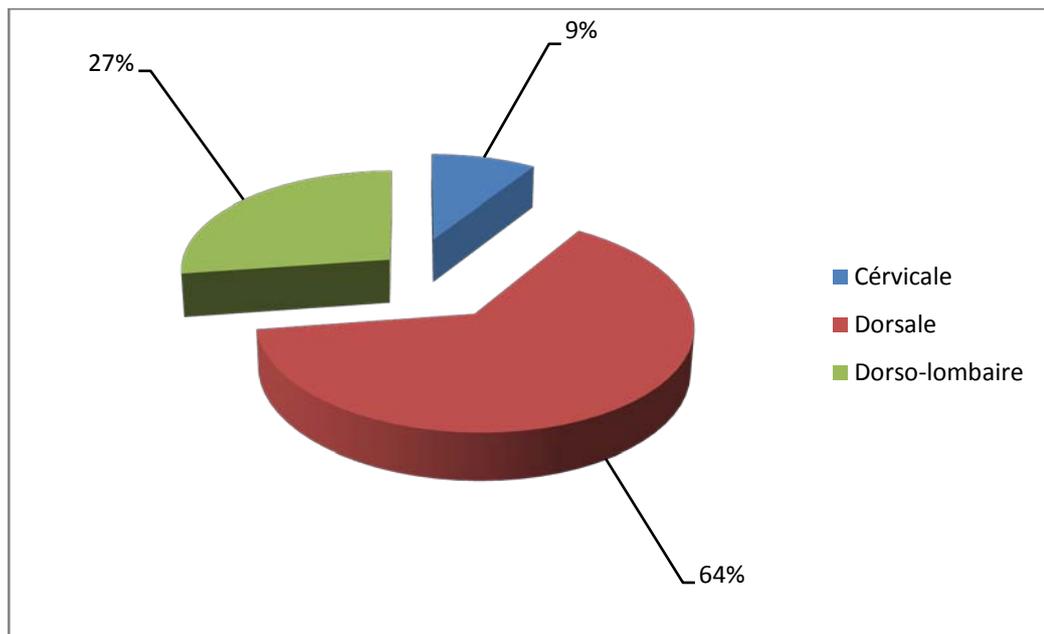


Figure 4: la localisation des douleurs rachidiennes.

2-2. Douleurs radiculaires :

Rapportées par cinq malades, sous forme de lombosciatalgies, une de type S1, deux de type L4-L5, une est mal systématisée, et à type de cruralgies chez le dernier.

2-3. Troubles moteurs :

Présents chez 13 patients sous forme d'impotence fonctionnelle partielle des 2 MI chez 5 patients, d'impotence fonctionnelle complète chez 7 patients, et d'impotence fonctionnelle des 4 membres chez un patient.

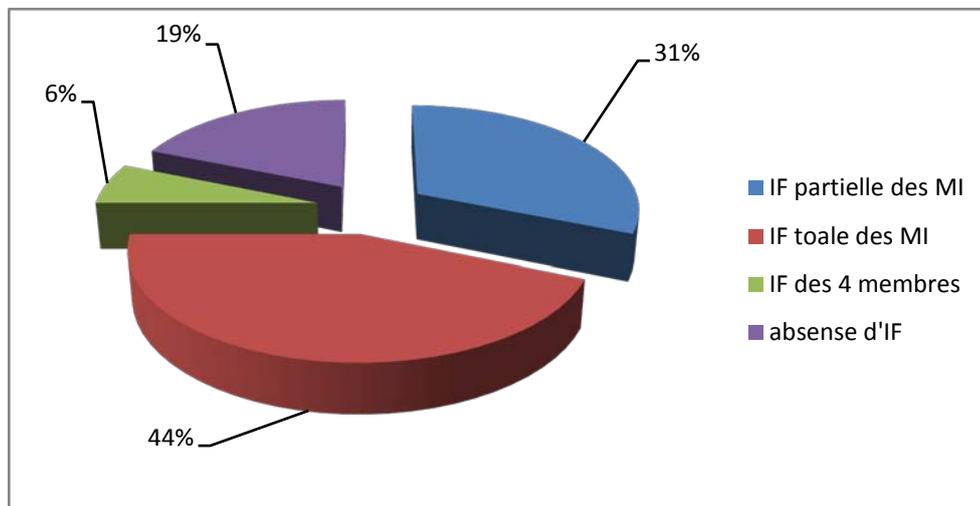


Figure 5: Répartition des troubles moteurs.

2-4. Troubles sensitifs :

Rapportés par 13 patients, ils étaient sous forme de fourmillement, de sensation de froideur, et de décharges électriques.

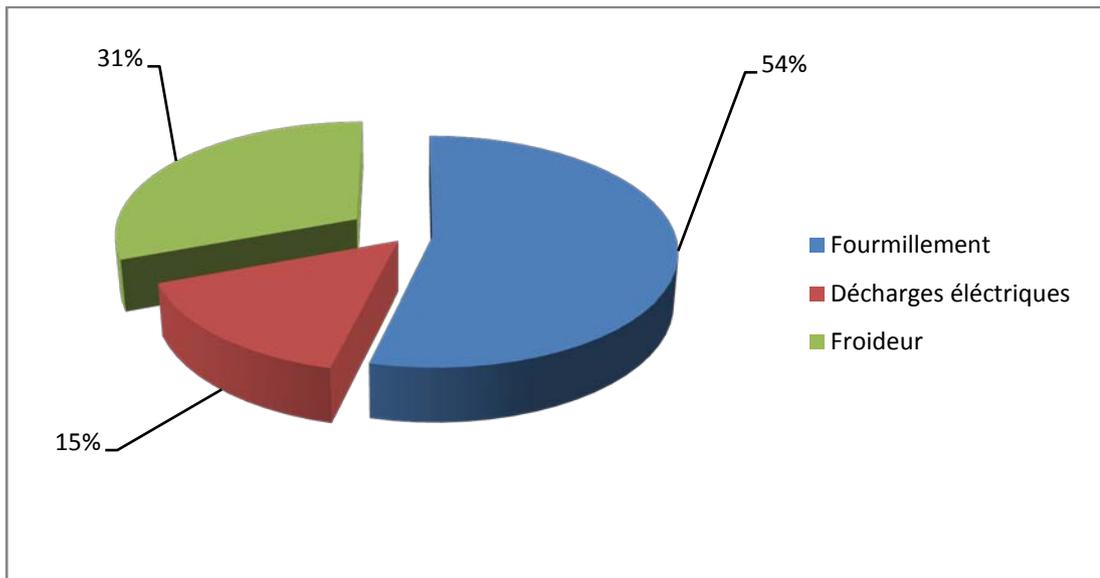


Figure 6: Répartition des troubles sensitifs

2-5. Troubles sphinctériens :

Retrouvés chez 8 de nos patients, ils étaient sous forme d'IU; de rétention urinaire, d'impériosité, et de constipation.

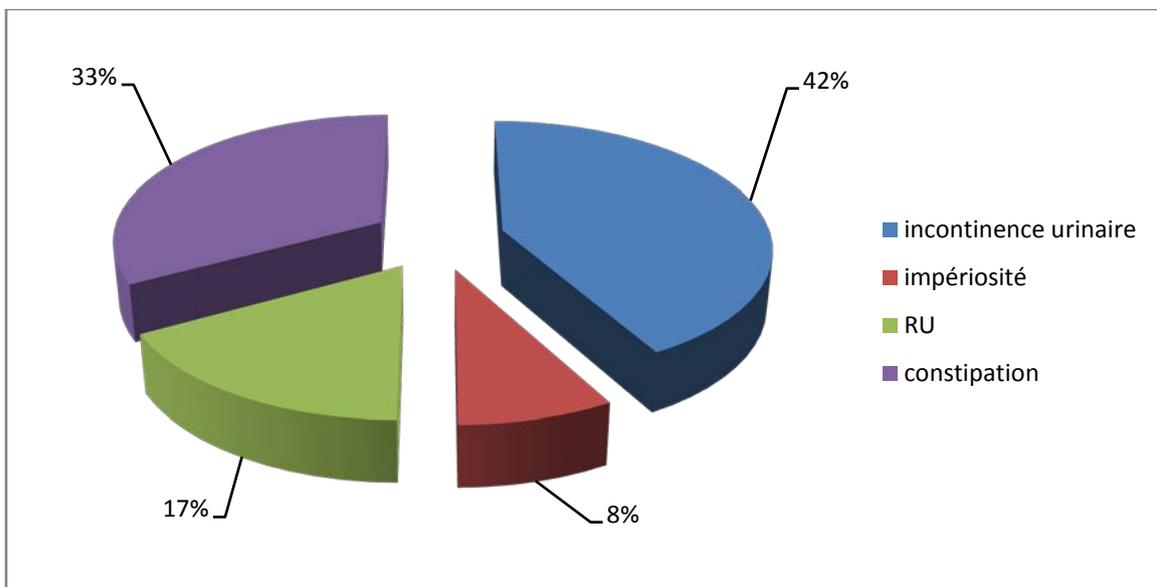


Figure 7: Troubles sphinctériens

2-6. Abcès ossifluents :

Dans notre série, nous relevons cet aspect dans trois cas.

3. Examen clinique :

3-1. Etat général :

Tous nos patients étaient en bon état général.

3-2. Examen du rachis :

Dans notre série, on note que 9 cas présentaient des douleurs rachidiennes, trois cas de tuméfaction para vertébrale et un seul cas d'une déformation vertébrale.

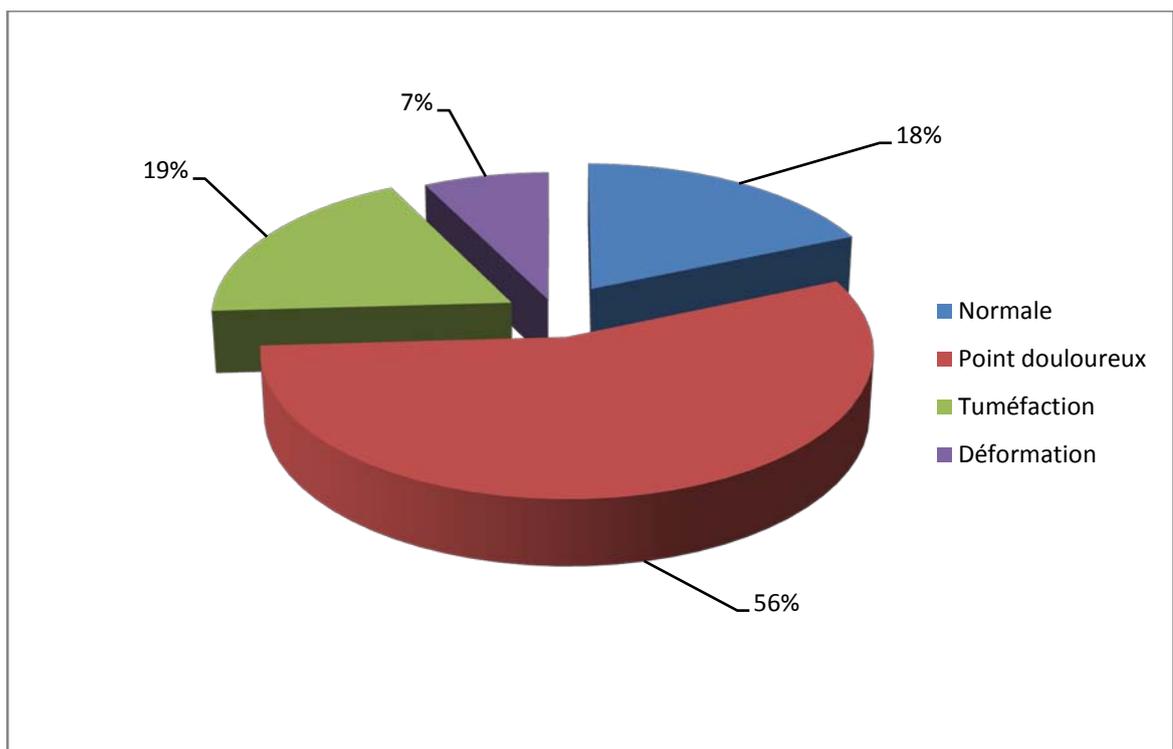


Figure 8: Examen local du rachis.

3-3. Examen neurologique :

a. Troubles moteurs :

Dans notre étude: 3 patients présentaient une paralysie flasque, 3 avaient une paralysie spastique, 4 accusaient une para parésie, un cas souffrait d'une tétraplégie, 3 patients avec un syndrome de la queue de cheval, et enfin 2 patients ne présentaient pas de troubles de motricité.

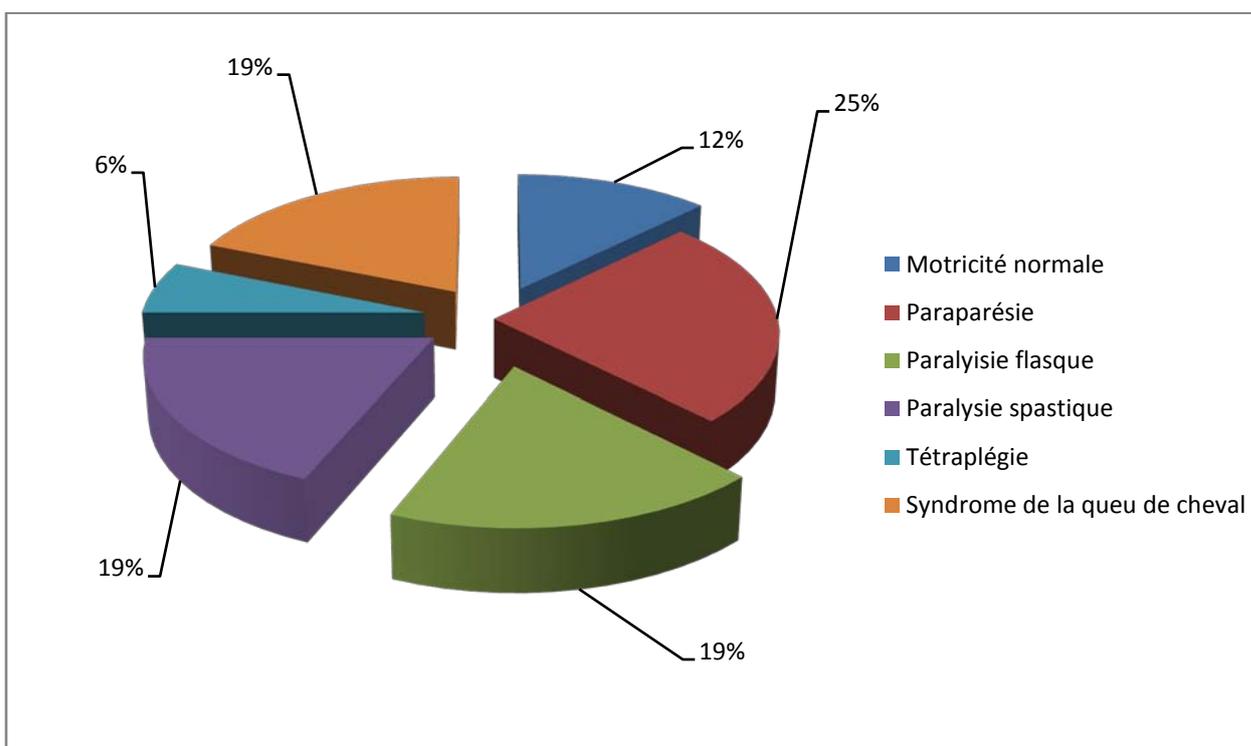


Figure 9: Les déficits moteurs selon l'examen clinique.

b. Troubles sensitifs :

Dans notre série, l'atteinte sensitive est révélée chez 12 de nos patients sous forme d'hypoesthésie chez 6 cas, de paresthésies chez 3 cas, et d'anesthésie en selle chez 3 cas.

III. PARA-CLINIQUE :

1. Imagerie :

1-1. Radiographie standard :

Dans notre série, 6 patients avaient une radiographie standard du rachis.

Deux de nos patients ont présenté des images en rapport avec la maladie hydatique, un cas avec des images lacunaire en grappe de raisins, et un cas de cyphoscoliose dorsale, avec un aspect normal chez 4 patients.



Figure 10: Rachis lombaire de profil.
Images lytiques avec tassement vertébral de L3 et effacement des disques
intervertébraux.

1-2. La tomodensitométrie :

Réalisée chez quatre patients et a permis de poser le diagnostic positif chez 3 patients, surtout en précisant l'atteinte osseuse et l'extension vers les parties molles, une est complétée par une imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les lésions osseuses se traduisaient par des images lacunaires hypo denses (figure 17).



Figure 11 : TDM en coupe axiale montrant une formation kystique hypodense multi-cloisonnée intéressant les muscles spinaux et psoas avec lyse osseuse transversaire, articulaire postérieure et pédiculaire étendue au canal rachidien sur L4 et L5 (obs. 11)

1-3. L'imagerie par résonance magnétique : IRM

Dans notre série, l'IRM a été faite chez 13 patients, celle-ci a permis d'obtenir un bilan lésionnel précis et de poser le diagnostic positif. Les vésicules à l'IRM ont un hyposignal sur les séquences pondérées T1, et un hypersignal en T2.



Figure 12 : IRM dorsale ; coupe sagittale, en séquence T1 montrant un kyste vertébral en hyposignal (obs. 5)



Figure 13 : IRM en même coupe en T2 :
la lésion devient hyper intense (obs. 5)



Figure 14: IRM dorso-lombaire en coupe sagittale en séquence T1 montrant un kyste hydatidique au niveau L2-L3 avec des vésicules intra durales en hyposignale comprimant la moelle en regard (obs.12)



Figure 15: IRM en même coupe en séquence T2 montrant des vésicules hydatiques en hypersignal.

1-4. Autres bilans radiologiques :

a. Echographie :

▪ **Echographie abdomino-pelvienne :**

Demandée systématiquement chez tous les patients, elle a objectivé une localisation hépatique chez deux patients.

▪ **Echographie para vertébrale :**

Réalisée chez un seul patient, et a permis de poser le diagnostic positif d'une tuméfaction para vertébrale hydatique.

b. Radiographie thoracique :

Réalisée systématiquement chez tous les patients : normale chez 15 patients. Elle a permis de visualiser une opacité para vertébrale médiastinale chez un cas.

2. Biologie :

2-1. NFS :

Tous les patients ont bénéficié d'une NFS, qui a été normale dans 10 cas et présentant une hyperéosinophilie dans 6 cas.

2-2. Sérologie hydatique :

La sérologie hydatique n'a été demandée que dans un cas chez qui elle a été positive.

IV. TRAITEMENT :

1. Traitement chirurgical :

Tous nos patients ont bénéficié d'une cure chirurgicale.

1-1. Voies d'abord :

▪ **La laminectomie :**

Était réalisée chez 14 patients et a intéressé :

-Dans le rachis dorsal : 7 cas de laminectomie postérieure médiane et d'un cas par voie postéro-latéral extrapleurale.

-Dans le rachis lombo-sacré: 5 cas ont bénéficié d'une décompression par voie Postérieure. un cas a bénéficié d'une exérèse avec traitement des parties molles sans recours a la décompression.

▪ **L'abord antérieur:**

Il était réalisé chez un seul patient présentant une localisation hydatique vertébrale.

2-2. Stabilisation :

Une fixation par plaques cervicale antérieure a été réalisée en complément d'un greffon osseux chez le patient qui présentait une localisation cervicale.

2-3. Traitement adjuvant scolicide :

Ce traitement est utilisé en per-opératoire pour éviter le risque de dissémination secondaire et protéger le champ opératoire.

Chez tous nos patients, ce traitement consistait en lavage abondant avec du sérum salé hypertonique.

2. Traitement médical :

Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement médical antiparasitaire. Par ailleurs tous les patients présentant un déficit moteur ont bénéficié d'une rééducation motrice complémentaire démarrée au cours de leur hospitalisation au service.

V. EVOLUTION :

1. A court terme :

Elle était marquée par une amélioration neurologique chez 10 patients, et un état stationnaire chez les 6 autres patients.

On a noté la survenue d'une méningite post opératoires et d'escarres chez une patiente.

Tableau I: Evolution immédiate

Évolution immédiate	Nombre de cas	Fréquence
État neurologique stationnaire	6	37%
Amélioration de l'état neurologique	10	63%
Complication de décubitus	1	6%
Méningite post opératoire	1	6%

2. A long terme:

Sur les 16 patients opérés deux ont présenté une récurrence après un recul respectif de 5 mois et 3ans, ces récurrences ont nécessité un second look chirurgical. La majorité des patients sont perdus de vue.

TABLEAU RECAPITULATIF DES OBSERVATIONS

Obs.	Age/ sex	Origine	Délai	Clinique	Imagerie	Lésion à distance	Biologie	Traitement	Evolution
1	31/M	Urbain (U)	12 mois	Sd tétra pyramidal + Sd rachidien + Incontinence urinaire	IRM : Lésions vertébrales C6-C7 multiloculées en intra canaulaire	négatif	normale	Abord antérieur. Corporectomie C6. Mise en place d'un greffon et fixation par PRM.	Etat Stationnaire
2	39/M	Rurale (R)	4 mois	Sd de la queue de cheval	IRM : Lésion multikystique en latéro vertébral gauche D9-L2, médiastinal, rétropéritonéal et intra canalaire de 16/7 cm.	foie	Hyper- éosinophilie	Abord postérieur, Hémi-laminectomie Gauche.	Récupération neurologique complète dans l'immédiat. Récidive après 5 mois.
3	35/M	R	10 jours	Sd de la queue de cheval	IRM: Kyste hypo intense en T1 et hyper intense en T2 s'étendant sur 2 segments S1-S2.	Négatif	Hyper- éosinophilie	Abord postérieur, Laminectomie étendue L5, S1 et S2.	Récupération Totale
4	38/F	R	8 mois	Sd de la queue de cheval	TDM: Processus kystique épidual sacré sans atteinte osseuse.	Négatif	Hyper- éosinophilie	Décompression de la queue de cheval par ablation du kyste hydatique par voie postérieur.	Amélioration neurologique progressive.
5	17/M	U	5 mois	Sd para-pyramidale, hypoesthésie intéressant tous les modes avec un niveau sensitif situé à D6	IRM: Processus kystique médiastinal postérieur au contact de l'aorte, et rachidien entraînant une compression Médullaire en regard de D5.	Foie	Hémaglu- tination indirecte positive à 1/60. Hyper- éosinophilie	Décompression médullaire et ablation du kyste hydatique médiastinal par voie postérieure	Favorable avec récupération neurologique progressive et reprise de la marche.
6	46/F	R	12 mois	para parésie spastique, avec des réflexes vifs, une hypoesthésie et un niveau sensitif D4, le contrôle anal est maintenu.	IRM : processus lésionnel tumoral polylobé, hypo intense en T1 et hyper intense en T2, débordant plus en latéral gauche.	Négatif	Normale	Laminectomie décompressive étagée D3 D4 et D5 et ablation du kyste hydatique.	Etat neurologique stationnaire.
7	11/F	R	1 mois	Syndrome rachidien D-L et une paraplégie flasque avec une hypoesthésie des MI, un niveau sensitif à D8, et une béance anale.	IRM: processus tumoral kystique comprimant la moelle au niveau de D5 jusqu'à D7 hypo intense en T1 et hyper intense en T2.	Négatif	Hyper- éosinophilie	Abord postérieur; laminectomie étagée décompressive D5 D6 D7.	Récidive 3 ans plus tard.
8	50/F	R	6 mois	Paraplégie spastique avec une hypoesthésie dans tous ses modes; associées à des troubles sphinctériens.	IRM: processus multi kystique hypointense en T1 et hyperintense en T2, comprimant la moelle en regard de D8 D9 et D6.	Négatif	Normale	Décompression médullaire avec exérèse du kyste hydatique paravertébral par voie postérieure.	Favorable Avec récupération neurologique progressive.
9	35/M	R	16 mois	Paraplégie flasque, des réflexes abolis avec un niveau sensitif D12.	TDM: Multiples formations kystiques para vertébrales et intra canalaires en regard de D11 et D12 avec lyse de la 12ème côte.	Négatif	Normale	Laminectomie étagée; exérèse des kystes para vertébraux et une costo- transversectomie.	Etat neurologique stationnaire.
10	40/F	R	4 mois	Tumefaction suppurée au niveau sacré. Examen neurologique normale.	IRM : Lésions hypointense en T1, hyperintense en T2 du corps vertébrale de S1 à S3 etendue aux ailerons sacrés, au articulations sacro-iliaques et au parties molles.	Négatif	Normale	Exérèse du kyste hydatique par voie postérieur avec traitement des parties molles.	Evolution favorable

Prise en charge neurochirurgicale de l'hydatidose vertébrale
Expérience du service de neurochirurgie CHU Mohammed VI

11	24/M	R	2 ans	Masse lombosacrée avec boiterie d'esquive, motricité et sensibilité conservées	TDM : Lyse osseuse transversaire, articulaire post. Et pediculaire étendue au dans le canal rachidien sur L4 et L5. Compression de la queue du cheval	Négatif	Normale	Voie d'abord paravertébrale lombaire, évacuation, laminectomie, et libération des racines L5-S1.	Favorable dans l'immediat.
12	24/F	U	3 ans	Sd rachidien avec un syndrome lésionnel L3 et sous lésionnel (niveau sensitif L3)	TDM : Masse kystisée du psoas avec ostéolyse et extension extra-canalair IRM : Kyste hydatique au niveau L2-L3 avec des vésicules intra durales comprimant la moelle en regard.	Négatif	Normale	Décompression totale par voie postérieure lombaire avec lavage au sérum salé et eau oxygénée.	Etat stationnaire au cours de l'hospitalisation Perdu de vue à long terme
13	6/F	R	4 jours	Syndrome pyramidal avec des ROT vifs au membre inférieur droit	IRM : Multiples lésions hypointenses en T1 hyperintenses T2 avec des vésicules s'étendant de D8 à D12 et comprimant la moelle en regard	Adéno-pathies lombo-aortiques	Normale	Laminectomie et Décompression de la moelle par voie postérieure avec exérèse du kyste et lavage au sérum salé.	Amélioration de l'état neurologique dans l'immediat. perdue de vue à long terme.
14	32/F	R	5 mois	Para-parésie spastique avec syndrome tétrapyrmidale	IRM : Proessus kystique étendu de D7 à D9 en hyposignal T1, hypersignal T2, avec tassement de D8	Kyste hydatique du dôme hépatique	Normale	Décompression par voie postérieure avec exérèse et lavage à l'eau oxygénée	Evolution favorable sans récurrence
15	31/M	U	1 an	Para parésie spastique avec des ROT vifs, et hypoesthésie des MI	IRM : Processus multiloculaire en hyposignal T1, hypersignal T2 au niveau de D6 et D7, avec un petit kyste au niveau L1	Négatif	Normale	Laminectomie postérieure, Décompression et exérèse des kystes .	Evolution stationnaire. Perdu de vue à long terme.
16	42/M	U	1 mois	Sciatalgies avec des ROT vifs au 2 membres inférieurs et hypoesthésie en selle.	IRM : Formation kystique multivésiculaire de D12 à L1 avec tassement du corps de D12 et infiltration des parties molles.	Négatif	Hyper-éosinophilie à 1267/ul	Laminectomie postérieure avec décompression et traitement des parties molles.	Etat stationnaire.



DISCUSSION

HISTORIQUE : [10]

L'échinococcose est mentionnée depuis la haute antiquité par Hippocrate, mais c'est Batsch qui, en 1789; décrit le parasite *Echinococcus granulosus*. En 1801, c'est Crullerier qui fit la première description d'Echinococcose osseuse, et c'est Von Siebold, en 1853 qui démontra que le cestode adulte pouvait être obtenu en faisant absorber du matériel hydatique à un chien.

En 1907, Cranwell décrit les lésions radiologiques de l'échinococcose osseuse. De 1925 à 1950 Félix Devé consacra des centaines de travaux sur le sujet et un ouvrage.

I. PARASITOLOGIE :

En Afrique du nord, l'échinococcose est toujours d'actualité. Avant d'aborder la localisation vertébro-médullaire du kyste hydatique nous voudrions rappeler le parasite et son cycle, les généralités sur l'échinococcose en particulier la localisation osseuse.

1. Classification :

On distingue quatre principales espèces :[11,12]

1-1. Echinococcus granulosus :

Le plus fréquemment retrouvé, comprend quatre sous espèces qui ne diffèrent que par leur composition en iso enzymes:

**Echinococcus granulosus granulosus*

**Echinococcus granulosus borealis*

**Echinococcus Equinus*

**Echinococcus granulosus canadensis*

1-2. Echinococcus alvéolaire

1-3. Echinococcus oligarthus

1-4. Echinococcus vogali

2. Morphologie du parasite (Echinococcus granulosus) :

2-1. Forme adulte du parasite :

C'est un petit taenia mesurant 2 à 7mm de long, possédant une tête ou scolex munie de deux paires de ventouses et un rostre armé d'une double couronne de 30 à 50 crochets.

Un corps contenant un nombre variable d'anneaux (3 ou 4 anneaux) seul le dernier est ovigère, c'est-à-dire porteur d'oeufs, qui se détache spontanément de la chaîne à maturité. Un même hôte (nombreux canidés et surtout le chien) peut héberger plusieurs centaines à plusieurs milliers de vers fixés entre les villosités de l'intestin grêle. Sa maturité est atteinte en 6 à 8 semaine et sa longévité est de 6 à 10 mois en moyenne. (Figure 10)

2-2. L'œuf :

Appelé aussi embryophore, Les œufs mesurent environ 20 microns de diamètre, sont issus de l'anneau grvide rejeté dans les selles de l'animal. Celui-ci contient 200 à 800 œufs pourvus d'un embryon hexacanthé armé de six crochets et entourés d'une coque épaisse brunâtre. Ces œufs sont très résistants et peuvent rester infestants pendant 18 mois à 2ans si les conditions d'humidité sont favorables. Ils peuvent supporter des températures allant de - 25° à +30°, résistant aux agents chimiques habituels tels les engrais, mais une température à 60°C, l'anaérobiose et la dessiccation leur sont fatals.

La dispersion passive des œufs impliquant un transport mécanique (eau de ruissellement) ou un transport biologique (faune du sol, insecte) constitue un temps essentiel de l'épidémiologie de la parasitose. Celle-ci peut être renforcée par les coutumes: les déjections de chiens émulsionnées sont utilisées pour éloigner les moutons des cultures. Ces œufs seront ingéré par l'hôte intermédiaire constitué essentiellement par le bétail et accidentellement

l'homme; chaque œuf présente une coque enveloppant un embryon, et sous l'action du suc gastrique il se libère et passe dans la circulation sanguine. (Figure 10)



Figure 16: Echinocoque adulte.



Figure 17: Embryophore.

2-3. Le stade larvaire : Evolution chez l'hôte intermédiaire :

Après ingestion des œufs par l'herbivore, sous l'effet des sucs digestifs, l'embryon hexacanthe de 25 à 30 microns de taille va traverser la muqueuse intestinale avant de s'engager dans les capillaires sanguins et lymphatiques. La taille et la plasticité de cette larve lui permettent de passer partout où passe une hématie. Parvenus dans la circulation générale, ces embryons vont être arrêtés par différents filtres: 75% vont être bloqués au niveau du foie, 15% au niveau du poumon. Passés ces deux filtres, les larves arrivent dans la circulation générale et peuvent toucher n'importe quel viscère. Une fois fixé dans un organe, l'embryon peut soit être rapidement détruit par la réaction inflammatoire aspécifique du tissu, soit se transformer en une hydatide à la suite d'un processus continu de vésiculation.

Le développement de l'hydatide se fait lentement en 8 à 10 mois. Chez l'Homme il est plus long et dure de 18 mois à 3 ans retardant les signes d'appel. Cette hydatide est composée de l'extérieur vers l'intérieur de plusieurs couches :

*Une limitante externe anhiste, lamellaire, blanchâtre assez consistante.

*Une membrane proligère ou germinative mince correspondant à un parenchyme parasitaire nucléé. Celle-ci par bourgeonnement donne des vésicules proligères de 0,5 à 1,5mm de diamètre qui contiennent chacune des protoscolex analogues aux scolex des vers adultes mais invaginés sur eux et même sans corps. Ces vésicules sont susceptibles de se détacher de la membrane germinative par rupture mécanique de leur pédicules; elles sédimentent dans le fond des kystes fertiles et constituent «le sable hydatique».

L'ensemble de ces structures est maintenu en place par la pression exercée par la sécrétion d'un liquide clair eau de roche riche en sodium et en protéines et jouant un rôle essentiel dans la genèse des réactions anaphylactiques: le liquide hydatique. Le sable hydatique est le seul matériel de l'hydatide infestant les canidés par ingestion. Un même organe peut présenter plusieurs hydatides par suite d'une forte infestation ou du bourgeonnement exogène d'une hydatide mère: c'est l'hydatidose pluriloculaire fréquente chez les ruminants. Les protoscolex

peuvent présenter un phénomène particulier dit de «régression vésiculaire», ils ont la possibilité de redonner des hydatides complètes.

Cette propriété impose des précautions opératoires particulières, la libération inopinée de protoscolex dans les tissus pouvant être la cause d'hydatidose secondaire.

3. Le cycle du parasite :

Le chien, hôte définitif, devient porteur de ténia Echinococcus en mangeant les viscères d'animaux (moutons et bœufs) remplis de kystes hydatiques. Les moutons ou les bovidés, hôtes intermédiaires, se contaminent en avalant les embryophores qui souillent l'herbe ou l'eau.

L'Homme s'infeste comme les hôtes intermédiaires normaux par ingestion d'embryophores émis par le chien. La contamination se fait de deux manières:

- Soit directement à travers un contact direct avec les chiens parasités (maladie des mains sales).
- Soit indirectement par les aliments ou l'eau souillés par les excréments de chiens parasités.

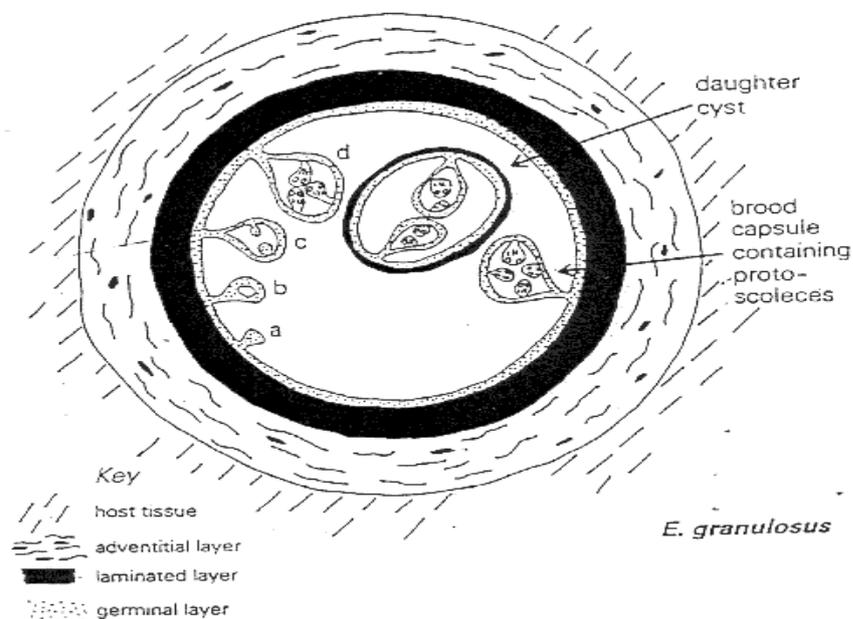


Figure 18: Structure d'un kyste hydatique

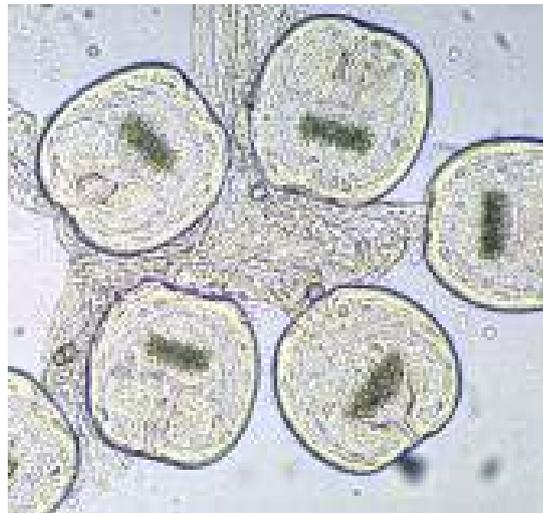


Figure 19: Sable hydatique

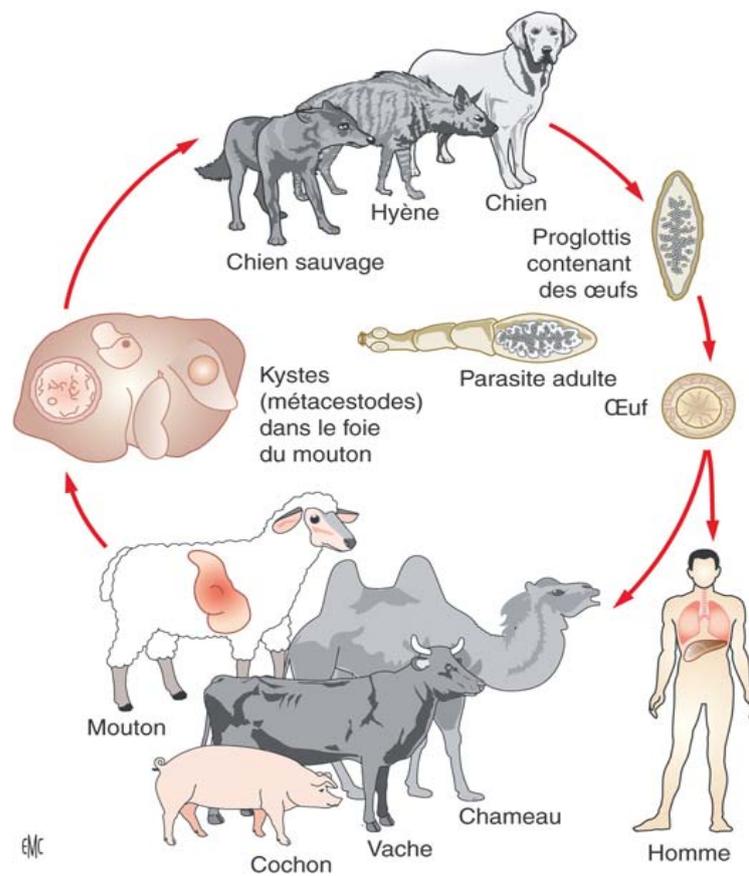


Figure 20: cycle de contamination de l'Homme

4. Histoire naturelle de l'hydatidose osseuse :

La physiopathologie de l'hydatidose osseuse présente des particularités: Deux paramètres expliquent la faible prévalence des localisations osseuses, d'une part, intervient le circuit emprunté par le parasite. En effet, celui-ci doit franchir successivement les filtres sélectifs hépatique et pulmonaire avant de pouvoir se fixer dans le tissu osseux. D'autre part, les capillaires osseux ne sont pas un barrage aussi efficace que ceux des tissus mous en raison de leur calibre (18 à 22 μ m), le kyste hydatique dans cette localisation ne présente pas de membrane péri kystique.

L'os par sa résistance et son architecture, empêche le développement sphéroïdal normal du parasite. La progression des lésions s'effectue par bourgeonnement multidiverticulaire à partir de petites vésicules mères, en tous sens, prenant la place du tissu spongieux. L'usure corticale sur sa face endostale entraîne une brèche sans réaction périostée, par où les vésicules font issue dans les parties molles adjacentes. Ce qui explique les aspects cliniques et radiologiques de cette maladie désespérément infiltrante et les conséquences thérapeutiques qui en résultent.

La fréquence de l'hydatidose vertébrale peut s'expliquer par le phénomène de l'embolie paradoxale: lors d'une augmentation brutale de la pression intra abdominale, le sang du système porte se drainerait dans le plexus rachidien, évitant les filtres hépatique et pulmonaire. Elle débute habituellement au niveau du corps vertébral, l'atteinte des parties molles est plus fréquente au rachis qu'au niveau des os longs, touche les muscles para vertébraux et peut s'étendre dans l'espace épidual. [3,10]

Il n'y a pas d'exemple de guérison spontanée d'une hydatidose osseuse: le milieu osseux semble lui conférer une « malignité relative ».

II. ANATOMOPATHOLOGIE :

Contrairement à ce que l'on voit au niveau des tissus habituellement infestés par le parasite tel que le foie, où l'on trouve des vésicules hydatiques remplies de liquide, nidées dans une cavité formée au dépend du viscère infesté et entourée d'une coque adventitielle, réactionnelle, au niveau de l'os l'affection prend une allure infiltrante diffuse avec de nombreuses micro vésicules; l'os ne réagit pas à cette agression, il n'y a pas d'enkystement du parasite. Dans la majorité des cas, l'échinococcose se présente comme une localisation primitive du parasite.

La larve pénètre l'os par son trou nourricier, va se trouver dans un tissu de consistance dure, une croissance sphérique et uniloculaire est donc impossible. La vésicule hydatique par contre peut se déformer dans tous les sens, se plicaturer, donc épouser l'architecture irrégulière de l'os.

Le parasite se développe suivant les lignes de moindre résistance en adoptant un mode de développement particulier: la vésiculation exogène; dans un premier temps laisse échapper de véritables diverticules formés par des hydatides, à un stade avancé, les diverticules s'isolent de la vésicules mère et forme des vésicules filles [8].

L'os spongieux de la vertèbre est envahi en premier, il perd sa couleur rouge caractéristique, la structure trabéculaire de la vertèbre disparaît, des séquestres se forment, les lésions évoluées réalisent l'aspect de la vertèbre hydatique blanche.

En dépassant les limites de la vertèbre le parasite peut intéresser:

- Le canal rachidien et comprimer la moelle épinière et les racines nerveuses.
- Les masses musculaires et donner lieu à des masses ossifluentes hydatiques.
- Le disque inter vertébral, celui-ci reste intacte pendant longtemps, le passage d'une vertèbre à l'autre se fait par voie sous-ligamento-periostée: mais il ne constitue pas un obstacle insurmontable pour le processus parasitaire, il sera envahi aux stades avancés de la maladie.
- Les vertèbres voisines: dans la plus part des cas, la parasitose intéresse deux ou trois vertèbres.

- Les côtes aussi peuvent être atteintes et réaliser des formes vertébro- costales.
- Le médiastin.

III. EPIDEMIOLOGIE :

L'hydatidose est une parasitose endémique très répandue dans le monde, les pays les plus atteints sont les zones d'élevage des moutons : Les pays de l'Afrique du nord, du proche orient, et ceux du pourtour méditerranéen, l'Amérique du sud, l'Australie et la nouvelle Zélande [2,13].

1. Fréquence : [2, 14, 15, 16]

Au Maghreb, la Tunisie et le Maroc semblent être les plus touchés par cette pathologie :

- La prévalence annuelle du kyste hydatique au Maroc est de 7,2 pour 100000 habitants.
- La prévalence en Tunisie est de 15 cas pour 100 000 habitants.
- En Algérie, elle de l'ordre 3,6 à 4,6 cas pour 100 000 habitants. (tableau II)

Tableau II : Prévalence de la maladie hydatique dans le maghreb.

Pays	Prévalence (pour 100000 habitant)
Maroc	7,2
Tunisie	15
Algérie	3,6 à 4,6

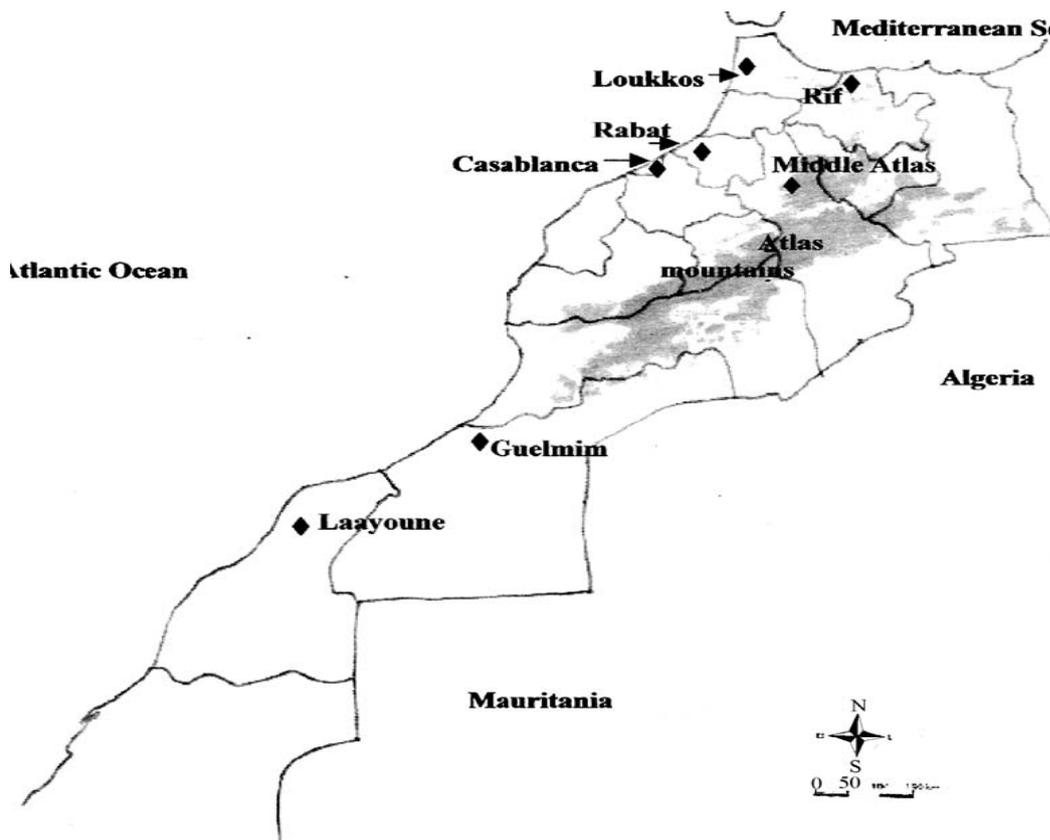


Figure 21 : Zones d'endémicité élevée de l'hydatidose au Maroc.

Ces hauts chiffres observés au Maroc peuvent être expliqués par le fait que :

- Le Maroc est un pays d'élevage de bétail.
- La plupart des familles en milieu rural vivent en promiscuité avec les chiens et le bétail.
- Le contrôle vétérinaire insuffisant en milieu rural.
- Le nombre important des chiens errants.
- L'abattage clandestin en particulier au cours des fêtes familiales ou religieuses au cours desquelles dans millions de moutons sont sacrifiés sans aucun visa sanitaire.

L'hydatidose osseuse représente entre 0.5 et 2% de l'ensemble des localisations hydatiques, et l'échinococcose rachidienne constitue sa localisation la plus fréquente : 40 à 50% [4, 5, 6,17].

2. Age :

Il s'agit d'une affection de l'adulte jeune, cependant elle peut se rencontrer chez l'enfant comme c'est le cas dans notre série [1,4, 20, 22, 23].

Acquaviva a rapporté également 2 enfants âgés de 7 et 15 ans [19] et El Andaloussi 3 enfants âgés respectivement de 13, 10 et 14 ans [20].

L'âge de nos patients varie entre 06 et 50ans avec une moyenne de 33,5 ans ; ce qui rejoint la majorité des résultats décrits dans la littérature. (tableau III)

La contamination se produit le plus souvent dans l'enfance et la révélation de la maladie se fait à l'âge adulte.

Tableau III : Les extrémités d'âge et la moyenne d'âge selon les études.

ETUDE	PAYS	AGE	MOYENNE D'AGE
S. Karray [24]	Tunisie	10 à 65	33
A. El quessar[4]	Maroc (rabat)	28 à 65	45
A. Hamdan [18]	Iraq	26 à 62	42
R. Khazim [5]	Espagne	14 à 34	20
M. Djouhoulou[21]	Maroc (casa)	17 à 50	34
I.Bouhouch [22]	Maroc (Marrakech)	11 à 50	33,5
Notre série	Maroc (Marrakech)	06 à 50	31,3

3. Sexe :

La plupart des auteurs montrent que le sexe masculin est le plus touché [1,4,5,19,20]. 80% dans l'étude de Casablanca (1999-2003) [21]; 66% dans celle de Hamdan (2001-2010) [18], 75% dans celle de Ouadfel [25] , et 55,6 % dans la série de I. Bouhouch de Marrakech [22].

Notre étude a concerné neuf hommes et sept femmes; soit 56 % ; marquant une très discrète prédominance masculine.

4. Origine géographique :

Pour la plupart des auteurs, les patients sont d'origine rurale, cette nette prédominance s'expliquerait par une grande promiscuité avec les chiens. [5,7,22,26,27].

Dans notre série, 69 % des malades sont d'origine rurale, dont ont un contact permanent avec les chiens.

5. Autres localisations associées :

La revue de la littérature montre que l'hydatidose vertébro-médullaire peut s'associer à d'autres localisations viscérales, mais d'une façon non concomitante [18,24, 28, 30].

Dans notre série, sur les 16 cas, nous avons noté 1 localisation hépatique chez trois patients. Hamdan a révélé dans sa série de 9 cas (2010), 3 localisations : hépatique, pulmonaire, et musculaire [18].

Tableau IV : les localisations associées à l'hydatidose vertébrale

Etude	Nombre de localisations	Type
Bettaieb [28]	5 sur 32	2 localisations pulmonaires et 3 localisations hépatiques
M. Djouhoulou [21]	2 sur 6	Une localisation pulmonaire et une autre hépatique
I. Bouhouch [22]	2 sur 9	Les deux localisations sont Hépatiques
A. Hamdan [18]	3 sur 9	Une localisation hépatique, 1 pulmonaire, et 1 musculaire.
Notre série	3 sur 16	Localisations hépatiques.

Selon Grisel et Deve [29] : « Jamais le kyste hydatique rachidien ne représente une forme secondaire à un kyste pulmonaire ou hépatique ».

La plupart du temps elle est l'unique localisation du parasite. En effet, dans 10% des cas seulement elle s'accompagne d'une autre localisation constituant une forme « primitive multiple et parallèle ».

6. Répartition des localisations vertébro-médullaires :

Pour tous les auteurs, l'hydatidose vertébrale concernait par ordre de fréquence le rachis dorsal, le rachis lombaire, le sacrum et enfin le rachis cervical [23,24,26,31].

Notre série reflète bien cette distribution avec 7 localisations dorsales; 3 dorsolombaires, 2 lombaires, 3 localisations sacrées et une seule et unique localisation Cervicale. (tableau V)

Tableau V : Répartition des localisations vertébro-médullaires

	Rachis cervical	Rachis Dorsal	Rachis dorsolombaire	Rachis lombaire	Sacrum
A. El Qessar (Maroc), 8 cas	Aucune localisation	4 cas	Aucune	2 cas	2 cas
S. Karray (Tunisie), 13 cas	aucune	6 cas	aucune	5 cas	2 cas
A.Hamdan (Iraq) 9 cas	1 seule localisation	5 cas	aucune	2 cas	2 cas
Notre série, 16 cas	1 seule localisation	7 cas	3 cas	2 cas	3 cas

IV. CLINIQUE :

1. Modalités de début :

L'hydatidose vertébrale se caractérise par une latence clinique très prolongée; tant que le processus se développe uniquement au niveau de l'os, l'affection reste totalement

asymptomatique. [10, 29].

Le délai moyen avant d'établir le diagnostic est de 8 mois [9], dans notre série le délai de consultation varie entre 4 jours et 3 ans avec une moyenne d'environ 8 mois. Les signes d'appel sont peu caractéristiques et orientent rarement vers l'affection en cause: il peut s'agir de douleur rachidiennes, d'une tuméfaction para vertébrale, de fractures des vertèbres ou de signes de compression médullaire [3].

L'élément algique à type de rachialgies constitue le mode de révélation le plus fréquent pour tous les auteurs: Il s'agit d'une douleur banale modérée, plutôt intermittente. Les rachialgies peuvent être rapportées dans 85 à 90 % des cas, (Bettaieb[28], A.Hamdan[18]). Notre série a révélé 11 cas de nos 16 patients (62,5 %).

La tuméfaction traduit une extension vers les parties molles. Il peut s'agir soit de vésicules hydatiques ou d'abcès ossifluents froids, à tendance progressivement lente. Ces abcès peuvent migrer, comprimer les organes thoraciques et pelviens, des nerfs et des vaisseaux de voisinage; ils peuvent se fistuliser ou se surinfecter.

Les fractures spontanées ou à l'occasion d'un traumatisme minime sont un mode fréquent de révélation de la maladie. Elles peuvent être multiples, récidiver ou mal consolider.

Les complications s'observent dans 70% des cas. Il peut s'agir de radiculalgies; par rétrécissement d'un trou de conjugaison; ou de compression médullaire ou de syndrome de la queue de cheval.

2. Phase d'état :

2-1. Les douleurs :

Elles sont souvent inaugurales bien que très tardives et sont variables en fonction du niveau de l'atteinte rachidienne [32] :

-Douleurs vertébrales dominant le tableau, essentiellement au début.

-Névralgies cervico-brachiales dans les compressions cervicales avec des signes d'atteinte radiculaire plus nets à l'examen.

-Sciatalgies, cruralgies dans les atteintes situées au niveau du rachis lombaire et lombosacré.

Toutes ces névralgies sont d'apparition tardive, habituellement sourdes, modérées et non calmées par le repos, présentes le jour et la nuit, rebelles aux antalgiques usuels. Elles sont accentuées par toute augmentation de la pression intra-crânio-rachidienne (toux, défécation, effort). Ces douleurs peuvent à l'opposé être très marquées, et faire suspecter une atteinte maligne. Elles sont volontiers accompagnées de signes rachidiens: raideur et contracture segmentaire, limitation douloureuse des mouvements, douleur à la pression des épineuses.

Dans notre série, cinq cas ont été admis pour lombosciatalgies, une de type S1, deux de type L4-L5, une est mal systématisée, et à type de cruralgies chez le dernier.

Bettaieb [28] a noté sur sa série de 32 cas : 4 lombosciatiques mono radiculaires, 5 lombosciatiques bilatérales et une douleur unilatérale de topographie L5-S1.

S. Karray [24] a rapporté dans sa série de 13 malades: 7 malades avec douleurs rachidiennes, un avec douleurs radiculaires et deux présentaient à la fois les deux. Et A. Hamdan dans sa série de 9 cas, a rapporté 6 cas de douleurs radiculaires, trois d'entre eux avaient en même temps des douleurs rachidiennes [18].

2-2. Examen général :

Vu la latence clinique, l'absence de syndrome inflammatoire, les énergies faibles du foyer infesté et le développement anatomique très lent, l'état général reste conservé pendant une longue période [5,6,10,32,34]. Tous nos patients avaient un état générale conservé.

2-3. Examen du rachis :

Il est généralement décevant. Si l'absence de déformation avec conservation longtemps complète de la mobilité du rachis n'est pas constante dans l'échinococcose vertébrale, elle y est fréquente et appartient en propre à cette affection. [29]

Ainsi l'examen peut être strictement normal ou retrouver tout au plus un point douloureux vertébral ou para vertébral, une raideur rachidienne, une voussure para vertébrale en rapport avec des collections ossifluentes hydatiques et à un stade tardif des déformations vertébrales [10,28].

Dans notre série, on note que 9 cas présentaient des douleurs rachidiennes, trois cas de tuméfaction para vertébrale et un seul cas d'une déformation vertébrale.

Dans la série de Acquaviva [19], l'examen du rachis n'a pas montré de déformations ni de contractures, la douleur à la pression des épineuses n'a été retrouvée que dans peu de cas.

Karray [24] dans sa série de 13 cas rapporte que l'examen du rachis a noté une cyphoscoliose chez 10 cas, 3 patients présentaient des abcès para vertébraux au niveau du rachis dorsal; un cas d'abcès de psoas et un cas d'abcès pelvien.

Dans l'étude de Casablanca [21]; sur 6 patients ils ont trouvé une tuméfaction para vertébrale chez un malade et une cyphoscoliose chez un autre.

2-4. Les troubles moteurs :

Peu marqués au début, ils débutent par une fatigabilité, des difficultés à la marche rapide, à la course, à la montée d'escaliers. Plus tard surviennent des dérochements de jambes, voire une véritable claudication médullaire. Au cours de l'évolution il va se constituer au fur et à mesure un handicap de plus en plus net avant d'aboutir à la paralysie complète [21,24].

Dans la série de CHIKAOUI [33], 9 malades sur 12 ont manifesté des signes neurologiques francs dont 7 paraplégies, et 2 tétraplégies.

S. KARRAY [24] sur 13 observations: 3 cas ont présenté des troubles moteurs: 2 paraplégies et un syndrome de la queue de cheval.

Dans notre étude: 2 patients présentaient une paralysie flasques; 4 avec une paralysie spastique, 3 accusaient une para parésie, un cas souffrait d'une tétraplégie et enfin 3 patients avec un syndrome de la queue de cheval.

2-5. Les troubles sensitifs :

Souvent retardés par rapport aux signes moteurs, les manifestations sensitives peuvent être des paresthésies à type de brûlures, fourmillement, ou de dysesthésies [42].

L'atteinte des sensibilités superficielles à la période d'état est quasi constante. Il est à remarquer que le niveau d'anesthésie décelé par l'examen clinique ne correspond pas toujours aux lésions osseuses qui devraient objectivées par les examens radiologiques.

En effet, on note souvent un décalage vers le haut dans de nombreux cas, ceci s'explique par le fait que les vésicules migrent de part et d'autre d'un foyer osseux dans l'espace extradural, vont entraîner des compressions sans possibilité d'objectivation en dehors de l'imagerie spécialisée: TDM; IRM. Ces troubles s'aggravent lentement avec pour terme une anesthésie du territoire sous lésionnel.

Dans notre série, l'atteinte sensitive est quasi constante (chez 13 cas) sous forme de fourmillement chez 7 cas, de sensation de froideur chez 4 cas, et de décharges électriques chez 2 cas. L'examen de nos patients a révélé 6 cas d'hypoesthésie, 3 paresthésies, et 3 anesthésies en selles.

2-6. Les troubles sphinctériens :

Relativement tardifs; ils se limitent longtemps à des troubles mictionnels à type de rétention ou fuite urinaire et/ ou constipation. L'incontinence anale et urinaire totale cadrent dans le syndrome sous lésionnel; surviennent tardivement et signent un mauvais pronostic.

A. Hamdan dans son étude de 9 cas [18], a rapporté 5 cas de troubles sphinctériens.

Dans notre série on note : 5 cas d'IU, 4 cas de constipation, 2 cas de rétention urinaire, un cas d'impériosité, la moitié de nos patients (8 cas) n'avait pas de troubles sphinctériens.

2-7. Abcès ossifluents :

Dans les régions où ils sont accessibles à l'examen clinique, ils se présentent comme une collection para rachidienne résistante ou fluctuante, indolore, sans aucune réaction

inflammatoire et pouvant résister longtemps sans augmentation de volume et sans ouverture spontanée.

Karray [24] dans sa série de 13 malades a noté chez 3 patients des abcès para vertébraux au niveau du rachis dorsal.

Dans notre série, nous relevons cet aspect dans trois cas.

V. PARA CLINIQUE :

1. Imagerie :

L'examen radiologique est capital du fait des difficultés du diagnostic clinique et de l'inconstance des réactions biologiques. Les signes radiologiques ont été bien étudiés par Bettaieb[28], El Quessar [30].

La multiplicité des formes radiologiques découle de l'action mécanique des vésicules sur le tissu osseux, celle d'une tumeur qui refoule, envahit ou détruit sans jamais reconstruire.

1-1. Radiographie standard du rachis :

Le bilan radiologique standard est incontournable et il sera dans certaines situations géographiques l'unique exploration d'imagerie réalisable. Les aspects radiologiques, surtout dans les formes de début sont polymorphes et entraînent souvent, même dans les zones d'endémie, des erreurs diagnostiques qui retardent la prise en charge thérapeutique.

a. Topographie des lésions [3,10,30] :

La plupart des auteurs ont remarqué la grande prédilection des localisations pour les étages dorsaux et lombaires comme c'était le cas dans notre série.

b. Le nombre de vertèbres atteintes [3,5] :

L'extension aux vertèbres se fait par voies sous ligamentaire, mais excède rarement 4 à 5 vertèbres. Au-delà, il s'agit d'une infestation massive, exceptionnelle, probablement le fait de localisations primitives multiples.

Le nombre de vertèbres atteintes variait entre 1 et 4 pour chikhaoui [33], de 1 à 3 pour Karray [24], de 4 à 5 dans la série de Khazim [5], et de 1 à 2 pour A. Hamdan [18].

Das la série de I. Bouhouch [22], le nombre est compris entre 2 et 3 vertèbres comme c'est le cas dans notre série.

c. Lésions vertébrales : Ostéopathie hydatique [7,10,30] :

Au début, la lésion touche une partie du corps vertébral avec une ostéolyse multiloculaire sans réaction ostéophytique ou périostée, et sans condensation osseuse. L'aspect est celui d'une érosion osseuse en nid d'abeilles. La condensation osseuse ne serait présente qu'en cas d'ostéite surajoutée.

L'arc postérieur, les apophyses transverses et épineuses peuvent être touchées d'une manière unilatérale. La morphologie globale de la vertèbre peut être discrètement modifiée et les disques intervertébraux sus et sous-jacents ne sont pas atteints.

A un stade plus avancé, les lacunes et les microvésicules vont éroder les corticales et entraîner un affaissement des plateaux vertébraux réalisant du tassement cunéiforme ou en galette des vertèbres. Elles érodent le mur postérieur, envahissent le canal et les trous de conjugaison donnant des images assez typiques réalisant un aspect de pédicule boursoufflé, vertèbre asymétrique et augmentation de l'espace inter pédiculaire.

En région dorsale, l'atteinte costale adjacente associée est très évocatrice de l'hydatidose [3]. L'extension dans les parties molles se traduit en région dorsale par une opacité para vertébrale souvent unilatérale, unique, polycyclique, rarement fusiforme. Son contour peut être calcifié. En région lombo-sacrée, elle se situe soit dans le psoas soit dans la région pré sacrée. L'extension intra rachidienne peut entraîner un élargissement du canal rachidien, avec

augmentation de la distance inter pédiculaire. De profil, on pourra mettre en évidence l'image de scalloping non spécifique [3].

L'atteinte mixte intra et extra rachidienne, du fait du développement kystique à l'intérieur du canal rachidien, traduit le développement d'une même vésicule qui croît en intra et extra rachidien, l'aspect radiologique le plus fréquent celui dit en "Iceberg", en "sallier" ou en "battant de cloche" constitué par deux portions réunies par un isthme.

Ces changements de la structure osseuse des vertèbres ne sont présents et visualisés par la radiographie standard que dans 27% des cas selon les revues de la littérature [22].

1-2. La tomодensitométrie :

Cette exploration a largement modifié la prise en charge des patients, elle permet de dresser un bilan lésionnel complet en visualisant des lésions peu ou pas suspects sur l'exploration standard [3,10,23].

Cet examen précise la sémiologie des atteintes osseuses, articulaires et des parties molles, participe largement au bilan d'extension local et régional, peut dans certains cas orienter le diagnostic et enfin il est indispensable pour un contrôle post opératoire. Il est utile dans les suites opératoires pour détecter d'éventuelles lésions résiduelles et récidives. Certains auteurs ont rapporté l'efficacité d'un traitement de kyste hydatique extra dural cervical par ponction aspiration et irrigation par du sérum salé hypertonique sous contrôle scanographique [34,36].

La TDM sera réalisée sans et avec injection de produit de contraste. L'ostéopathie hydatique se traduit au scanner par des images lacunaires hypo denses de taille et forme variable, plus ou moins bien limitées, ne subissent pas de modifications après injection. L'atteinte corticale sera mieux analysée par cette imagerie en coupe. Les collections ossifluentes para vertébrales sont aisément identifiées, de densité hydrique, elles développent d'importants effets de masse sur le poumon et les organes médiastinaux postérieurs.

L'extension intra rachidienne est plus délicate à affirmer en l'absence d'injection intrathécale. Se manifeste par:

- Un re foullement, un écrasement de la moelle par des collections hypodenses péri médullaires.

- Un élargissement de l'espace épidual en rapport avec des adhérences méningées qui traduisent parfois le caractère infecté des collections hydatiques.

Par ailleurs la TDM permet de préciser l'extension costale de contiguïté [3]

1-3. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) :

Le premier cas de description IRM de l'échinococcose vertébrale a été rapporté par Michael en 1985 [30]. Actuellement, l'IRM est l'examen de choix dans l'exploration des lésions rachidiennes, par sa richesse en contraste et surtout ses possibilités d'acquisition multi planaire [10,30,34], elle permet un bilan loco régional de la maladie.

Son intérêt est de pouvoir démontrer de façon précise l'extension en hauteur des lésions. Elle est largement supérieure à la TDM dans la détection des lésions kystiques au niveau des compartiments extra et sous durs et visualise parfaitement la compression des structures nerveuses. Plusieurs vertèbres adjacentes peuvent être concernées, l'extension se faisant par voie sous-ligamento-périostée avec conservation prolongée de la morphologie et du signal discaux [3].

Dans leur forme typique, les vésicules hydatiques sont de forme oblongue, en "saucisse aplatie", à paroi très fine, sans septa, hypo intense en T1 et hyper intense en T2, ces vésicules sont toujours multiples dans les localisations extra durales [1,3,30].

Les acquisitions coronales et sagittales contribuent à l'étude des collections des parties molles qui peuvent présenter des hétérogénéités de signal, en rapport avec la présence de débris, notamment de sable hydatique apparaissant en hyper signal en pondération T1.

Les séquences avec injection de Gadolinium ne sont pas indispensables, sauf dans les formes compliquées et dans les récives post opératoires [3].

Certains auteurs, se sont attachés à essayer de déterminer des critères de vitalité des kystes en fonction de leur signal en IRM, les résultats sont contrevérés :

Certains concluent à l'absence de critères fiables, les mesures de temps de relaxation transversales T2 ne montrent pas de différence significative entre kystes fertiles ou stériles. D'autres, sont plus optimiste, et après corrélation chirurgicale et anatomopathologique, retiendraient des différences significatives d'intensité : Sur les images pondérées en T1, les kystes vivants contiennent un liquide en hypo signal et leur paroi est en iso ou hyper signal modéré. La dégénérescence du kyste se traduit par une nette diminution de l'hyper signal intrakystique tandis que la paroi du kyste s'affaisse et devient plus hypo intense en T2 [3,35].

L'IRM est l'examen de choix pour suivre l'évolution de cette affection après le traitement [30].

Le diagnostic de certitude est posé à l'examen anatomopathologique d'une pièce d'exérèse chirurgicale. La biopsie radioguidée exposerait à un risque de dissémination le long de son trajet [6,30].

Dans notre série, l'IRM a été faite d'emblée chez 13 de nos patients, celle-ci a permis d'obtenir un bilan lésionnel précis et de poser leur diagnostic positif.

1-4. Autres :

a. La myélographie [3,30] :

Examen invasif normalement contre-indiqué en raison du risque d'essaimage, elle doit être bannie des moyens d'imagerie dès que le diagnostic de l'hydatidose vertébro-médullaire est suspect et surtout lorsqu'un appareil IRM est disponible.

Les lésions rencontrées se résument à un blocage du produit de contraste, qu'il soit complet ou incomplet il est le plus souvent de type extra dural.

Aucun de nos patients n'a bénéficié de cet examen.

b. L'échographie :

Examen anodin et facilement répétitif, il peut aider au diagnostic positif et topographique quand les conditions anatomiques le permettent. Il peut montrer un aspect de collection liquidienne avec des zones hyperéchogènes centrale, cet aspect traduit fidèlement le contenu des collections hydatiques multi vésiculaires baignant dans un liquide puriforme dense [3].

L'échographie est aussi justifiée dans l'exploration de la cavité abdomino-pelvienne à la recherche d'autres localisations associées surtout hépatiques [10]. Ainsi, l'échographie a objectivé deux localisations au niveau hépatique chez 2 cas de notre série.

L'échographie trouve son intérêt dans le suivi évolutif.

c. La radiographie pulmonaire :

Le bilan de l'hydatidose vertébrale devrait comporter une radiographie pulmonaire à la recherche d'une localisation hydatique associée ou montrer des opacités réalisant l'aspect le fuseau para vertébral. Elle a été réalisée chez tous les 16 patients de notre série : normale chez 14 cas soit 87,5 %. Mais elle a permis de visualiser une opacité médiastinal postérieure chez un cas, et une déformation rachidienne chez un autre.

2. La biologie :

2-1. Diagnostic indirect de présomption :

a. Numération formule sanguine :

Examen non spécifique, elle est le plus souvent normale.

Une hyperéosinophilie sanguine se voit à la phase initiale de croissance où le contact entre le parasite et l'hôte est le plus intime et en cas d'invasion ou de fissuration ou de rupture du kyste hydatique, peut avoir une valeur d'orientation mais elle est minime, voire absente, n'est présente que dans 40% des cas [3,34,37].

Sur nos 16 patients, 6 avaient une hyperéosinophilie.

b. Les examens immunologiques :

◆ Exploration de l'immunité cellulaire :

Les tests cutanés : l'intradermoréaction de Casoni est très rarement utilisée. Elle consiste à lire la réaction cutanée 15 minutes après l'injection intradermique d'antigène hydatique. À condition d'être faite avec des antigènes purifiés et contrôlés qualitativement et quantitativement, elle est positive dans 75 % des cas d'hydatidose. Elle est devenue contre indiquée du fait de risque de transmission virale (VIH, hépatite B ou C) [22]

Le test de dégranulation des basophiles humains (TDBH) en présence d'antigène hydatique serait significatif lorsque l'index de dégranulation dépasse 35 %. La sensibilité de ce test est bonne et il semble intéressant dans les localisations pulmonaires où la sérologie fait parfois défaut.

◆ Exploration de l'immunité humorale :

Les réactions sérologiques sont nombreuses : leur sensibilité et leur spécificité dépendent de la qualité de l'antigène utilisé. Les antigènes sont obtenus à partir d'hydatides fertiles de foies parasités. Leur purification et standardisation permettent d'augmenter la spécificité des réactions sérologique.

Les antigènes figurés correspondent aux protoscolex entiers ou à des coupes de scolex.

Les antigènes solubles sont préparés à partir du liquide hydatique. Ils doivent être absolument purifiés pour éviter certaines réactions faussement positives (antigènes de l'hôte dans le liquide).

En immunoélectrophorèse, vis-à-vis d'un immun sérum homologue, on observe au moins 10 arcs de précipitation dont l'arc remarquable ou arc 5 correspondant à la fraction antigénique spécifique 5.

Les principales techniques sérologiques sont [39] :

L'immunofluorescence indirecte (IFI) de réalisation simple pour les laboratoires qui préparent leur antigène, elle est sensible dans les localisations hépatiques. Le seuil de positivité

est au 1/100. Il existe des réactions croisées avec l'échinococcose à *E. multilocularis* et la cysticercose. C'est l'une des rares techniques utilisant des antigènes figurés. Sa limite de spécificité est de l'ordre de 1/10 ou de 2/10. L'IFI ne donne pas un véritable diagnostic immunologique mais une simple présomption sérologique qu'il faut confirmer par les résultats des autres tests.

L'agglutination : des particules de latex sont recouvertes d'antigènes solubles. La méthode est très simple mais manque de spécificité.

L'hémagglutination indirecte : des hématies de mouton sont recouvertes d'antigènes solubles. La méthode est simple et disponible en kits. Sa sensibilité est bonne. Une réaction positive se traduit par un voile homogène d'hématies tapissant le fond de la cupule sur plus de la moitié de son diamètre. Au contraire, une réaction négative correspond à la sédimentation des hématies au fond de la cupule en anneaux ou en " bouton central", le seuil de positivité est de 1/320.

L'immunoélectrophorèse : elle permet de différencier les différents arcs de précipitation et la recherche de l'arc spécifique 5 pour le diagnostic de certitude d'échinococcose à *Echinococcus granulosus*. Cet arc 5 peut se voir dans la cysticercose ou dans l'échinococcose alvéolaire mais permet de poser le diagnostic dans plus de 90 % des hydatidoses hépatiques et 65 % des hydatidoses pulmonaires. L'inconvénient majeur de cette technique est la nécessité d'une grande quantité de sérum (au moins 1 ml).

Une réaction positive se traduit au moins par 4 arcs de précipités. L'arc 5 est considéré comme strictement spécifique.

L'électrosynérèse : Elle conduit à des résultats sensiblement identiques à ceux de l'immunoélectrophorèse. Elle présente sur cette dernière l'avantage de sa rapidité d'exécution.

Elle remplace l'immunoélectrophorèse grâce à la quantité moindre de sérum à prélever et au délai de réalisation inférieur (quelques heures). Elle consiste en une précipitation sur acétate de cellulose entre le sérum à tester et un antisérum anti-arc 5.

L'ELISA (Enzyme linked immunosorbent assay) : c'est une méthode immunoenzymatique. L'antigène spécifique est fixé sur un support solide. Si l'anticorps est présent dans le sérum à tester, il se forme un complexe immun par addition d'une antiglobuline humaine couplée à une enzyme. La lecture se fait par mesure de la densité optique à l'aide d'un spectrophotomètre. La réaction sera d'autant plus spécifique que l'antigène utilisé aura été parfaitement purifié (fragment 5).

Les dosages d'IgE totales et spécifiques [38] : ils permettent de poser le diagnostic dans 60 % des cas. La sensibilité semble meilleure dans les localisations hépatiques.

▪ **Au total sur le plan immunologique :**

Actuellement, le diagnostic sérologique doit être réalisé avec 2 méthodes complémentaires :

– Une technique qualitative pouvant apporter un diagnostic de certitude (exp. Révélation de l'arc 5).

– A laquelle on adjoint une technique quantitative mesurant le taux des anticorps antihyatiques et permettant de suivre leur évolution après traitement.

Les résultats varient entre les différents laboratoires en raison des antigènes utilisés. La standardisation de ces antigènes permettra une meilleure comparaison entre les laboratoires.

▪ **Cinétique des anticorps**

Les sérologies et la cinétique des anticorps permettent d'apprécier l'efficacité du traitement qu'il soit chirurgical ou médicamenteux.

Habituellement, le taux des anticorps circulants s'élève nettement dans les semaines qui suivent l'intervention; cette élévation étant liée aux manipulations chirurgicales du kyste qui vont libérer un matériel antigénique dans l'organisme. Le taux d'anticorps s'élève rapidement durant les 2 premiers mois, puis décroît pour se négativer 18 à 24 mois après l'acte chirurgical. La persistance d'un taux élevé d'anticorps est en faveur de l'existence d'un kyste ayant échappé à la

chirurgie. Par contre la réascension du taux d'anticorps au bout de 24 mois doit évoquer, soit une échinococcose secondaire soit un petit kyste qui est resté quiescent jusqu'alors.

Ces tests immunologiques; sont réputés être sensibles à presque 100% et très spécifiques à 96% dans l'hydatidose abdominale, cependant, leur sensibilité diminue de 25 à 56% dans les localisations extra hépatiques ce qui limite leur usage dans le diagnostic ou le suivi, rendant l'imagerie plus sensible que le sérodiagnostic dans la maladie hydatique vertébrales [22].

Dans la série de Karray [24], sur les 13 cas la sérologie été positive chez 7 cas.

Dans notre série, la sérologie n'a été demandée que dans un cas chez qui elle a été positive, vu que le diagnostic a été posé d'emblée sur imagerie.

2-2. Diagnostic direct : diagnostic de certitude :

a. Analyse de ponction d'un kyste hydatique :

L'examen microscopique direct sur le liquide contenu dans le kyste permet d'affirmer le diagnostic, en mettant en évidence des débris de membrane lamellaire, des crochets ou des protoscolex entiers. Cet examen direct permet de déterminer la vitalité éventuelle des protoscolex. Il a été fait chez un seul patient de notre série revenu négatif.

b. Analyse d'une pièce d'exérèse :

L'examen macroscopique permet d'apprécier l'état des membranes parasitaires : blanchâtres ou d'aspect pseudo-gélatineux.

L'examen microscopique anatomo-pathologique peut éventuellement être fait après fixation. Il ne permet pas d'apprécier la vitalité des protoscolex.

VI. TRAITEMENT :

1. Traitement chirurgical :

Pour la quasi-totalité des auteurs, seul la chirurgie radicale reste le meilleur traitement efficace dans l'hydatidose vertébro-médullaire [40], et a été traditionnellement de type

postérieure avec laminectomie décompressive, curettage des kystes avec utilisation ou non d'un traitement adjuvant scolicide, en règle générale l'intervention même très mutilante reste palliative que curative.

1-1. But :

Le traitement de l'hydatidose vertébral vise à lever la compression radiculomédullaire et à réaliser une exérèse aussi complète que possible de l'os envahi afin d'obtenir l'éradication totale de l'infestation parasitaire.

1-2. Difficultés :

Cette chirurgie se heurte à un certain nombre de difficultés :

- Dues à l'étendue de la diffusion des lésions parasitaires rendant à peu impossible l'éradication intégrale des lésions échinococciques surtout à l'époque tardive où elles sont diagnostiquées.

- Dues aux risques de greffe hydatique : il n'y a pas de poche permettant un traitement parasiticide préalable à l'ablation parasitaire. L'emploi de sérum salé hypertonique préconisé par Boulvin [21] ou de l'eau oxygénée initiée par Djilali [41], si soigneux soient ils ne peuvent atteindre toutes les microvésicules infiltrées dans l'os spongieux excisé. Il y'a donc risque de ré inoculation per-opérateur.

- Dues aux risques d'infection secondaire: les pertes de substance osseuse, les cavités sous pleurales ou intramusculaires que laisse après elles l'évacuation parasitaire exposent à l'infection secondaire.

1-3. Technique :

a. Règles générales :

Les voies d'abords du rachis, variables selon le niveau envisagé, diffèrent également selon la partie de la pièce vertébrale que l'on cherche à atteindre : arc postérieur, disque ou corps vertébral.

Le chirurgien doit aussi se plier au respect des éléments nobles nerveux ou vasculaires. L'axe médullaire interdit l'abord postérieur du corps et du disque jusqu'à la deuxième lombaire. La voie d'abord doit être large, c'est le meilleur moyen d'éviter les difficultés opératoires.

b. Conditions opératoires :

◆ Anesthésie [42] :

Préparation du malade :

Elle est différente selon que les kystes soient compliqués ou que par leur siège, ils constituent un risque d'envahissement des structures de voisinage. En cas d'infection du kyste, il est impératif d'instituer une antibiothérapie couvrant les germes habituellement rencontrés dans les infections du SNC.

L'existence du risque hémorragique potentiel ou fortement suspecté impose la disponibilité de concentrés de globules rouge au bloc opératoire.

La prévention des accidents anaphylactiques per opératoires par des antihistaminiques associés ou non à des corticoïdes reste controversée.

Quant à l'indication d'une prescription préopératoire d'antiparasitaires, pour certains auteurs l'administration orale préopératoire de d'Albendazole à la dose de 10mg/kg pendant 4 semaines semble assurer une stérilisation complète du kyste hydatique et diminue le risque d'essaimage, alors que pour d'autres auteurs, elle ne présente aucun intérêt, en effet seulement 10% de la concentration plasmatique de l'antiparasitaire absorbé par voie orale est retrouvée dans le liquide hydatique.

Période opératoire :

Elle utilise les moyens modernes d'assistance respiratoire, l'intubation trachéale est nécessaire quelque soit la voie d'abord et la position. La surveillance cardiaque per opératoire

est assurée en permanence vu le risque hémorragique ou celui de migration du matériel hydatique par voie intra vasculaire.

◆ **La position du malade :**

Varie en fonction du siège de la lésion et de la voie d'abord :

-La position ventrale : Pour les localisations dorsales et lombaires, il faut éviter la turgescence du système veineux intrarachidien par compression abdominale.

-La position dorsale : Utilisée dans l'abord antérieur du rachis cervical, la tête en proclive libre et sans coussinet rétro cervical afin de diminuer le saigne veineux.

-La position gènepectorale : Permet un bon abord de la région dorsolombaire, évite l'augmentation de la pression veineuse.

-Le décubitus latéral : Lors d'un abord postéro latéral extrapleurale du rachis dorsal ou abord antérieur transpleural, le sujet étant placé sur le côté opposé.

c. Les voies d'abord :

◆ **RACHIS CERVICAL :**

➤ **Voie postérieure**

L'incision est strictement médiane, dégagant des épineuses. La dénudation des lames, des articulaires et la mise en place d'un écarteur permet d'exposer les arcs postérieurs et l'opérateur effectue l'intervention désirée.

- La laminectomie : Destinée à explorer ou à libérer le contenu rachidien : la moelle et les racines. Elle sera de règle dans les formes pseudo tumorales : intra durales isolées où le diagnostic n'est souvent que opératoire. Elle est également de mise dans les formes circonscrites de l'arc postérieur, elle peut conduire à l'exérèse des lésions somatiques.

- L'abord sous occipital : L'incision est décalée vers le haut de façon à dégager l'os occipital jusqu'à sa protubérance externe. A la partie basse, on libère facilement la saillie de l'épineuse de l'axis; cet abord permet :

- Une laminectomie haute

- Une arthrodèse occipito-atloïdienne, occipito-atloïdienne ou atloïdo-axoïdienne. Elle est indiquée dans les formes circonscrites à l'arc postérieur du rachis cervical supérieur, dans les formes intra rachidiennes pures (exceptionnel), et dans les formes antérieures instables.

- La voie antérieure [43]:

L'abord se fait par voies antérolatérale droite. L'incision cutanée peut être longitudinale, le long de la saillie du muscle sterno-cléido-mastoïdien, ou transversale ce qui est plus esthétique.

Cette voie est indiquée dans les atteintes corporéales, elle permet l'évacuation d'une grande partie des vésicules et la réalisation d'une arthrodèse.

- La corporectomie subtotale : Une double dissectomie est réalisée, le corps vertébral à enlever sera réséqué au moteur à fraise rotative.

Le prélèvement du greffon sera bi cortical, respectant soit la corticale interne ou externe de l'os iliaque, il sera taillé afin de s'adapter à l'encoche réalisé dans les vertèbres adjacentes; on l'introduit de façon très progressive pour éviter toute pénétration au contact de la moelle, puis on renforce par un vissage une fois le patient mis en flexion. (Figure 21)

- La corporectomie multiple : L'incision est plus étendue en fonction du nombre des étages, pour la fixation il est nécessaire d'obliquer l'incision à 2cm sous le rebord du maxillaire inférieur.

Les dissectomies sont réalisées puis les corporectomies sont effectuées étage par étage. Une corporectomie à 4 niveaux est la longueur maximale réalisable. Le greffon est le plus souvent tri cortical dans cette intervention. (figure 22)

Dans notre série, un seul patient présentait une hydatidose cervicale et a bénéficié d'une exérèse des kystes hydatiques par la voie antérieure avec corporectomie subtotale. Ce type d'intervention présente des complications en per opératoire à type de saignement veineux ou osseux, ainsi que le risque de glissement du greffon vers la moelle épinière. A long terme, certains auteurs reportent le développement de cyphose avec installation d'une myélopathie progressive.

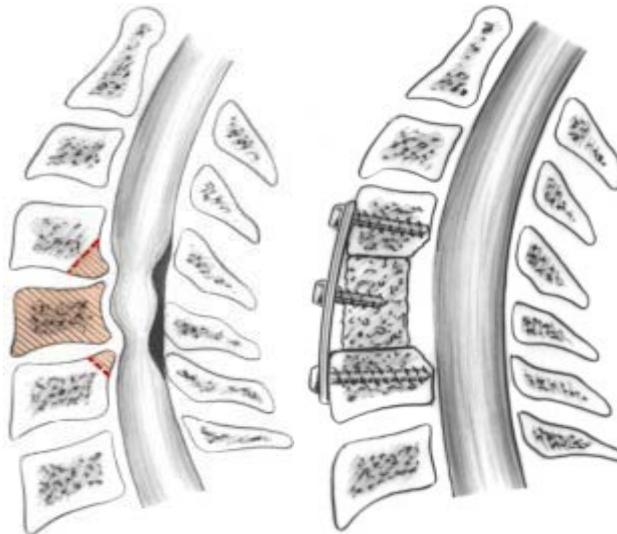


Figure 22 : Corporectomie subtotale

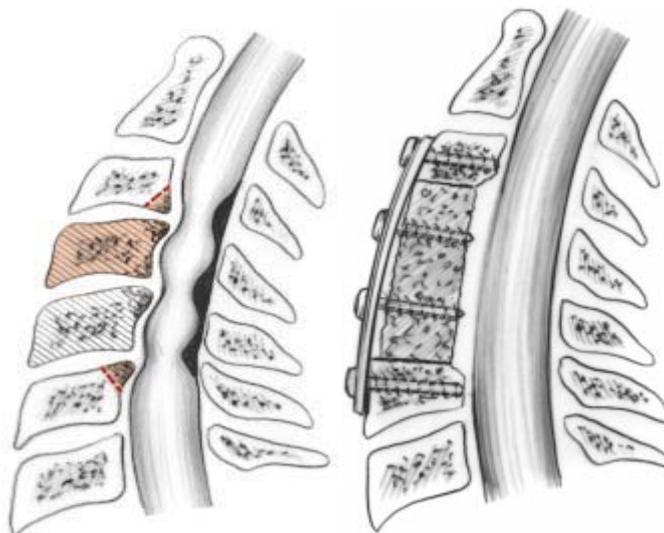


Figure 23 : Corporectomie multiple

◆ RACHIS DORSAL: [40, 44]

➤ Voies d'abords postérieures :

- La voie d'abord médiane postérieure: Elle expose les arcs postérieurs des vertèbres avec les lames, les colonnes postérieures et latéralement les apophyses transverses.

L'incision est médiane postérieure centrée sur les épineuses, la résection du ligament jaune et des lames donne une vue sur la dure mère. En élargissant la dissection latéralement et en réséquant les apophyses articulaires, on peut aborder le corps vertébral. La fermeture doit être pratiquée en un plan musculaire et un plan aponévrotique sur un drainage aspiratif. Cette voie est indiquée pour les laminectomie décompressive et ou exploratrices.

Dans notre série, 7 cas ont bénéficié d'une laminectomie décompressive par voie postérieure.

- La voie postéro latéral extrapleurale : costo-transversectomie

L'incision est paramédiane à environ 8 cm de la ligne médiane. Elle commence à la hauteur de la 9^e côte descend verticalement puis sous la 12^e côte s'incurve en avant vers son extrémité selon une crosse de hockey. Le bistouri traverse le plan musculaire superficiel. Les muscles des gouttières sont réclinés vers la ligne médiane. La côte choisie est ruginée soigneusement puis sectionnée au niveau de son arc postérieur.

Après le décollement de la plèvre et dégagement de la tête costale, on libère au doigt le ligament rayonné vertébro-costal ce qui entraîne la libération de la tête de la côte et facilite la section des ligaments costotransversaires, la côte vient alors sans difficultés. La résection de l'apophyse transverse correspondante est ensuite pratiquée par la dissection de proche en proche et en prenant soin de respecter la branche postérieure du nerf intercostal qui innerve les muscles des gouttières, on arrive sur la partie latérale des corps vertébraux, on commence alors notre décompression, parfois les apophyse transverses peuvent être conservées.

Cette voie d'abord donne un jour limité sur la partie antérieure des corps vertébraux, et reste indiquée pour faire des biopsies dans les atteintes latéralisées et limitées en longueur (1 à 2 niveaux).

On vérifie par insufflation pulmonaire qu'il n'existe pas de brèche pleurale passée inaperçue qui nécessiterait la mise en place d'un drainage thoracique.

Dans notre série, une seule patiente qui a été opérée selon cette voie d'abord.

- Voie postérieure élargie : La voie postérieure élargie peut se définir comme un abord postérieur médian offrant toutes les possibilités de la voie postérieure médiane classique (laminectomie instrumentation postérieure) et permettant simultanément de contrôler le canal médullaire et la colonne corporéodiscale dans son ensemble. Cet élargissement se fait par résection osseuse sans exercer de traction sur le sac dural.

La différence essentielle se situe au niveau de l'incision cutanée qui est médiane et beaucoup plus étendue en longueur afin de pouvoir ruginer les muscles paravertébraux.

Si l'élargissement est unilatéral ce type d'abord se rapproche de la voie précédemment décrite, si l'élargissement est bilatéral l'abord permet théoriquement de pratiquer une corporectomie totale par voie postérieure.

➤ Les voies d'abords antérieures :

Elles permettent l'exposition de la colonne antérieure disco-corporéale. Elles trouvent leurs indications dans les corrections et instrumentations des déformations vertébrales (scoliose, cyphose), les fractures corporéales, les compressions médullaires antérieures par des pathologies infectieuses et tumorales.

- La voie antérolatérale transpleurale : L'opéré étant placé en décubitus latéral, la thoracotomie est pratiquée avec ou sans résection costale d'un seul côté. Il faut choisir le niveau costal répondant à la lésion vertébrale. La plèvre est ouverte. Il est préférable d'ouvrir du côté droit, notamment pour aborder D4 et D5. A gauche la crosse aortique gêne par son volume.

Cette voie d'abord donne une vue étendue, il est possible d'agir facilement, par arthrodèse sur plusieurs corps vertébraux. Les lésions étagées en sont tout particulièrement justifiables pour réaliser une arthrodèse antérieure. Le drainage aspiratif est de rigueur ainsi qu'un cliché de contrôle.

◆ **RACHIS LOMBAIRE:**

On distingue trois grandes voies d'abord :

- L'abord postérieur.
- Les voies rétro péritonéales.
- La voie antérieure transpéritonéale.

➤ La voie postérieure :

Cette voie permet de pratiquer la laminectomie parfois unilatérale destinée à explorer ou à décompresser le canal rachidien, l'arthrodèse corporelle peut être réalisée après laminectomie si greffon est inséré à la place du disque.

La région lombaire est la deuxième localisation après la région dorsale où cette voie est la plus performante [40].

Sur nos 16 cas, cinq ont présenté des localisations lombosacrée et tous ont bénéficié d'une décompression par voie postérieure.

➤ Les voies rétro péritonéales :

▪ La voie latérale rétro péritonéale :

Une fois sur le plan musculaire traversé, on décolle progressivement le péritoine et on arrive sur le psoas et en dedans de lui la saillie du rachis lombaire. Le niveau n'est pas toujours facile à repérer surtout si le promontoire est peu saillant, on aura parfois recours à l'amplificateur de brillance.

- La charnière dorsolombaire :

Ne peut être abordée qu'en désinsérant les piliers du diaphragme et en réalisant une thoracophrénotomie pour les atteintes de D11, D12 et L1 ou une laparophrénotomie pour accéder à D12, L1 et L2.

Pour accéder à D10 D11, il est préférable de réséquer en plus la 10e côte.

- La voie antérieure transpéritonéale :

Elle permet un abord extrêmement aisé du promontoire, l'opéré étant en position de Trendelenburg, une incision médiane sous ombilicale avec valve sus pubienne permet de refouler les anses vers le haut et de voir parfaitement sous le péritoine pariétal postérieur la bifurcation des veines iliaques qui sera disséquée et réclinée vers le haut et latéralement.

Cette voie permet l'abord antérieur du sacrum et de la 5^{ème} lombaire. Elle permet la corporectomie et l'arthrodèse antérieure.

1-4. Stabilisation :

Elle n'est pas toujours nécessaire. Pour Roy-camille [45], ses indications sont :

- Lors des laminectomies en hauteur et latéralement sur les massifs articulaires surtout si un geste a été accompli sur le ligament vertébral commun postérieur.
- Lors d'arthrodèses bilatérales ou multiples.
- Lors de corporectomies.

- Au niveau de l'arc postérieur :

- Il peut s'agir de fixation postérieure par plaques vissées dans les pédicules au niveau dorsal ou lombaire.
- Il peut s'agir d'une réfection d'une articulation à l'aide d'un fragment d'épineuse.

▪ Au niveau de l'arc antérieur :

La reconstruction se fait à l'aide de greffe :

- Soit de greffe spongieuse, s'il y'a simple perte de substance minime ne compromettant pas la stabilité mais laissant un vide.
- Soit greffes cortico-spongieuse ou corticales.

En cas de vertébrotomie, plaque et greffe sont associées. La surinfection du foyer hydatique contre indique; du moins jusqu'à sa stérilisation; la mise en place du matériel d'ostéosynthèse; l'infection survenue sur des plaques fixées conduit à leur ablation.

1-5. Traitement des parties molles :

L'évidement de toute collection parasitaire est de règles de même que la décompression médullaire et radiculaire et l'extirpation des collections ossifluentes.

1-6. Traitement adjuvant scolicide :

a. But :

Ce traitement est utilisé en peropératoire pour éviter le risque de dissémination secondaire et protéger le champ opératoire.

b. Les produits utilisés :

➤ **Formol à 2% :**

Longtemps sur les recommandations de Deve, les chirurgiens utilisaient ce produit; actuellement proscrit du fait de sa toxicité pour la moelle et les racines nerveuses. Acquaviva en 1967, avait remarqué lors des ré interventions en matière d'hydatidose vertébrale l'existence des réactions secondaires à type des pachyméninges et des arachnoïdites qu'il a mis sous le compte de l'emploi prolongé de solution de formol. Depuis, il a préféré le sérum salé hypertonique qui était préconisé par Boulvin depuis 1959.

➤ Sérum salé hypertonique :

Reste le plus préféré, la tonicité varie de 10 à 20 et même à 33%; quelques accidents liés à l'hyper natrémie ont été décrits en particulier dans l'hydatidose pulmonaire.

➤ Eau oxygénée :

Depuis 1975, Djilali et al [41] utilisent l'eau oxygénée officinale dite à dix volumes, d'un usage courant et d'un faible prix. Gênés par les dangers et les inconvénients des scolicides habituels, ils ont expérimenté puis étendu l'usage de l'eau oxygénée dans le traitement chirurgical du kyste hydatique.

Il semble que le large usage de ce produit dans un champ n'entraîne aucune conséquence néfaste. Son efficacité constante et rapide sur les scolex, la facilité de son utilisation, les avantages techniques qu'elle apporte, ajoutés à l'innocuité, au coût et à la grande disponibilité devraient faire de l'eau oxygénée un scolicide exclusif adjuvant thérapeutique.

➤ Autres :

La solution de nitrate d'argent à cinq pour mille, l'alcool, le certrimide, la glycérine phéniquée suivie de lavage à l'alcool.

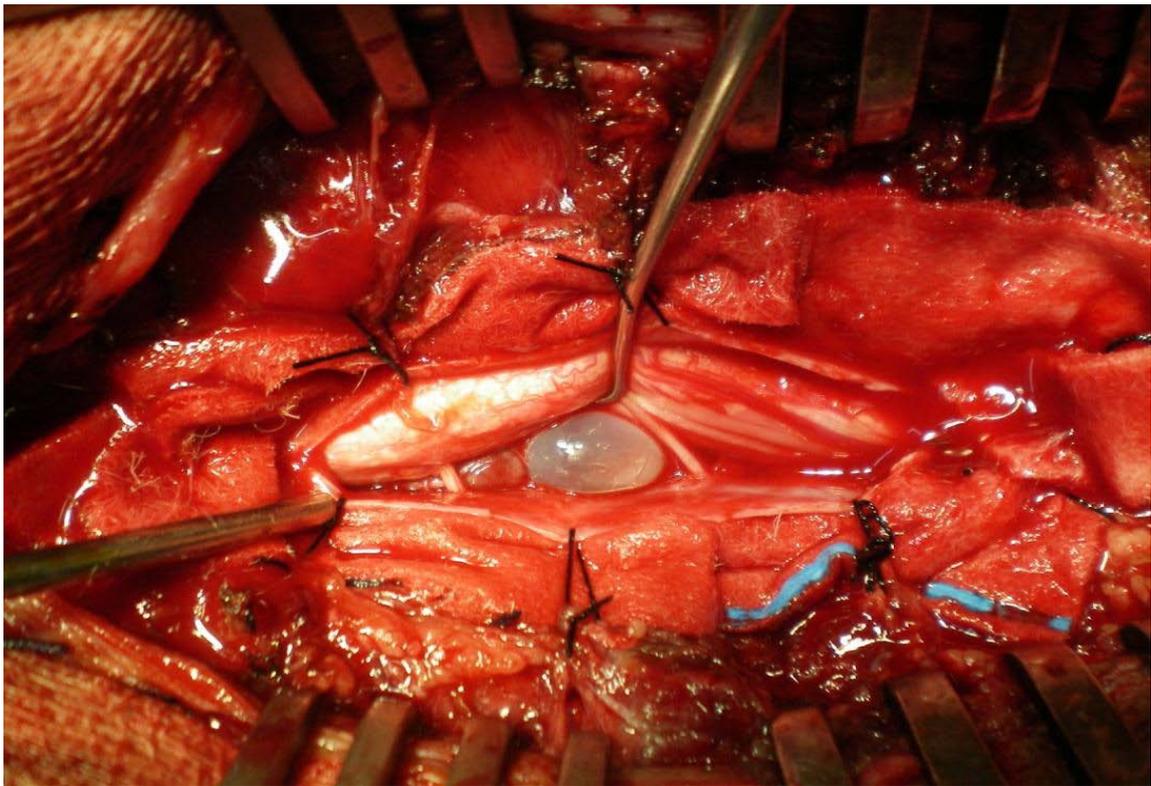


Figure 24 : Aspect peropératoire du kyste hydatique



Figure 25 : Kystes hydatiques excisés



Figure 26 : Quelques vésicules hydatiques excisées,
avec des tailles variables.

1-7. Les indications :

Pour Deve et Bourgeon, elles sont les suivantes :

- Paraplégie, seul symptôme :

Le traitement sera une laminectomie très étendue en largeur portant sur plusieurs lames, permettant de vérifier la moelle, d'inventorier et de traiter les propagations dans le tissu épidual.

- Paraplégie, avec lésions radiologiques :

Dans ce cas il est préférable d'aborder le foyer principal.

- Paraplégie et collection postérieure :

L'opérateur se trouve guidé par la poche postérieure qui une fois ouverte l'amène sur la brèche vertébrale donnant accès au canal rachidien. Qu'il y ait ou non lésion manifeste de l'os, la laminectomie s'impose étant donné la paraplégie.

➤ **Collection hydatique unique :**

L'abord varie selon la localisation, on préconisera une évacuation aussi complète que possible suivie d'un lavage à l'eau oxygénée ou au sérum salé hypertonique avec recherche systématique de lésions osseuses qu'il faudra cureter et laver.

➤ **Les réinterventions ou " second look" :**

Ces interventions itératives "second look" sont l'un des meilleurs moyens de pallier à la gravité du pronostic et de l'amélioration à longue échéance, car elles permettent de suspendre et de traiter une éventuelle récurrence avant qu'elle n'ait eu le temps de déterminer des dégâts irréversibles.

1-8. Résultats :

L'Hydatidose vertébrale doit être considérée comme une tumeur localement agressive, son traitement idéal doit comporter une excision radicale de tous les tissus affectés avec une marge de tissu sain.

Techniquement, c'est un acte difficile à accomplir du fait des rapports anatomiques avec des structures vitales, toutefois, l'excision marginale et intra lésionnelle de la lésion hydatique est possible en combinant les deux abords antérieur et postérieur [24].

Karray [24] a rapporté 9 cas traités de la même façon et a constaté un recul de 3.5 ans après la chirurgie, 3 patients ont décédé (33%), et les 6 autres en vie, étaient toujours en rémission. De tels résultats, indiquent une meilleure rémission pour les survivants mais la mortalité est similaire à celle reportée pour des patients traités par décompression postérieure seule qui est de l'ordre de 29% dans la série de Khazim et entre 14 et 58% dans la littérature.

a. L'intervention initiale :

A la lecture de nos observations, ainsi que celle de la littérature nous nous apercevons que l'initiale intervention la plus souvent pratiquée est la décompression postérieure par laminectomie [6, 23,40].

Sur le plan neurologique, 6 cas n'ont pas évolué sur le plan clinique et leur état restait stationnaire, 10 cas par contre ont répondu favorablement à la chirurgie, et 2 cas ont présenté des récurrences.

b. Les réinterventions :

Sont de rigueur dans la chirurgie de l'hydatidose vertébro-médullaire. Dans notre série, elles ont été pratiquées chez les deux patients qui ont présenté des récurrences.

1-9. Complications :

Les complications post chirurgicales reportées dans les revues de la littérature sont [40] :

- Mort per opératoire.
- Erreur de diagnostic :

Islekel [47] reporte un cas d'erreur de diagnostic avec kyste dermoïde, qui lors de l'ouverture de la dure mère a causé une invasion intra durale et par conséquent des récurrences à long terme.

- Récurrence :

Malheureusement, même avec des actes chirurgicaux étendus, la chirurgie est loin d'être curative et les récurrences sont la règle.

Dans les revues de la littérature, plus de 40% [40, 48, 49] des patients présentent des récurrences de la symptomatologie après 2 ans de l'intervention initiale.

Sur les 16 patients de notre série, deux cas ont présenté des récurrences, un cas après trois ans de l'initiale opération, un autre après seulement 5 mois.

Dans l'étude effectuée à Casablanca, parmi les 6 observations le nombre d'actes opératoires s'échelonne de 2 à 9. Dans la série de Khazim, 7 patients ont eu un total de 32 opérations.

Les récurrences sont considérées comme un facteur de mauvais pronostic dans l'HVM :

- l'incidence des paraplégies dans les récurrences est estimée à plus de 45%.
- Les décès per opératoires marquent des pourcentages élevés, et sont à l'ordre de 14%.
- Aggravation de l'état neurologique.
- La surinfection secondaire.
- Les fistules et les accidents anaphylactiques.
- Thromboses veineuses profondes [50] :

Le risque thromboembolique reste faible dans les chirurgies du rachis dites mineures à type de la chirurgie de l'hernie discale et les laminectomies sur moins de deux étages, bien que la prévention de la maladie thromboembolique n'a pas été évalué dans cette chirurgie, la reprise de déambulation des patients ne justifie pas de prophylaxie en absence de facteur de risque lié au patient. Pour les ostéosynthèses du rachis et les laminectomies étendues, le risque est plus élevé (risque moyen); l'efficacité des méthodes de prévention n'a pas été étudiée de manière suffisamment rigoureuse pour permettre de conclure, en l'absence de facteur de risque lié au malade, les méthodes mécaniques de prévention sont efficaces, lorsqu'il existe un facteur de risque lié soit au patient ou à l'acte chirurgical les HBPM seules débutées en post opératoire ou en association avec les méthodes mécaniques.

2. Les techniques moins invasives :

L'aspiration scannoguidée du kyste hydatique est fréquemment utilisée dans l'hydatidose abdominale [51,52]. Cette technique n'est pas de pratique courante dans l'échinococcose vertébrale vu le risque de rupture du kyste ou de survenue de sévères anaphylaxies; cependant, Spektor et al [53] ont décrit un succès dans la décompression cervicale d'un kyste hydatique extra dural par une aspiration scannoguidée avec irrigation par du sérum salé hypertonique. Cette technique a permis une résolution complète de la quadriplégie.

Autres techniques moins invasives décrites dans la littérature, comme l'évacuation du matériel kystique via l'endoscopie. Ces méthodes doivent être attribuées à des patients bien définis, par exemples ceux qui présentent des contre-indications formelles à la chirurgie, or, elles sont toujours sous expérimentation et leur efficacité et innocuité ne sont pas encore déterminées.



Figure 27 : Ponction scannoguidée d'un kyste hydatique intra dural.

3. Traitement médical :

L'hydatidose dans toutes ses localisations est considérée comme une maladie relevant d'un traitement chirurgical. Toutefois, le traitement médical a connu beaucoup de progrès ces dernières années du fait de l'exérèse chirurgicale toujours incomplète rapportée par la plupart des auteurs [30].

L'effet scolicide des médicaments antihelminthiques sur les autres organes; en dehors de l'atteinte vertébrale; a été décrit par Heath et Chevis (1974) [54] et Morris et al. (1983) [55], mais reste incertain dans l'atteinte vetébro-médullaire.

Certains auteurs pensent que ces médicaments peuvent apporter un plus dans le traitement surtout en le combinant aux traitement chirurgical.

Lam et al. [56] ont rapporté une survie plus prolongée des malades avec hydatidose vertébrale en Grande Bretagne, leurs patients ont été traités efficacement par les antiparasitaires pour les récives inopérables après multiples procédures de la chirurgie.

Dans notre série, on n'a pas utilisé les médicaments antiparasitaires durant l'investigation. Même attitude a été adaptée dans la série de Karray[24].

3-1. Moyens :

a. Les antipaludéens de synthèse :

C'est une technique introduite et étudiée par les auteurs romains. Ils emploient la chloroquine et la chloroguanide en cures de longue durée, discontinues, alternées avec une calcithérapie et une poly vitaminothérapie massive. La chloroquine a permis à Mitzulescu et Belchita d'améliorer un cas d'hydatidose pulmonaire; Luapsu et Panaitescu rapportent l'observation d'une hydatidose secondaire multiple qu'ils considèrent avoir guérie avec un traitement de 2 ans.

Actuellement, ils ont été abandonnés dans cette indication n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité.

b. L'antigénothérapie :

Elle fut appliquée pour la première fois en 1923 par Petrow [48] , dans un cas d'hydatidose pulmonaire, elle fut reprise en 1931 par Calgano[51].

Le but de cette thérapeutique est double :

–Désensibilisation du patient aux manifestations d'hyper sensibilité au matériel hydatique.

–Augmentation de la résistance de l'hôte envers le parasite par une immunisation.

La technique consiste en une IDR avec 0,1cc de liquide kystique, puis l'injection à dose progressivement croissante selon la réaction, tous les 3 à 8 jours pendant 2mois. Les résultats de cette thérapeutique ont été bons pour certaines équipes qui ont observé une régression du parasite, une fermeture des fistules et l'amélioration de la condition générale du patient.

D'autres auteurs n'ont pas trouvé d'amélioration de la maladie : quoiqu'il en soit, pour Ray port [57] : « S'il résulte de ce traitement une diminution des réactions d'hypersensibilité, la thérapeutique ne semble pas avoir un quelconque effet sur le parasite».

c. le thymol iodé :

Préconisé par Guervo Garcia en 1951[21], ce produit va traverser la paroi du kyste de l'hydatide en moins de 10 heures. Cette méthode consiste à pratiquer des séries de 27 injections en solution huileuse à raison de 1 injection quotidienne de 2cc, pendant 6 jours; une injection de 3cc pendant 6 jours et 1 injection de 5cc tous les 3 ou 4 jours. Avec des cures de 1 mois chacune séparées par 10 jours de repos.

Si les résultats sont très divergents selon les auteurs; Acquaviva, par contre, cette méthode lui a paru un traitement adjuvant intéressant.

d. les antimétabolites :

Le produit le plus utilisé est l'Endoxan. Le traitement est conduit comme lors des affections malignes. Ce traitement n'a pas prouvé son efficacité et il a été abandonné.

e. L'infection délibérée du foyer parasitaire avec un staphylocoque atténué :

Elle a été préconisée par Deve en s'appuyant sur ses constatations anatomopathologiques. Mais personne ne semble avoir eu envie de la suivre dans cette voie, même si effectivement, on constate une réaction de construction osseuse au niveau de la vertèbre infectée.

f. l'enzymothérapie :

Correspond à la mise en place dans le foyer parasitaire, en peropératoire d'enzymes protéolytiques qui vont détruire le produit parasitaire. Elle se conçoit donc comme un adjuvant à la chirurgie.

g. la BCGthérapie :

Des expériences pratiquées sur l'animal montrent l'effet inhibiteur du BCG sur le développement de l'Echinococcus granulosus.

h. les antihelminthiques : [58,59,62]

▪ **Mébendazole :**

Le mébendazole a été introduit par Burghams en 1971 [54]. Son efficacité a été démontrée par plusieurs auteurs :

– Alix et al. rapportent l'amélioration clinique, biologique et radiologique chez 3 patients d'hydatidose viscérale et qui ont été mis sous mébendazole dans un cas parce que la chirurgie était contre-indiquée vu l'extension des lésions, dans les 2 autres cas, c'est une association médicochirurgicale.

– Rouconi et al. sur une série de 11 cas ont administré du mébendazole en préopératoire à des malades atteints d'échinococcose pour stériliser les kystes et prévenir la contamination chirurgicale.

Le traitement a été suivi 25 jours après l'intervention, il a été efficace dans 10 cas et aucun effet toxique n'a été observé.

➤ Pharmacologie :

C'est un dérivé de benzimidazolique synthétique, c'est le 5 benzoil-2-carbamate. Il a été découvert en 1971 pour usage vétérinaire comme antiparasitaire; par la suite ils ont montré une activité antihelminthique contre le nématode gastro-intestinal.

➤ Action :

Antihelminthique de large spectre, le mébendazole agit sur la forme larvaire et adulte d'une grande quantité de parasite notamment l'Echinococcus granulosus. Son mécanisme d'action n'est pas totalement connu mais il semble agir à deux niveaux : la membrane germinale et le parasite.

Sur la membrane germinale, il occasionne de nombreux changements de l'ultrastructure des cellules qui la composent à type de vacuolisation, dégénérescence des microtubules et de l'appareil de Golgi, diminution du nombre des mitochondries. Vu que cette membrane joue un rôle principal dans l'homéostasie et la régulation de l'échange entre le kyste et le milieu extérieur, ces troubles donnent lieu à des altérations de la morphologie kystique, à une diminution de la taille et de la pression oncotique, et à une stérilisation des kystes. Au niveau du parasite, il semble agir sur la captation du glucose, ce qui entraîne une diminution de la synthèse d'ATP par le parasite. Ces faits concordent avec les signes de nécrobiose trouvés dans les examens enzymopathologiques.

➤ Absorption :

Le mébendazole et son analogue le Flubendazole sont faiblement absorbés à travers le tractus intestinal. La majorité des espèces incluant les êtres humains, absorbent moins de 10%

d'une dose administrée oralement.

Le mébendazole absorbé est rapidement métabolisé et excrété dans les urines de 24 à 48 heures comme une drogue inchangée ou de dérivés de carboxyle. Sa quantité, ainsi que celle de ses métabolites excrétés dans les urines varie selon les espèces; chez l'être humain 10% de la dose ingérée sont retrouvés dans les urines de 24 heures.

➤ Posologie :

Le mébendazole possède une absorption intestinale déficiente, raison pour laquelle il faut administrer de hautes doses pour obtenir un niveau sanguin adéquat qui permettra une bonne diffusion à travers la membrane kystique, la diffusion se réalise de façon passive.

Chez l'homme on doit utiliser de hautes doses pour obtenir une absorption acceptable en recommandant 50mg/kg/jour, et dans quelques cas, supérieure à 200 mg/kg/jour, tout en surveillant l'évolution du kyste et la formule leucocytaire.

➤ Effets secondaires, la contre-indication :

En règle générale, il existe une bonne tolérance et les effets secondaires sont peu fréquents et banals. Les principaux effets secondaires (hépatiques, leucopénie, et alopecie) régressifs avec l'arrêt du traitement en dehors d'exceptionnels cas de leucopénies graves, sont plus fréquents en cas de cholestase ou d'hypertension portale. On a décrit également des allergies, des maux de têtes, des douleurs abdominales, quelques cas de fièvre, diarrhée et dyspepsie. Ainsi certains auteurs préconisent lors du traitement par ces antihelminthiques une surveillance régulière de la fonction hépatique, rénale, et hématologique.

Du fait de leur effet tératogène démontré chez l'animal, ces médicaments sont contreindiqués chez la femme enceinte. Le Flubendazole grâce à son atome de fluor offre l'avantage d'être prescriptible chez la femme enceinte. L'allergie à ces médicaments en constitue

une contre-indication.

▪ **Albendazole :**

C'est un antihelminthique récemment utilisé dans le traitement de l'hydatidose [62], il s'agit d'un dérivé de la famille des benzimidazoles carbamates.

Il se présente sous la forme d'une substance incolore pratiquement inodore, insoluble dans l'eau, mais légèrement solubles dans certains solvants organiques (méthanol, chloroforme, acétate d'éthyle, acétonitrite). Il peut être utilisé en préopératoire, en per opératoire, et en postopératoire [59]

➤ Pharmacocinétique :

Comme le mébendazole, l'albendazole agit en entravant l'absorption du glucose par le parasite. Son comportement physico-chimique dans les milieux biologiques semble conduire obligatoirement à son dérivé d'oxydation : L'albendazole sulfoxyde, sa demi-vie est estimée à 30 minutes.

Selon une étude de Ben jemaat et al [60], le choix de l'albendazole a été dicté par sa meilleure absorption digestive, par ses taux sanguins et intrakystiques plus élevés et par sa transformation en un métabolite actif ayant aussi une bonne concentration intrakystique.

➤ Formes et présentations :

Il est commercialisé sous le nom : Zentel*, Azol*

Il se présente sous forme de :

- Comprimés à 400mg en boîte unitaire.
- Suspension buvable à 4% en flacon de 10ml.

➤ Effets secondaires et contre-indications :

L'activité embryotoxique et tératogène du produit ayant été observée chez le rat et le lapin contre-indique son administration chez la femme enceinte.

Dans les revues de littérature certains effets secondaires ont été rapportés, restent rarement majeurs :

-fièvre transitoire.

-nausées.

-étourdissement

-asthénie

-alopécie

AUTRES :

➤ Le flubendazole :

Est également un antihelminthique qui agit sur l'Echinococcus granulosus, son absorption est similaire à celle de la mébendazole.

➤ Le praziquantel :

Sa place est limitée dans le traitement de l'hydatidose, c'est un dérivé d'isoquinolone qui agit sur le parasite en augmentant la perméabilité de la membrane hydatique au calcium. C'est un efficace scolicide in vitro et sur les animaux, chez l'Homme il donne de bons résultats quand il est utilisé à la dose de 50mg/ kg chaque semaine ou 15 jours.

Il y'a peu d'études cliniques ayant documenté l'efficacité de ce médicaments sur l'être humain, parmi elles, certaine suggèrent sa combinaison avec l'albendazole ou le mébendazole.

3-2. Conduite du traitement antiparasitaire dans l'hydatidose :

a. Posologie : [60]

Sa prescription a été proposée essentiellement sous deux protocoles :

-Le premier comporte des cures répétées de un mois à raison de 10 mg/kg/jour en une prise quotidienne avec des périodes de 15jours entre les cures.

-Le deuxième, comporte une administration continue pendant 3 mois à la posologie de 10 à 12 mg/kg/jour répartie en 2 prises.

Le deuxième schéma, approuvé par l'OMS, paraît plus efficace que les cures intermittentes qui seraient plus profitables au parasite qu'à l'hôte.

b. Indications et durée du traitement : [6,60]

Cette thérapeutique a été initialement utilisée pour les malades jugés inopérables. Plus tard, d'autres indications ont été proposées notamment pour réduire la taille des kystes et stériliser leurs contenus avant la chirurgie, évitant ainsi les risques de dissémination secondaire. Et en post opératoire pour agir aussi sur les petits kystes passés inaperçus, que sur les éventuels scolex disséminés au cours de la chirurgie, empêchant ainsi leur évolution kystique.

L'albendazole a été prescrit aussi pour encadrer les ponctions à l'aiguille des kystes sous contrôle radioguidé.

Elles sont pour Cardona : [61]

-Hydatidoses non opérables.

-Hydatidoses disséminées.

-En association à la chirurgie comme un traitement éventuel prophylactique, préopératoire dans le but de diminuer la fertilité des kystes, d'empêcher l'ensemencement et la rupture des kystes fertile.

c. Durée :

En prophylaxie pré chirurgicale : 6 semaines de traitement continu.

Traitement post chirurgical : au moins trois cures, en fonction de l'évolution clinique, radiologique et la tolérance du traitement.

d. Surveillance :

Dans la série de Ben jamaa [60], les patients ont reçu un suivi clinique, et biologique (transaminases, créatininémie, HLM et protéinurie dès 24heure) durant toute la période du traitement, initialement toutes les semaines pendant un mois puis toutes les 2 semaines. Une

évaluation morphologique a été réalisée avant et après le traitement.

Le délai optimal pour l'évaluation définitive de l'efficacité du traitement reste non précisé.

L'OMS a recommandé un minimum de 12 mois pour une évaluation objective, cependant, un suivi plus prolongé, voire à vie, paraît nécessaire aussi bien pour détecter des modifications morphologiques tardives que des rechutes possibles, survenant habituellement au cours de la 2^{ème} ou la 3^{ème} année après le traitement, et restent le plus souvent sensibles à une nouvelle cure d'albendazole.

3-3. Résultats :

Les résultats du traitement médical des kystes hydatiques restent variables selon les séries, avec un taux de bonnes réponses allant de 43,5 à 80%. Cette variabilité est due à la composition différente des séries, à la différence des schémas thérapeutiques appliqués et aux différences dans les choix des critères d'évaluation.

Les meilleurs résultats sont observés chez les sujets de moins de 20ans, porteurs de kystes de petites tailles, sans vésicules filles ni calcifications périphériques et évoluant depuis moins de deux ans, la localisation des kystes paraît avoir peu d'influence sur leur évolution sous albendazole. Toutefois, il semble que les kystes se développant aux dépens ou près d'une structure épithéliale, tels que les kystes péritonéaux, pleuraux, ou hépatiques sous-capsulaires, disparaissent plus facilement et que les kystes osseux et cérébraux requièrent un traitement prolongé du fait d'une accessibilité modérée du médicament [59].

Si au début des années 80, beaucoup d'auteurs ont rapporté l'inefficacité du traitement médical sur les localisations osseuses, leur efficacité a été soutenue plus tard par plusieurs auteurs :

– Cardonna et al [61] rapportent deux cas d'hydatidose vertébrale traités par association chirurgie et Mébendazole avec des périodes d'administration de 30 jours alternées avec des périodes semblables de repos avec succès.

– Baykaner et al [64] ont rapporté le succès avec l'Albendazole à la dose de 400 mg/kg/jour (en deux prises) en traitement continu de 1 an chez une fille de 13ans chez qui le traitement chirurgical de l'hydatidose vertébrale cervicale a laissé en place un kyste inaccessible. L'imagerie a montré la quasi disparition du kyste à la fin du traitement.

– Lam et al [56] ont rapporté un cas inopérable d'HVM (patient de 67ans ayant plusieurs interventions chirurgicales dans les ATCDs pour hydatidose) qui a bien évolué sous traitement médical selon le protocole : 400mg d'albendazole en 4 prises/jour pendant 4 semaines avec des fenêtres thérapeutiques de 2 semaines suivi d'une association du schéma précédents au praziquantel (50mg/kg) pendant 2 semaines. A un an d'évaluation, aucune détérioration neurologique n'a été retrouvée.

– Dans la série d'El Andaloussi, l'ablation circonférentielle du matériel hydatique et la prise de l'albendazole pendant 4 mois chez un de ses patients n'ont pas assuré la guérison de l'hydatidose versus la chirurgie radicale seule.

– Dans l'étude effectuée à Casablanca [21], sur 6 patients, ils ont eu recours au traitement médical chez 2 cas uniquement, ce qui n'a pas empêché la survenue de récurrence 1 an plus tard chez un cas et seulement après 5 mois chez le deuxième cas.

3-4. Recommandations :

La chirurgie reste toujours le traitement radical des kystes hydatiques, toutefois, une amélioration considérable de la prise en charge peut être apportée par le traitement médical chez les patients inopérables ou pour sécuriser un acte chirurgical ou une ponction en prévenant la dissémination secondaire et les récurrences. Les résultats sont encourageants, cependant les indications, les méthodes d'utilisation nécessitent une meilleure définition sur des séries plus larges.

Pour la plupart des auteurs, on doit administrer une dose élevée et pendant une durée conséquente du fait de la faible absorption et de la faible diffusion osseuse de ces médicaments.

Ils recommandent également une surveillance régulière; dont le rythme reste à déterminer; des fonctions hépatique, rénale et hématologique même si tous les auteurs s'affirment sur leur bonne tolérance. Il est préconisé une dose de 10 à 15 mg/kg/jour d'albendazole à démarrer 1 mois avant l'intervention et à maintenir en post opératoire jusqu'à normalisation de tous les paramètres de surveillance. L'association albendazole–praziquantel est synergique et permet de réduire la durée du traitement.

Ces médicaments doivent être administrés en per et post opératoire, quelque soit l'étendue de l'exérèse chirurgicale. Ces médicaments contribueraient ainsi à l'amélioration du pronostic de cette pathologie par diminution des récives.

Enfin chez les sujets inopérables, leur utilisation permet tout au moins une stabilisation des lésions et une régression des douleurs offrant ainsi une meilleure qualité de vie.

4. Rééducation :

Outre la chirurgie et le traitement médical d'appoint, la rééducation prend une place considérable dans le traitement des déficits neurologiques causés par l'hydatidose vertébrale.

La rééducation repose sur :

4-1. En phase d'alitement : [65]

*La position en décubitus ventral : doit être aussi précoce que possible. Elle permet une alternance des zones d'appui, in changement des lieux de perfusion et de ventilation pulmonaire, une sollicitation des muscles postérieurs, un abord pour le massage et les techniques loco dolenti.

*Préservation de l'élasticité cutanée : Hormis l'indolence et les effets réflexes plus ou moins prononcés qu'il entraîne le massage des zones segmentaires indurées concourt au rétablissement futur du mouvement.

*Prévention des troubles vasculaires : le positionnement surclive au lit, la mobilisation régulière de la cheville vers la flexion dorsale, les massages circulatoires, les bas anti-oedème.

*Prévention des troubles respiratoires : grâce à l'apprentissage des déplacements en "bloc", le thorax peut être abordé sur ses 4 faces, facilitent des techniques de massage ("en peigne"), de mobilisation du grill costal et de ventilation dirigée.

4-2. La rééducation sphinctérienne : [66]

Les troubles ano-rectaux sont fréquents chez les paraplégiques et retentissent sur leur qualité de vie, ce sont une source de détresse pour 54% des patients, ils entraînent des restrictions dans les activités sociales des patients, limitent les sorties hors domicile, voire un confinement à l'intérieur du domicile.

Si certains semblent avoir une fonction ano-rectale acceptable avec les méthodes traditionnellement proposées : laxatifs, massages abdominaux, suppositoires, manœuvres digitales pour les constipés ou avec **rééducation ano-rectale par biofeedback pour les incontinents**, encore nombreux sont ceux qui restent entravés au quotidien par leur difficulté d'exonération. Pourtant, il semble que certaines technique "agressives" mais encore peu proposée puissent apporter une nette amélioration de la qualité de vie de ces patients :

- La colostomie : a l'avantage de diminuer le risque cutané, les mauvaises odeurs, l'auto isolement par angoisse d'une incontinence.

- Des études ont montré une certaine efficacité de la stimulation des racines sacrées.

Le but de la rééducation vésicale est d'obtenir une évacuation complète des urines par les voies naturelles, dans de bonnes conditions de pression, au moyen de mictions réalisées plusieurs fois par jour par le patient. La rééducation neuro-urologique ne parvient pas toujours à supprimer l'incontinence. Chez la femme, l'auto-sondage propre peut être appris. Ce geste évite la stase et le risque d'infection. Dans de rares cas, la sonde à demeure chez la femme est la seule solution. Les sondes en latex peuvent rester une semaine en place. Celles en silicone pure trois semaines. Chez l'homme, différents types d'appareillages sont proposés. Le plus utilisé est un étui pénien

fixé à la verge par une bandelette élastique auto-adhésive. L'étui doit être changé régulièrement avec une bonne toilette à chaque fois. L'étui ne doit pas entraîner de striction autour de la verge. L'infection urinaire doit toujours être dépistée et traitée le plus tôt possible.

4-3. La rééducation fonctionnelle des membres :

Le paraplégique rééduqué doit faire de l'auto-mobilisation des segments de membres paralysés. La verticalisation quotidienne de 1 à 3 heures est très bénéfique. Le mode de verticalisation dépend des cas : fauteuil roulant de verticalisation, cadre de verticalisation, orthèses de membres inférieurs et cannes. La verticalisation régulière permet le maintien de la trophicité osseuse des membres inférieurs, lutte contre la spasticité et permet de mobiliser les viscères. La musculation des membres supérieurs et du tronc au dessus du niveau de la paralysie est importante. La pratique d'un sport en fauteuil roulant aide à cette musculation.

Comme la maladie évolue par poussées, la rééducation dépend essentiellement de la durée de la rémission. Si celle-ci est longue, on dispose d'une période suffisante pour adapter la malade à son handicap, il peut alors obtenir une certaine autonomie.

5. Evolution spontanée et pronostic :

La localisation au rachis de l'hydatide aboutit tôt ou tard à une compression médullaire ou radiculaire. A partir de cet instant, l'évolution va brûler les étapes. Le malade est emporté par les complications habituelles des paraplégiques : Escarres, infections urinaires et complications rénales, embolies pulmonaires, pneumopathies.

A ceci s'ajoute la progression inéluctable du parasite rendant le malade toujours un peu plus paralysé [21]. Dans certains cas cependant, Deve [29] a constaté que le parasite pouvait rentrer tout au moins partiellement en involution spontanée. Ceci expliquant les très longues périodes stationnaires obtenues en dépit d'interventions chirurgicales demeurées certainement incomplète.

Même avec l'utilisation de traitement scolicide comme le sérum salé hypertonique, l'eau oxygénée et le formol, la dissémination en per opératoire des vésicules hydatiques microscopique fait que la récurrence de l'hydatidose vertébrale dépasse 40%, récurrence qui apparaît 2 à 28 mois (en moyenne (25.2 mois) après la première intervention.

Un nombre élevé de récurrence est responsable de la réduction de l'espérance de vie avec seulement 5ans après l'apparition des premiers symptômes. Le décès per opératoire est estimé à plus de 15% chiffre rapporté dans les revues de littérature, et est candidat à augmentation avec les opérations itératives. La paraplégie due la maladie hydatique récidivante est estimée à être plus élevée à plus de 45%. [40,67]

6. prévention :

La maladie hydatique a un grand nombre d'effets économiques, que ça soit sur le plan humain ou animal...le coût élevé de la prise en charge qu'elle soit médicale ou chirurgicale des patients souffrant de la maladie hydatique est la plus marqué de ces paramètres, en incluant biensûr la mortalité et la morbidité que cause cette affection considérée bénigne [68]. Pour limiter ses coûts, et ses dégâts sur la santé de l'individu la prévention constitue le meilleur traitement de l'hydatidose comme le souligne la plupart des auteurs [24].

Cette prophylaxie doit s'exercer à tous les niveaux de la chaîne [69].

6-1. Prophylaxie générale :

Il faut lutter contre l'infestation de l'hôte définitif par la protection du chien :

- Contre l'ingestion de larve, en lui interdisant l'accès des abattoirs et des "tueries particulière" en détruisant efficacement les viscères parasités.
- Contre le développement des adultes : à partir des larves ingérées. C'est le but des essais d'immunisation à partir d'antigènes métaboliques de stade adulte.

– Contre les vers adultes, c'est le but du traitement du tænia échinococcique par les ténifuges et les ténicides.

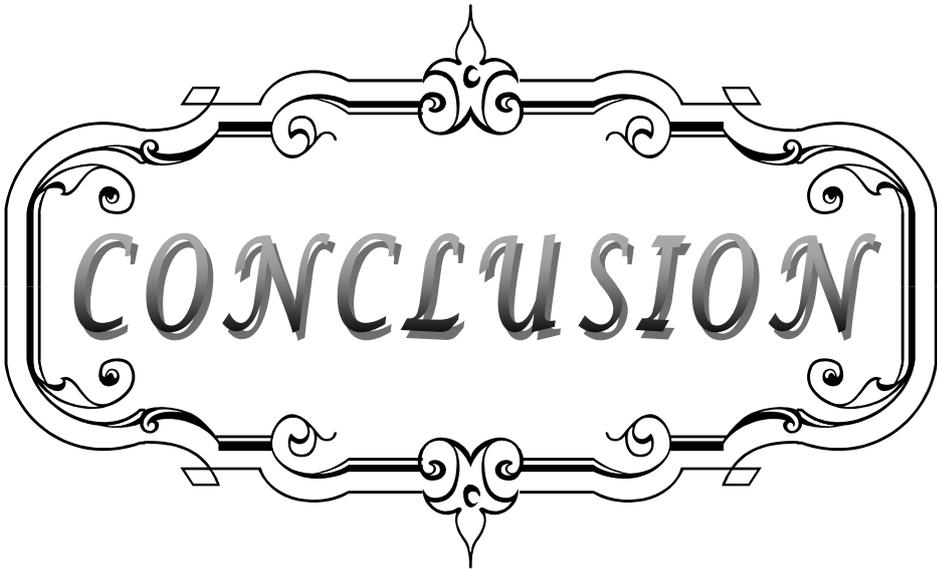
– Abattage des chiens errants recensement et vermifugation systématique des chiens domestiques.

6-2. Prophylaxie individuelle :

Cette protection relève tout d'abord des mesures de prophylaxie générale précédemment exposées, on doit y ajouter des mesures individuelles d'hygiène générale :

- Eviter la promiscuité avec les chiens suspectés d'être parasités.
- Garder les chiens éloignés des lieux des repas et des préparation et conditionnement des aliments.
- Lavage soigneux des aliments crus : fruits et légumes.
- Se laver les mains après des caresses maladroites des chiens suspects.

Le comportement humain est important à considérer dans l'extension de l'hydatidose. Il convient de mettre en route un programme de lutte portant sur l'éducation sanitaire, d'inclure dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire les bases du cycle de cette maladie, les modalités de contrôle et les moyens de sa prophylaxie. Cet effort doit être entretenu dans l'espoir de maîtriser ce fléau parasitaire [70].



CONCLUSION

L'échinococcose vertébrale représente la localisation osseuse la plus fréquente et la plus grave des localisations hydatiques. Quoique rare c'est une affection redoutable, justifiant la nomination de "cancer blanc" adopté par la plupart des auteurs.

Sa symptomatologie insidieuse est liée à une évolutivité lente mais inéluctable vers la compression médullaire ou radiculaire. Même dans les régions d'endémie hydatique telles que le Maroc, où les médecins sont sensibilisés aux problèmes de la maladie hydatique, le diagnostic est encore tardif et difficile reposant sur la confrontation des données épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques.

Ceci doit nous inciter à multiplier les efforts pour améliorer nos performances diagnostiques en se basant sur les progrès actuels de l'imagerie médicale, en effet, la scannographie et particulièrement l'IRM, toujours précédés par un bilan radiologique standard, permettent de caractériser les lésions et de dresser un bilan d'extension précis; et en post opératoire de rechercher des lésions résiduelles ou récidivantes.

Si la chirurgie demeure la pièce maîtresse dans la prise en charge, son caractère toujours incomplet a incité beaucoup d'auteurs à recourir au traitement médical antihelminthique pour prévenir la dissémination secondaire et les récives, toutefois, son efficacité reste incertaine et nécessite une meilleure définition sur des séries plus larges pour codifier la prise en charge.

En pays d'endémie, il faut insister sur l'intérêt majeur de la prophylaxie, chez l'homme et en amont, au niveau de la transmission. L'éducation de la population vise à restreindre les situations à risque.



RESUMES

RESUME

L'hydatidose vertébrale représente la forme la plus fréquente (44%) et la plus grave des atteintes osseuses de l'hydatidose. Il s'agit d'une étude rétrospective de 2004 à 2012 concernant 16 patients colligés dans le service de neurochirurgie du CHU Mohamed VI.

Dans notre série, le sex ratio a été légèrement prédominé par le sexe masculin, avec une moyenne d'âge de 31,3 ans, et 69% étaient issus d'un milieu rural et rapportent le contact avec les chiens. Treize de nos patients, ont présenté des troubles moteurs, sensitifs, et des troubles des réflexes, et seulement 2 patients présentaient une localisation hydatique hépatique. Le diagnostic était retenu initialement sur des données épidémiologiques, radiologiques et biologiques et était confirmé en per opératoire. La sérologie hydatique réalisée chez un seul patient était positive.

Les radiographies standards ont montré les lésions osseuses non spécifiques. La tomodensitométrie était faite chez 4 patients, elle a permis de confirmer l'atteinte osseuse et l'extension épidurale et para vertébrale. L'imagerie par résonance magnétique a été réalisée d'emblée chez 13 de nos patients, celle-ci a permis d'obtenir un bilan lésionnel précis et de poser le diagnostic positif. Tous nos patients ont bénéficié d'une radiographie du poumon et d'une échographie abdominale. Le traitement médical antihelminthique n'a pas été instauré chez nos patients. le traitement chirurgical était de premier choix, il a consisté en une laminectomie décompressive chez 13 patients et un abord antérieur avec stabilisation chez un seul cas. A cours terme, 10 patients ont récupéré progressivement et 6 ont présenté un état stationnaire, le second look a été indiqué chez 2 patients qui ont présenté des récives.

Malgré plusieurs essais de traitement médical, le traitement le plus efficace repose encore sur la chirurgie radicale. En pays d'endémie la prévention et l'éducation sanitaire restent les meilleures mesures.

SUMMARY

Vertebral hydatidosis represents the most frequent (40–50 %) and serious localization of skeletal hydatidosis. This retrospective study (2004–2012) included 16 patients who taken care at the department of neurosurgery at Mohammed VI University Hospital Complex in Marrakech.

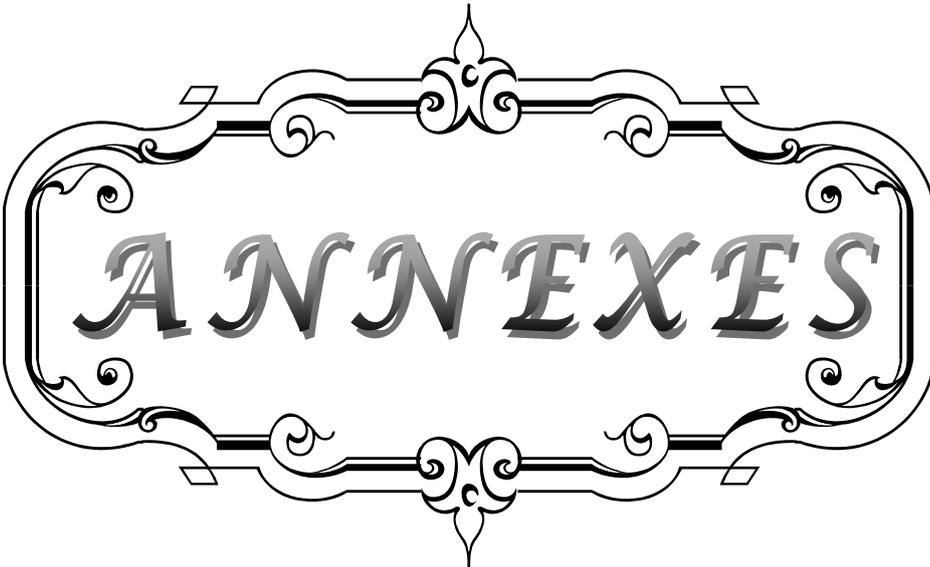
In our series the sex ratio was prevailed by men and an average age of 31,3 years. On presentation, 69% of them lived in a rural environment and had a permanent contact with dogs. The presenting signs were motor and sensory deficits and altered reflexes in 13 patients. At the time of diagnosis extra spinal disease was present in tow patients. Initially, the diagnosis is retained in epidemiological, radiological and biological data and was confirmed in per operational. The serodiagnostic test realized at a single patient and was positive.

In standard radiographies the lesion were not specific except at one case, the computed tomography was made at 4 patients, which confirmed the osseous infringement and the extension in 3 cases. The magnetic resonance imaging, the more specific examination, was asked at once to 13 of our patients, this one has allowed obtaining a lésionnel precise assessment and putting the positive diagnosis. All our patients benefited from Radiography of the lung and from an abdominal echography. Drugs therapy was not established to our patients, all patients underwent surgical treatment, 13 of them with posterior decompression and one with anterior procedure and stabilization. 10 patients recovered gradually and 6 presented a still state; the second look was indicated at 2 patients who presented recurrences.

Surgical treatment though difficult is the only efficient option complete recovery can be achieved after surgical excision of lesions diagnosed early. Prevention is the best therapeutic strategy in endemic areas.

ملخص

يعتبر تمركز داء العداري في العمود الفقري من أكثر حالات إصابة العظام شيوعا (44%) وخطورة. قامت مصلحة جراحة الدماغ و الأعصاب بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بالإعتناء بست عشرة حالة، وذلك ما بين 2004 و 2012 حيث كانت نتائجها كالتالي:
كان معدل جنس مهيمنا من طرف الرجال و 31,3 سنة كمعدل للعمر، كان 69% من المرضى ينتمون إلى مناطق قروية ولهم اتصال دائم مع الكلاب.
تراوحت مهلة الاستشارة الطبية بين 4 أيام و 3 سنوات. أبرز 13 مريضا اضطرابات حركية، حسية، وانعكاسية، ووجدت حالتان من تمركز الدودة الوحيدة في الكبد. إن التشخيص يعتمد أولا على معطيات اجتياحية، إشعاعية، وإحيائية، ويثبت خلال العملية الجراحية. استعمل التشخيص المصلي عند مريض واحد وكانت نتيجته إيجابية، ولم تكن الإصابات العظمية خاصة بالداء سوى عند مريض واحد من خلال التصوير الإشعاعي، أما الرسم الطبقي، فقد استعمل عند 4 مرضى وأثبت إصابة العظم والانتشار داخل النخاع.
طلب التصوير بالرنين المغناطيسي لدى 13 مريضا، ومكن من إعطاء موازنة دقيقة ووضع التشخيص الصحيح. استفاد جميع المرضى من تصوير إشعاعي للصدر وتخطيط بالصدى. لم يستعمل العلاج بمضادات الطفيليات لدى المرضى، وحده العلاج الجراحي استخدم وقد اشتمل على استئصال الصفيحة الفقرية لدى 13 مريضا، وأجري المدخل الأمامي لدى مريض واحد.
خلال التطور بعد العلاج، لوحظ أن 10 مرضى أبدوا تحسنا عصبيا و 6 آخرون كانت حالتهم ثابتة، بينما إعادة الجراحة كانت مقررة لدى مريضين عانيا من انتكاس الداء.
رغم محاولات لاستعمال مضادات الطفيليات، إلا أن العلاج الفعال يعتمد دائما على العلاج الجراحي الكامل. في البلدان التي تعرف انتشارا واسعا لهذا الداء، تبقى الوقاية والتربية الصحية أحسن الإجراءات.



ANNEXES

Annexe

Service de neurochirurgie

Num dossier :

Hôpital ibn tofail

Num d'entrée :

CHU Med VI

Prise en charge neuro-chirurgicale
de l'hydatidose vertébrale

Fiche d'exploitation

I- Identité :

Nom et prénom :

Sexe :

F

M

Age :

Résidence :

rural

urbain

Niveau socio-économique :

Profession :

II- ATCDs :

Contact avec les chiens : oui non

ATCD d'hydatidose : oui non

Si oui traitements entrepris :

ATCD familiaux d'hydatidose : oui non

Autres antécédents :

III- Symptomatologie clinique :

Date de début:

Délai de consultation:

a. Symptomatologie neurologique :

Douleurs rachidiennes: oui non

Localisation:

Douleurs radiculaires : oui non

Description :

Impotence fonctionnelle : oui non

Description :

Troubles sensitifs : oui non

Description :

Troubles sphinctériens : oui non

Type :

Déformations rachidiennes : oui non

Description :

b. Symptomatologie extra neurologique :

Signes respiratoires : oui non

Description :

Signes digestifs : oui non

Description :

Autres signes :

IV- Examen clinique :

Examen local du rachis :

Normal : oui non

Si non :

Point douloureux :

Tuméfaction :

Déformations :

Autre :

Examen neurologique:

Station debout :

Marche :

Motricité :

 Globale :

 Segmentaire :

Sensibilité :

 Superficielle :

 Profonde :

Réflexes :

 ROT :

 Cutané-abdominaux :

Conclusion de l'examen neurologique:

Autres examens :

- Examens pleuro pulmonaire :
- Examen abdominal:
- Autres manifestations :

V- Para clinique :

a- Imagerie :

1) Clichés standard :

Rachis :

Thorax :

2) TDM :

- Sans injection :

Atteinte osseuse :

Atteinte intra rachidienne :

- Avec injection :

3) IRM médullaire :

- Sans injection :

Localisation :

Type :

Limites :

Taille :

Oedème péri-lésionnel :

- Après injection :

4) Autres :

Echographie :

- Para vertébrale :
- Abdomino pélvienne :

b. Biologie :

1) Sérologie hydatique :

Immunoélectrophorèse :

Immunofluorescences indirecte :

2) Autres :

Taux d'éosinophiles :

IDR de casoni : oui non

VI- Traitement :

· Médical :

· Chirurgical :

1) Voie d'abord :

2) Type d'intervention :

Décompression : oui non

Exérèse : oui non

3) Stabilisation :

4) Traitement parties molles :

5) Traitement adjuvant scolicide :

Eau oxygénée : oui non

Sérum salé hypertonique : oui non

6) Rééducation : oui non

VII- Evolution :

· Immédiate:

Amélioration de l'état neurologique : oui non

Aggravation :

Complication de décubitus : oui non

Autres complications :

· A long terme :

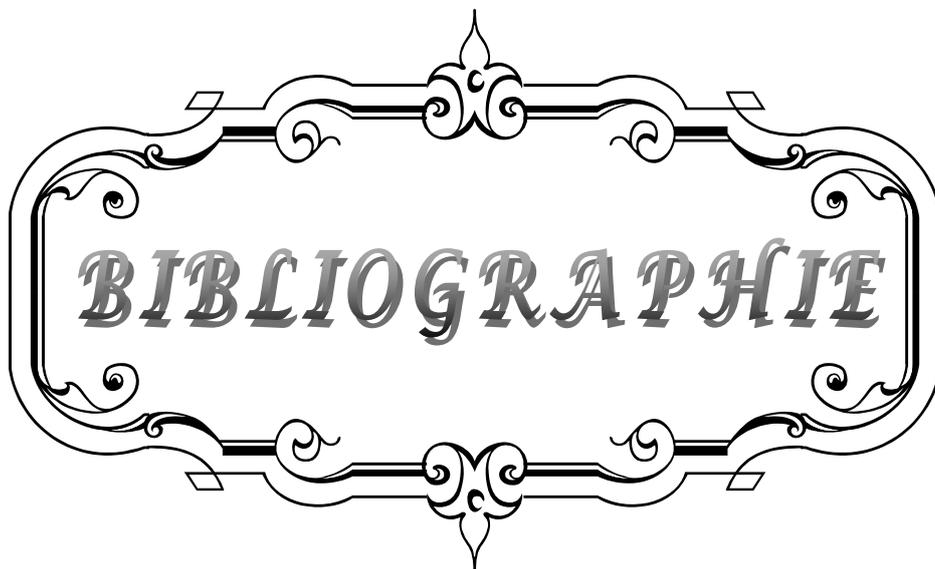
Récidive : oui non

Autre localisation : oui non

Décès :

Imprécise :

Perdu de vue :



BIBLIOGRAPHIE

1. **K. Aniba, R. khoumiri, S. Aitbenali, B. Maksi, A. Oussehal, M. Bouskraoui.**
Kyste hydatique à localisation vertébro-médullaire. À propos d'un cas et revue de littérature.
Archives de pédiatrie 2004;11:1509-1515
2. **A.Jamily, F.M chaoui, M. Gazzaz, K. Chakour, L. Rifi, S. Derraz, A. El khamlichi**
Kyste hydatique sous dural lombaire. À propos de deux cas
Méd Mal Inf 2002; 32 : 255-6
3. **JF.Briant, P .Richez, E .Belliol, A. Raillat, P. Salamand, GE. Gueguen, et al.**
Atteinte ostéo-articulaire d'origine parasitaire: l'échinococcose osseuse
J Radiol 1998; 79: 1351-1357
4. **A. Hommadi, T. Ziadi, L. Amhaji, J. Mounach, S.M. Drissi**
Hydatidose vertébro-médullaire a propos de trois cas
Rev Maroc Chir Orthop Traumato 2008;35:31-34
5. **J. Oumerzouk, Y. Hssaini, O. Qamouss, H. Baalal, A. Bourazza1**
Hydatidose multifocale avec atteinte vertébro-médullaire étendue.
Presse Med 2012;41;1294-1297
6. **R. Kahzim, Y. Rares, C. Heras-palou, P. Ruiz Barnes**
Posterior decompression of spina hydatidosis : long term results
Clinical Neurology and Neurosurgery 2003 ; 105: 209-211
7. **Q. Bamouni, JP. Cottier, S. Gallas, L. Brunereau, R. Bibi, CB Vinikoff-sonier, et al.**
Quid?
J Radiol 2001; 82: 1743-5
8. **L. Cherrada, W. Said, K. Bouslama, S. Oueslati, L. Dridi, L. Rezgui-Marhoul, et al.**
vertébro-médullaire : intérêt de l'imagerie
Médecine et maladies infectieuses 2006, 36 : 58-61
9. **N. Chakir, A. Akhaddar, A. El Quessar, A. Elouahabi, M.R. El hassani, A. El khamlichi, et al.**
L'hydatidose intradurale extramédullaire primitive à propos d'un cas et revue de la littérature.
J.Neuroradiol. 2002, 29 : 177-182
10. **Aïcha Ladjouze Rezig**

Hydatidose osseuse

Rev Rhum 2002 ; 69 : 835-41

11. **Atila Ergin, Tansel Toker, Omer Yanarates, Ercan Kurt, and M. Erdal Guzeldemir**
A Typical Low-Back Pain Caused by an Atypical Etiology
Regional Anesthesia and Pain Medicine 2007. 32: 564-568.
12. **Bruno Gottstein**
Molecular and Immunological Diagnosis of Echinococcosis
Clinical microbiology reviews 1992, 11: 248-261
13. **S. Maalej, D. Belhabib, S. Hantous, S. Fenniche, A. Ammar, S. Hammami, M-L. Megdiche**
Hydatidose costo-vertébrale : Intérêt de l'IRM
Rev Mal Respir 2003; 20: 614-7
14. **Seyed Mahmoud Sadjjadi**
Present situation of echinococcosis in the Middle East and Arabic North Africa
Parasitology International 2006, 55:197 - S202
15. **A. Seimenis**
Overview of the epidemiological situation on echinococcosis in the Mediterranean region
Acta Tropica 2003, 85:191-195
16. **Rkia Azlaf , Allal Dakkak**
Epidemiological study of the cystic echinococcosis in Morocco
Veterinary Parasitology 2006, 137:83-93
17. **Y. Kocaoğullar, Y. Paksoy, E. Özkal**
Spinal hydatid cyst causing neural foraminal widening
European Journal of Radiology Extra 2003,46 : 70-73
18. **Thamer A. Hamdan**
Hydatid disease of the spine: a report on nine patients
International Orthopaedics (SICOT) 2012; 36:427-432
19. **R. Acquaviva, P.M. Tamic**
L'échinococcose vertébro-médullaire : à propos de 14 observations
Neurochirurgie 1964; 10- 6: 645-50

20. **M. El Andaloussi, B. Yousri, M. Aboumaarouf**
Hydatidose vertébrale: à propos de trois cas
Revue de chirurgie orthopédique 2001; 87: 392-396
21. **M.S Djouholou**
L'apport du traitement médical anti-parasitaire dans l'hydatidose vertébro-médullaire
Thèse.Méd.Casablanca; 2004, n°248
22. **I. Bouhouch, S. ait benali**
Prise en charge de l'hydatidose vertébral
Thèse méd.Marrakech ; 2007, n°59
23. **NN. Gopal, SPS Chauhan, Y. Nitin**
Primary spinal extradural hydatid cyst causing spinal cord compression
Indian J Orthop 2007; 41: 76-78
24. **S. Karray, M. Zlitni, J.V. Fowls, O. Zouari, M. Kassab, P. Rosset**
Vertébral hydatidosis and paraplegia
J bone joint surg 1990; 72-B: 84-8
25. **A.Ouadfel**
Etude sur l'hydatidose de la moelle et du rachis, à propos de 36 observations
Thèse.Méd.Tours 1979, n° 38
26. **L. Chat, M. Akjouj, M. Chellaoui, F. Gueddari, D. Alami, F. Achaâban, et al.**
L'hydatidose intradurale rachidienne : à propos d'un cas
J Radiol 2000; 81: 535-537
27. **S. El Amari**
L'hydatidose vertébro-médullaire à propos de 24 cas
Thèse.Méd.Casa. 1993.n° 261
28. **Bettaieb A, Khaldi M, Ben Rhouma T, Touibi S.**
L'échinococcose vertébro-médullaire.À propos de 32 cas.
Neurochirurgie 1978; 24 :205-10.
29. **F. Dévé**
L'échinococcose osseuse
Montevideo Monteverdé Edt ;1948

30. **A. El Quessar, L. Jroundi, S. Tizniti, M. Cissé, N. Chakir, , M.R. El hassani, et al.**
Hydatidose rachidienne, aspects scanner et IRM. A propos de 8 cas
J Radiol 2001; 82: 917-921
31. **S. Bouklata, M. El Mahi, W. Karmoun, M.R El Hassani, N. Chakir, M. Jiddane, et al.**
Kyste hydatique dorsal extradural isolé
J. Neuroradiol., 2000, 27 : 285-286
32. **F. Alimi, F. Limayem, I. Mgarrech, M. Marzouk, S. Jerbi, S. Mlika, K. Ennabli.**
Kyste hydatique vertébral primitive à extension médiastinale postérieure compliquée d'une paraplégie
Revue des Maladies Respiratoires 2012;29,908-911
33. **Chikhaoui N, Adil A, Kadiri R.**
Aspects radiologiques de l'hydatidose vertébro-médullaire .À propos de 12 cas.
J Radiol 1993; 74: 621-8.
34. **M. Mahi, T. Amil, S. Chaouir, A. Hanine, M. Benameur**
Imagerie d'un cas historique d'hydatidose vertébrale
J. Neuroradiol.2001, 28: 244-248
35. **S.Gupata, V. Rahti, S. Bhargava**
Unilocular primary spinal extradural hydatid cyst -MR appearance
Indian J Radiol Imaging 2002; 12: 271-273
36. **A.A. Raut, A.M. Nagar, R.S. Narlawar, V.L. Bhatgadde, M.N Sayed**
Echinococcosis of the rib with epidural extension : a rare cause of paraplégia
The british Journal of Radiology, 2004; 77: 338-341
37. **L. Fkiha, L. Boussoffaraa, S.A. Bedouia, S. Saada, D. Belhabiba, H. Hassène, et al.**
Kyste hydatique costovertebral : pathologie bénigne ou maligne ?
Revue de Pneumologie clinique 2009;65:169-172
38. **J. El-On 1, L. Ben-Noun 2, Z. Galitza I and N. Ohana 3**
Case report: clinical and serological evaluation of echinococcosis of the spine
Transaction of the royal society of tropical medicine and hygiene, 2003, 97: 567-569
39. **F. Brava, kursel**

- Diagnostic biologique des échinococcoses
Rev Prat 1990, 40, 3: 201-4
40. **L. Essaadounia, F. Jghaimia, S. Ait BenAlib, I. Bouchtic, N. Kissani**
Hydatid spinal cord compression revealing multivisceral hydatidosis
Clinical Neurology and Neurosurgery 2009; 111; 918-921
41. **M Necmettin Pamir*, Koray OÈ zduman1 and Ilhan Elmaci1**
Spinal hydatid disease
Spinal Cord 2002, 40: 153 ± 160
42. **M. Boussofara, M.R. Sallem, M. Raucoules-Aimé**
Anesthésie pour chirurgie du kyste hydatiquedu foie
EMC-Anesthésie Réanimation 2005,2 : 132-140
43. **V. Pointillart, J. Sénégas**
Technique de d"écompression médullaire par voies antérieure à l'étage cervical
Encycl Méd Chir-Orthopédie-traumatologie, 1998, 44: 168-174
44. **J.M. Feron**
Les voies d'abord du rachis dorso-lombaire
Conférences d'enseignement de la Sofcot 1996 ; 55 : 211-220.
45. **R. Roy-Camille, E. Barcate**
Chirurgie par abord postérieur du rachis dorsal et lombaire
Encycl Méd Chir-Orthopédie-traumatologie 4.1.100 44150
46. **R. Roy-Camille, D. Berteaux, G. Saillant**
Voies d'abord du rachis
Encycl Méd Chir-Orthopédie-traumatologie, 4.1.100 44150
47. **Islekel S et al.**
Spinal hydatid disease.
Spinal Cord 1998; 36: 166 ± 170
48. **Okan Solak1, H Esme1, Olcay Eser, Adem Aslan, Fatma Fidan, zlem Solak**
Multiple Pleural Hydatid Cysts Associated with destruction of the Vertebral column
Turkish respiratory journal; 2006; 7: 134-1364- 1

49. **Asma El Kohen, Abdelaziz Benjelloun, Abdeljalil El Quessar, Said Derraz, Abdenasser Lazrak, Nezha Jazouli, et al.**
Multiple hydatid cysts of the neck, thenasopharynx and the skull base revealing cervicalvertebral hydatid disease
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2003, 67: 655–662
50. **G. Audibert , T. Faillot , M.C.Vergnes , J.L. Bosson , C. Bernard , J.F. Payen, et al.**
Thromboprophylaxie en chirurgie rachidienne traumatologique et non traumatologique
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2005; 24: 928–934
51. **Raymond A., Smego Jr., Peter Sebanego**
Treatment options for hepatic cystic echinococcosis
International Journal of Infectious Diseases 2005, 9:69–76
52. **Ch. BASTID, J. SAHEL**
Le traitement percutané des kystes hydatiques est dorénavant une réalité validée par l'OMS
Acta Endoscopica 2004 , 34 :101–105
53. **Spektor S, Gomori JM, Beni-Adani L, Constantini S.**
Spinal echinococcal cyst: treatment using computerized tomography guided needle aspiration and hypertonic saline irrigation.
J Neurosurg 1997; 87: 464– 467
54. **DD. Heath, FAR. Chevis**
Mebendazole and hydatid disease
Lançet 1974 : 218–9
55. **Morris DL, Dykes PW, Dickson B, Marriner SE, Bogan JA, Burrows FGO.**
Albendazole in hydatid disease.
Br Med J 1983; 286: 103–/4.
56. **Lam KS, Faraj A, Mulholland RC, Finch RG.**
Medical decompression of vertebral hydatidosis.
Spine 1997; 22: 2050 – 2055
57. **Rayport M, Wiso HS, Zaiman H.**
Vertebral echinococcus.
J Neurosurg 1964; 21: 647 – 659.

58. **K. Kotil, R. Tari, Y. Savas**
Medical treatment of primary extradural solitary lumbar hydatid disease
Journal of Clinical Neuroscience 2010; 17 ; 793-795
59. **X. Bohand, B. Edouard , J. Maslin**
Médicaments antihelminthiques
EMC-Maladies Infectieuses 2004, 1:221-233
60. **M. Ben Jemaa, C. Marrakchi, I. Maaloul, S. Mezghanni, B. Khemakhem ,N. Ben Arab, et al.**
Traitement médical du kyste hydatique : évaluation de l'albendazole chez 3 patients (22 kystes)
Médecine et maladies infectieuses 2002 ; 32 : 514-518
61. **JM. Cardona, J. Gin, X. Flores**
Deux cas d'hydatidose vertébrale traités par association chirurgie et mébendazole
Rev Chir Orthop 1983; 69: 69-74
62. **E.P Szyprit , D.L Morris, R.C Mullholland**
Combined chemotherapy and surgery for hydatid bone disease
The journal of bone and joint surgery 1987; 64-b: 141-4
63. **Joseph El-On**
Benzimidazole treatment of cystic echinococcosis
Acta Tropica 2003 ,85:243_/252
64. **Bouykaner MK, Dogulu F, Öztürk G,Edali N, Tali T.**
A viable residual spinal hydatid cyst cured with albendazole.
J Neurosurg 2000; 93:142-4.
65. **Courtillon A, Gain H, Hignet R, Menais P et Polard JL.**
Rééducation des fractures non neurologiques du rachis thoracolombaire.
Encycl Méd Chir-Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2001,26-286-A-10 :15
66. **M. Damphousse F. Beuret-Blanquart , P. Denis**
Évaluation à distance des troubles anorectaux chez les paraplégiques
Annales de réadaptation et de médecine physique 2005; 48: 231-239

67. **H. turan suslu, A. Cecen, A. Karaaslan, A. Borekçi, M. Bozbuga**
Primary Spinal Hydatid Disease
Turkish Neurosurgery 2009; 19: 186-188
68. **P.R. Torgerson**
Economic effects of echinococcosis
Acta Tropica 2003 ,85:113_/118
69. **David Heath, Wen Yang, Tiaoying Li, Yongfu Xiao, Xingwang Chen, Yan Huang,et al.**
Control of hydatidosis
Parasitology International , 2006, 55:247 - S252
70. **M. Besbes, H. Sellami, F. Cheikhrouhou, F. Makni & A. Ayadi**
L'abattage clandestin en Tunisie : enquête sur les connaissances et les pratiques des bouchers face à l'hydatidose.
Bull Soc Pathol Exot, 2003, 96-4: 320-322

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال
بإدلاء وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإدلاء رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من مصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما شئنها تجاه الله
ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



التكفل بداء العداري الفقري تجربة مصلحة جراحة الدماغ والأعصاب المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم ...\...\ 2013

من طرف

السيد عبد الإله بومليك

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

عمود فقري - نخاع شوكي - تصوير بالرنين المغناطيسي - علاج جراحي - وقاية

اللجنة

الرئيس	السيد	ع. راجي
		أستاذ في جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
المشرف	السيد	س. آيت بن علي
		أستاذ في جراحة الدماغ و الأعصاب
الحكام	السيد	ح. غنان
		أستاذ في جراحة الدماغ و الأعصاب
	السيد	م. المجاطي
		أستاذ مبرز في جراحة الدماغ و الأعصاب
	السيدة	ن. شريف إدريسي الكنوني
		أستاذة مبرزة في الفحص بالأشعة