

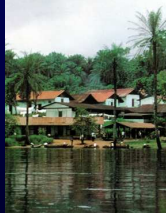
LOASE ou LOAOSE

Filariose cutanéodermique strictement africaine

Due à un nématode de la famille des onchocercidae

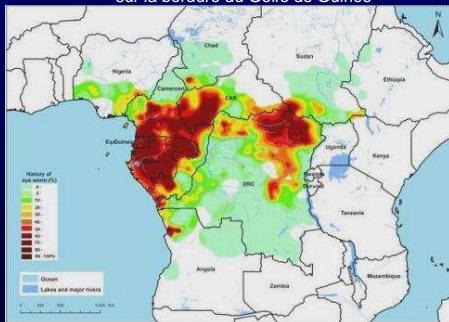
Transmise par un insecte hématophage: le chrysops.

Prévalence estimée :
4 à 10 millions de sujets infestés



LOASE

Sévit en Afrique centrale et occidentale
sur la bordure du Golfe de Guinée



Prévalence de 50 à 80% dans certains
foyers du Gabon et du Congo

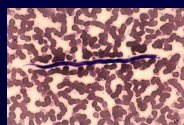
LOASE

Agent pathogène

Filaire *Loa loa*

Adulte: Ver rond de 3 à 6cm X 200 microns
Longévité de 15 à 20 ans

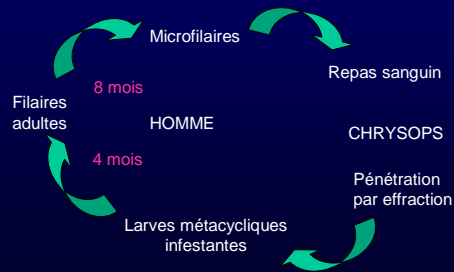
Microfilaires: 300 X 8 microns
pourvues d'une gaine PERIODICITE DIURNE
vivent quelques jours



LOASE

Réservoir

Homme exclusivement ?



LOASE

Vecteur

Diptère brachycère
tabanidé du genre *Chrysops*
Chrysops silacea : mouche rouge du Gabon
Chrysops dimidiata

Activité diurne.
Gîtes de ponte: rives boueuses des cours d'eau
Gîtes de repos: canopée (plantations d'hévéas)

Vol silencieux, piqûre douloureuse
Femelle hématophage



LOASE

Vecteur

Les larves prélevées dans le sang

gagnent le tube digestif

puis les muscles alaires

puis la trompe

Larves infestantes dans le labium
10 à 12 jours après le repas sanguin



LOASE

Diagnostic

Incubation: supérieure à 3 mois, muette
Formes asymptomatiques (autochtones)

Symptômes (1):
Passage du ver adulte sous la conjonctive
pathognomonique



LOASE

Diagnostic

Incubation: supérieure à 3 mois, muette

Symptômes (2):

Reptation du ver adulte sous la peau:
Prurit localisé
Cordon palpable, mobile.



LOASE

Diagnostic

Incubation: supérieure à 3 mois, muette

Symptômes (3):

Cedème de Calabar
fugace (quelques heures à quelques jours)
migrateur
« suspendu »
récidivant



Symptômes (4): prurit des membres supérieurs et du thorax

LOASE

Complications

? Neurologiques:



hémiplégie, encéphalite?
méningo-encéphalite?

Encéphalite induite par le traitement :
coma fébrile grave

? Cardiaques: endocardite de Loeffler: insuffisance cardiaque +
hyperéosinophilie

? Rénales: néphrites intersticielles et altérations glomérulaires
parasitaires ou immunologiques?
Hématurie/protéinurie fréquentes si forte charge microfilarienne

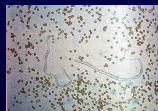
LOASE

Diagnostic

Orientation : hyperéosinophilie, IgE

Certitude : parasitologique

prélèvement sanguin à 13 heures
recherche: état frais, concentration, QBC, frottis.
Quantification indispensable :

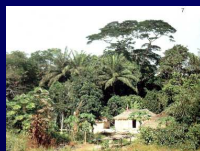


seuil dangereux: 3000 microfilaries/ml
accidents sévères: > 50 000/ml

LOASE

Facteurs de risque:

Endémie : chaleur, forêt humide.



Transmission : activités humaines :

forestiers
chasseurs
chantiers
militaires



LOASE

Traitement:

Traitement de référence : DEC

Risque d'accidents de lyse filarienne

⇒ doses progressives:

6 à 12 mg le premier jour (1/16 de compr. en deux fois)

doublage de la dose tous les 2 à 3 jours

pour atteindre 8mg/kg/j.

associé à des corticoïdes: prednisone 15 à 20mg

surveillance hospitalière

puis 8mg/kg/j pendant 21j

Plusieurs cures peuvent être nécessaires

Albendazole : 200 mg x 2 pdt 21 jours

Si forte microfilariémie: diminution préalable de la charge filarienne:

Ivermectine 0,2mg/kg; 2 comp/60kg

1 cure/mois pendant 6 mois

ou suivi par DEC: 21j

LOASE

Surveillance du traitement:

Signes d'alerte:

Apparition ou accentuation d'un prurit

Asthénie

Céphalées

Myalgies, arthralgies

Fièvre: signe de gravité

Obnubilation:

hospitalisation indispensable pour surveillance
et recherche de Plasmodium.

Hématurie microscopique et protéinurie.

LOASE

Prophylaxie:

Presque impossible:

Gîtes larvaires inaccessibles

Protection passive:

vêtements

insectifuges

Chimio prophylaxie inutile chez l'autochtone

DEC 300 mg/semaine pour résidents temporaires
