

## UN « VER » de trop...

IHA LARTIGOLLE J-Dominique MC MORAND christian  
Service de médecine interne A et B .HIA R.PICQUE

## Observation médicale

- Madame B., 35 ans, d'origine africaine consulte au service des Urgences de l'HIA Robert Picqué, devant la persistance de céphalées à son retour de voyage au Gabon et après « **avoir observé un ver traverser son œil droit** »...

## Interrogatoire

- Antécédents personnels :
  - Paludisme en 1980 (épisode fébrile unique)
  - Séjours à l'étranger :
    - En Amérique latine il y a plus de 10 ans
    - **Au Gabon**, tous les ans régulièrement, avec un séjour prolongé récent de juin 2007 à octobre 2008.
  - Pas de diabète, pas d'HTA, pas de dyslipidémie, pas de tabagisme.
  - Pas de notion de migraine ou de crise comitiale connue, pas d'accouchement récent.
  - Pas d'antécédent chirurgical ancien ou récent.

## Interrogatoire (2)

- Antécédents familiaux : aucun
- Antécédents gynéco-obstétricaux : G2P2, AVB spontané sans aide instrumentale.
- Pas de terrain allergique.
- Pas de traitement médicamenteux au long cours.
- Mode de vie : caissière, mariée, 2 enfants, en HLM, plusieurs rapports sexuels extra-conjugaux non protégés.

## Histoire de la maladie

- De juin 2007 à octobre 2008
  - séjour au Gabon, dans des conditions non précaires ;
  - chimio prophylaxie antipalustre par Doxypalu +/- suivie (début 5 jours avant et poursuite jusqu'à 15 jours après son arrivée au Gabon).

## Histoire de la maladie (2)

- Mai 08
  - Augmentation du volume du membre inférieur droit après une « **piqûre de mouche** », survenue dans un environnement **forestier**
  - Consultation médicale à Libreville → injections IM non précisées...
  - régression assez rapide...
- Juillet-août 08
  - 2 épisodes récidivants d' « **oedèmes de l'avant-bras** » droit, prurigineux, fugace, durant une journée.

## Histoire de la maladie (3)

- **Fin septembre 2008**
  - « **oedème** » **palpébral droit**
  - + **œil rouge et douloureux**
  - + « **passage d'un ver** » observé/ conjonctive de l'œil droit
  - → CS Libreville : abstention thérapeutique.
  - Puis, apparition d'une hémicrânie :
    - droite,
    - permanente,
    - à recrudescence nocturne,
    - sans trouble neurologique, ni symptomatologie vasculaire ou trajet neuropathique.

## Histoire de la maladie (4)

- **Mi-octobre 2008**: retour en France; Les médecins consultés évoquent une « parasitose... »

## Examen clinique

- **SG** : bon état général, apyrétique,
  - TA=13/8, FC=86/min,
  - SatO2 en AA=98%
- **Céphalées** ( hémicrânies droites)
  - non pulsatiles,
  - sans alternance,
  - constantes,
  - Examen neurologique normal
  - Douleurs partiellement soulagées par paracétamol (1g/6h),
  - absence de trouble de l'articulé temporo-mandibulaire, .




## Examen clinique (2)

- Auscultation cardio-pulmonaire sans particularité ;
- Abdomen souple, dépressible, indolore, sans organomégalie ;
- Examen neurologique normal ;
- Pas d'adénopathie palpable
- Pas d'arthralgie.

## Examens complémentaires

- **Iconographie** :
  - IRM cérébrale normale
- **Biologie** :
  - **En ville 3/11/08** :
    - Hb=13g/dL,
    - plt=34000/mm<sup>3</sup>,
    - GB=7080/mm<sup>3</sup>,
    - Monocytes=340/mm<sup>3</sup>,
    - PNN= 2000/mm<sup>3</sup>,
    - PNEo= **2100/mm<sup>3</sup>**,
    - Lymphos=2200/mm<sup>3</sup>,
    - CRP=9, VS=50mm,
    - Fonctions rénales, hépato-biliaire, glycémie normales,
    - Sérologies VIH, VHC négatives.
    - Sérologie VHB : AgHBs- Ac antiHBc+ Ac antiHBs>1000mU/mL..
  - **Dans le service 19/11** :
    - CRP et VS normales,
    - Frottis sanguin – QBC malaria test –

## Discussion

- **Eléments pathologiques** :  
Femme de 35 ans, retour d'un séjour prolongé en Afrique centrale avec :
  - Anomalies cliniques? 
  - Anomalies biologiques ? 
- **Hypothèses diagnostiques** :
  - **Parasitaires** :
  - **Helminthiases** =
    - filariose à Loa-Loa?
    - Anguillulose?
    - Toxocarose?
    - Schistosomoses? 

## Anomalies cliniques

- Facteur déclenchant : **piqûre de mouche**, en région forestière au **Gabon**.
- **Passage d'un « ver »/ conjonctive droite.**
- **Oedèmes** :
  - fugaces,
  - localisés,
  - mobiles,
  - indolores sans signe inflammatoire.
- Céphalées permanentes en hémicrânie droite, sans réelle orientation étiologique clinique

## Anomalies biologiques

- **Hyperéosinophilie** à 2100/mm<sup>3</sup>
- Syndrome inflammatoire léger et régressant spontanément

## Explorations complémentaires

- Recherche microfilaires diurnes et nocturnes négative.
- Sérologie Filariose **positive** (sérologie d'espèce)
- Parasitologie des selles, avec méthode d'extraction des œufs de Baermann négatif.
- Autres Sérologies
  - Schistosomoses –
  - Distomatose –
  - Toxocarose –
  - Cysticercose –

## Conclusion

- Diagnostic : **Filariose à Loa-Loa** évoquée (filariose de Guyot)
- Traitement :
  - prise unique de 4 cp **Stromectol** à 3mg(/poids)
  - sans corticothérapie.
- Evolution :
  - Bonne tolérance du traitement,
  - Régression des céphalées sous ttt symptomatique optimisé.
- A renouveler par une nouvelle prise de Stromectol 6 mois plus tard.

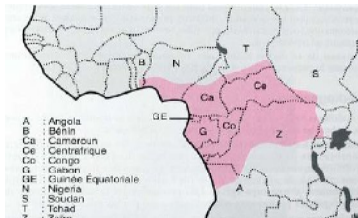
## LOASE ou LOAOSE

## 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 infectés.

## LOASE : épidémiologie

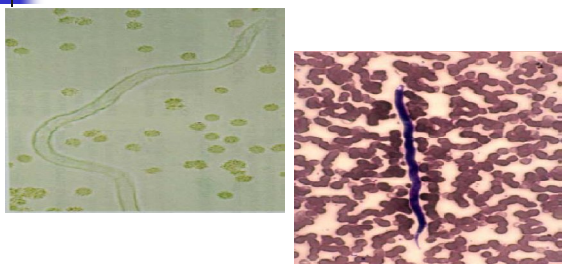
- Sévit en Afrique centrale et occidentale sur la bordure du Golfe de Guinée
- Prévalence de 50 à 80% dans certains foyers du Gabon et du Congo



## LOASE

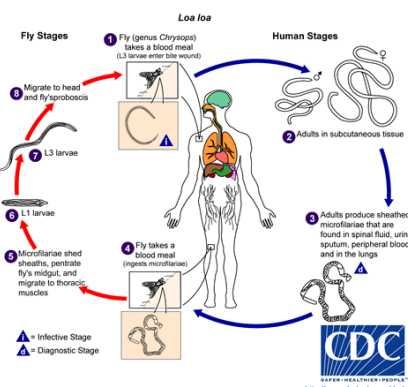
- **Agent pathogène** : filaire loa-loa.
- **Adulte**:
  - Ver rond de 3 à 6cm x 200 $\mu$ ;
  - Longévité de 15 à 20 ans.
- **Microfilaries** :
  - 300 x 8 $\mu$ , pourvues d'une gaine ;
  - PERIODICITE **DIURNE** ;
  - Vivent quelques jours.

## LOASE



## LOASE

- **Réservoir** : homme exclusivement ?



## LOASE : VECTEUR



- Diptère brachycère tabanidé du genre *Chrysops* (*Chrysops silacea*: mouche rouge du Gabon ; *Chrysops dimidiata*)
- **Femelle** hématophage
- Activité **diurne**
- **Gîtes de ponte**: rives boueuses des cours d'eau
- **Gîtes de repos**: canopée (plantations d'hévéas)
- Vol silencieux, piqûre douloureuse

## LOASE : VECTEUR (2)



- 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 clinique

### ■ Incubation :

- > 3 mois,
- muette
- Formes asymptomatiques (autochtones)

## LOASE

### ■ Symptômes

(1)- Passage du ver adulte sous la conjonctive = **pathognomonique**



## LOASE : diagnostic clinique (3)

(2)- Reptation du ver adulte sous la peau:

- Prurit localisé
- Cordon palpable, mobile.



## LOASE : diagnostic clinique (4)

(3)- **Oedème de Calabar** :

- fugace (quelques heures à quelques jours)
- migrateur «suspendu»
- récidivant

(4)- **Prurit** des membres supérieurs et du thorax

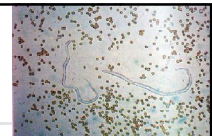


## LOASE : complications

- Neurologiques:
  - hémiplégie, encéphalite, méningo-encéphalite?
  - encéphalite induite par le traitement : coma fébrile grave
- Cardiaques:
  - endocardite pariétale fibroblastique de Loeffler : insuffisance cardiaque + hyperéosinophilie
- Rénales:
  - néphrites interstitielles 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 microfilaire : état frais,
  - frottis sanguin au MGG ;
  - détection ELISA.
- Quantification indispensable ++ :
  - seuil dangereux: 3000 microfilaires/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** (Diethylcarbamazine)
  - Risque d'accidents de lyse filarienne
  - → doses progressives:
    - 6 à 12 mg le 1<sup>er</sup> jour (1/16 de cp en 2 fois)
    - doublement de la dose tous les 2 à 3 jours
    - pour atteindre 8 mg/kg/j
- Associé à des corticoïdes: **prednisone** 15 à 20mg/jour
- Surveillance hospitalière
- Puis 8mg/kg/j pendant 21j

## LOASE : traitement (2)

- Actuellement : diminution préalable de la charge filarienne; traitement en France...
  - **Ivermectine** 0,2mg/kg: 2 cp/60kg
  - 1 cure à renouveler à 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?