

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=340000/mm³,
 - GB=7080/mm³,
 - Monocytes=340/mm³,
 - PNN= 2000/mm³,
 - PNEo= **2100/mm³**,
 - Lymphos=2200/mm³,
 - 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/mm³
- 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.

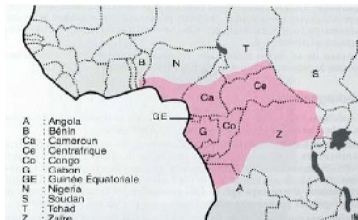
LOASE ou LOAOSE

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

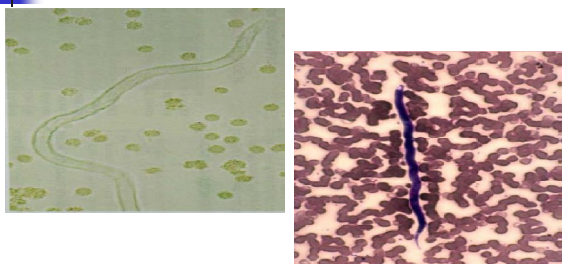
- Sévit en Afrique centrale et occidentale sur la bordure du Golfe de Guinée
- Prévalence de 50 à 80% dans certains foyers du Gabon et du Congo



LOASE

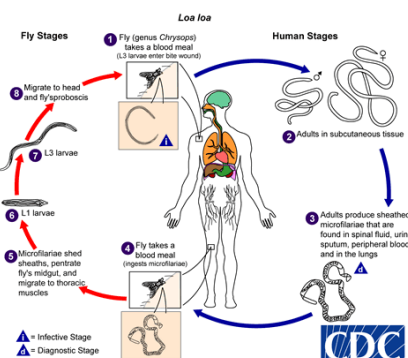
- **Agent pathogène** : filaire loa-loa.
- **Adulte**:
 - Ver rond de 3 à 6cm x 200 μ ;
 - Longévité de 15 à 20 ans.
- **Microfilaries** :
 - 300 x 8 μ , pourvues d'une gaine ;
 - PERIODICITE **DIURNE** ;
 - Vivent quelques jours.

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^{er} 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?