

MEDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Syndrome de Loeffler ascaridien chez un coopérant : cas clinique

www.medecinetropicale.com

Observation

Un jeune coopérant français présente 48 heures après son retour d'Afrique noire où il a séjourné pendant 14 mois une atteinte de l'état général associant une fièvre à 38,2°C, un amaigrissement chiffré à 2 kg, une asthénie, une anorexie. Il présente une toux sèche, non productive. L'examen clinique est normal. Ce jeune homme a été vacciné par le BCG dans l'enfance. Il n'a pas d'antécédent notable. Il a suivi une chimioprophylaxie antipaludéenne pendant les 3 premiers mois de séjour.

Examens complémentaires pratiqués

- Numération formule sanguine : taux d'hémoglobine : 14 g/100 ml, globules blancs : 8 200 el/mm³, dont 60% de polynucléaires neutrophiles, 21% d'éosinophilie, soit 1 722 el/mm³, 16% de lymphocytes.
- Vitesse de sédimentation des hématies : 40 mm à la première heure
- Recherche d'hématozoaires : négative
- IDR à la tuberculine à 10 U. : positive à 12 mm
- Radiographie pulmonaire : opacités confluentes à prédominance alvéolaire de siège lobaire supérieur droit (figure 1).
- Recherche de BAAR à l'examen direct (tubage gastrique) : négative.
- Fibroscopie bronchique : aspect inflammatoire des bronches lobaires supérieures
- Lavage bronchoalvéolaire : éosinophilie dans le liquide recueilli
- Examens parasitologiques des selles négatifs.
- Sérologies parasitaires demandées (anguillulose, schistosomoses, toxocarose) : reviendront à des taux non significatifs.
- Sérologie VIH négative.

Questions

- 1- Quel diagnostic évoquez-vous et quelle est la conduite à tenir dans l'immédiat ?
- 2- Comment expliquez-vous la symptomatologie ?
- 3- Quels autres examens complémentaires sont utiles au diagnostic ?
- 4- Quel(s) traitement(s) prescrivez-vous ?
- 5- Quelle est la prévention de cette affection ?
- 6- Quelle en est la prévalence ?

Réponses

1- L'association d'une altération fébrile de l'état général avec des images radiologiques de topographie lobaire supérieure, à caractère hétérogène, chez un homme jeune revenant d'Afrique subsaharienne, fait discuter en premier une tuberculose pulmonaire. L'IDR à la tuberculine est positive chez ce sujet vacciné par le BCG. La recherche de BAAR est négative. L'hyperéosinophilie sanguine à 1722 el/mm³ attire l'attention.

La conduite à tenir dans l'immédiat est l'expectative et le malade est mis sous une antibiothérapie non spécifique : érythromycine à la dose de 1 g matin et soir pendant 10 jours.

Une radiographie pulmonaire de contrôle faite à la fin du traitement montre des modifications de l'image radiologique avec une diminution des images à droite et l'apparition d'opacités floues de la région axillaire gauche. L'éosinophilie persiste à 1480 el/mm³. Une troisième radiographie pulmonaire faite à la 3^{ème} semaine montre une image thoracique normale.

Le caractère variable des images radiologiques, l'hyperéosinophilie sanguine persistante orientent vers un syndrome de Loeffler. La négativité des examens parasitologiques des selles ne va pas

contre ce diagnostic, puisque ce syndrome se voit au stade de migration larvaire, essentiellement de l'ascaridiose, plus rarement de l'ankylostomose, de l'anguillulose, des schistosomoses, des fasciolases et au cours des impasses parasitaires.

Le diagnostic de syndrome de Loeffler ascaridien est retenu. L'ascaridiose, parasitose intestinale humaine, est due à un nématode, *Ascaris lombricoïdes*.

2- Les œufs d'*Ascaris lombricoïdes*, disséminés dans la nature avec les selles, subissent une maturation dans le milieu extérieur. Les œufs embryonnés sont avalés avec l'eau et/ou les aliments contaminés. Les embryons sont libérés dans l'estomac, pénètrent la paroi du tube digestif, donnent des larves qui effectuent une migration qui les conduit au foie par le système porte, aux poumons, puis au carrefour aéro-digestif où elles basculent dans l'œsophage et deviennent adultes au niveau du jéjunum.

Le syndrome de Loeffler est du aux phénomènes mécaniques et allergiques secondaires à la présence des larves dans les alvéoles pulmonaires. L'éosinophilie sanguine décrit la classique courbe de Lavier, atteignant son maximum à la fin de la migration larvaire (15 à 60% d'éosinophiles, au maximum 3 000 el/mm³), pour décroître doucement et se stabiliser à 5 à 10% en période adulte. Il se manifeste par une dyspnée modérée, une toux sèche et une fébricule. L'auscultation pulmonaire révèle inconstamment des râles fins en foyers. L'examen radiographique montre des opacités aux contours flous, de taille et en nombre variables, labiles, disparaissant rapidement, sans séquelles, au maximum en 3 semaines.

3. L'intérêt de l'immunologie de l'ascaridiose est limité par les réactions croisées par les parasites de la même classe. La recherche d'œufs dans les selles permet le diagnostic de certitude au 2^{ème} mois.

4- Le traitement de l'ascaridiose est basé sur les benzimidazolés : mébendazole (VERMOX®), 1 cp à 100 mg matin et soir pendant 3 jours, flubendazole (FLUVERMAL® à la même posologie et albendazole (ZENTEL®) cp à 400 mg, 400 mg en une seule prise.

Le FLUVERMAL®, à la dose de 1 comprimé à 100 mg matin et soir pendant 3 jours, a permis dans notre observation le déparasitage.

5- La prévention repose sur la lutte contre le péril fécal, l'éducation sanitaire et un traitement de masse.

6- L'ascaridiose est l'helminthiase la plus fréquente dans le monde. Elle atteint plus du quart de l'humanité et prédomine dans les PED où différents facteurs concourant à sa transmission : la chaleur, l'humidité, le péril fécal. La prévalence chez les enfants des PED est très élevée (par exemple : plus de 62% dans un village de Côte d'Ivoire chez les enfants de 9 à 15 ans). Elle fait partie des géo-helminthiases avec la trichocéphalose et l'ankylostomose. L'OMS recommande, à titre d'intervention de santé publique, l'administration périodique d'antihelminthiques (albendazole ou mébendazole) aux enfants vivant dans des zones où l'on estime que la prévalence des géohelminthiases dépasse 20%.

Dans notre observation, l'évolution s'est faite spontanément vers la disparition des images radiologiques. Le diagnostic de certitude a été porté sur la présence d'œufs d'ascaris dans les selles deux mois après l'épisode pulmonaire.

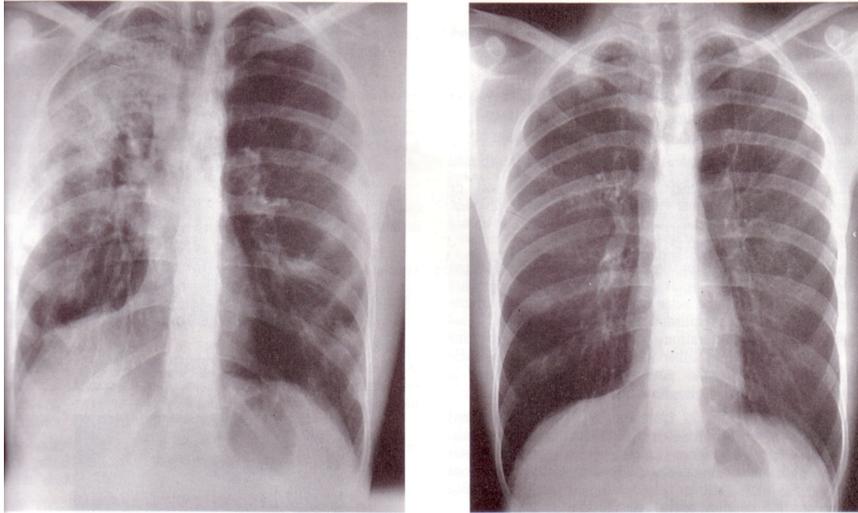


Figure 1 : Radiographie pulmonaire au moment du diagnostic et 3 semaines après.

Références

Aubry P., Touze J.E. Syndrome de Loeffler ascaridien. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., mars 1990, pp 70-71.

Mbaye P.S., Wade B., Klotz F. Ascaris et ascaridiose. Encycl. Med. Chir., Maladies infectieuses, 8-516-A-30, 2003, 8 p.

Cinquetti G., Massoure M.P., Rey P. Traitement des parasitoses digestives (amoebiose exclue). EMC-Maladies infectieuses 2012; 9(1):1-10 [Article 8-518-A-15].

OMS. Géohelminthiases : nombre d'enfants traités en 20121. REH, 2014, 89, 133-140.

Professeur Pierre Aubry, Docteur David Vandroux. Texte revu le 25/09/2014.