

Cas clinique : Balantidiose chez un jeune garçon malgache

Observation

Un jeune garçon malgache, âgé de 6 ans, habitant à Analalava dans la province de Mahajanga à Madagascar, est adressé par son instituteur à la consultation du Centre Médical pour une diarrhée sanglante fébrile.

A l'examen, la température est à 38,2°C, la TA à 90/60 mm Hg, le pouls à 96 mn. L'abdomen est ballonné, douloureux dans son ensemble. Le toucher rectal ramène du sang rouge.

Un bilan biologique simple est pratiqué sur place ;

- à la numération formule sanguine : taux d'hémoglobine 9,2 g/l, 9 800 globules blancs. Le taux des éosinophiles est normal.

- l'examen microscopique direct des selles fraîches montre la présence de formes végétatives très mobiles d'un parasite ovoïde mesurent 80 µm sur 40 µm. Un examen de contrôle des mêmes selles fait 30 minutes plus tard montre les mêmes formes végétatives mais très peu mobiles.



Figure 1. Trophozoïte vu à l'examen de selles fraîches. Noter la présence de cils en périphérie (flèche).

Questions

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quelles sont les caractéristiques parasitologiques de cette maladie ?
3. Quelle est la symptomatologie de cette parasitose ?
4. Quelles sont les méthodes de diagnostic positif ?
5. Quel est le traitement ?
6. Quelle est l'évolution attendue sous traitement ?
7. Quelle est la prévention.

Discussion

1. Il s'agit de formes végétatives ou trophozoïtes de *Balantidium coli*, agent de la balantidiose. *B. coli* est un protozoaire cilié se présentant sous la forme de trophozoïte et de kyste. Le trophozoïte est de forme ovoïde, il mesure de 60 à 80 µm, mais peut atteindre 150 à 200 µm. Il est extrêmement mobile grâce à une rangée de cils vibratoires, mais un examen pratiqué sur des selles non fraîches montre des formes très peu mobiles, rendant alors l'identification délicate. Il renferme un gros noyau, le macronucléus réniforme et excentré, et un autre plus petit, le micronucléus, difficile à voir, ainsi que plusieurs vacuoles. Le kyste mesure 50 µm et est entouré d'une membrane réfringente. C'est la forme de résistance dans le milieu extérieur. *B. coli* est le seul protozoaire cilié parasite de l'homme.

2. Le cycle est simple. *B. coli* est un commensal du tube digestif de plusieurs mammifères : le cochon, le rat, le cochon d'inde, le singe, ... Les kystes sont éliminés dans les déjections des animaux infestés.

L'homme se contamine par ingestion accidentelle de kystes avec l'eau ou les aliments souillés. Les kystes se transforment en trophozoïtes qui se localisent au niveau du colon. Ceux-ci sont éliminés dans les fèces et s'enkystent. Les cas humains sont essentiellement rapportés chez les personnes vivant au contact des porcs, particulièrement dans les zones de mauvaise hygiène. *B. coli* est une parasite cosmopolite, mais observé surtout en zones tropicales. La balantidiose a été décrite chez l'homme en Afrique, en Amérique du sud (Pérou, Bolivie), en Nouvelle-Guinée, en Inde, Elle a été rapportée dans l'océan Indien à Madagascar et à La Réunion.

3. La balantidiose est le plus souvent asymptomatique. Dans les cas symptomatiques, elle est cause d'une diarrhée glairo-sanglante et fait évoquer une amibiase colique ou une trichocéphalose. Chez les malades non traités, les trophozoïtes envahissent la muqueuse colique, peuvent être cause de complications à type d'appendicite, de perforation colique ou de localisations secondaires (hépatique ou pleuro-pulmonaire). Une forme suraiguë mortelle a été rapportée chez une Ivoirienne. Le premier cas de co-infection par *B. coli* et VIH a été publié en Guyane Française.

4. Les méthodes de diagnostic sont :

- l'examen parasitologique direct des selles fraîchement émises, mais l'élimination est intermittente, d'où la nécessité de répéter les examens,
- la coloscopie qui montre des ulcérations de la paroi colique, prédominant dans le rectosigmoïde, et les biopsies coliques sous coloscopie faites sur les bords des ulcérations qui objectivent une nécrose de la muqueuse et de la sous muqueuse coliques avec présence de parasites.

5. Les médicaments actuellement recommandés sont :

- traitement de première intentions : les tétracyclines, 500 mg 4 fois par jour pendant 10 jours chez l'adulte.
- alternative thérapeutique : le métronidazole (Flagyl®), 400 mg 3 fois par jour pendant 10 jours chez l'adulte, 30 mg/kg/jour chez l'enfant pendant 10 jours.

Notre malade a été traité avec succès par la paromomycine (Humatin®), 50 mg par kg et par jour pendant 10 jours.

5. Sous traitement, l'évolution est en général favorable : l'aspect des selles se normalise rapidement et les examens parasitologiques de contrôle montrent la disparition des parasites en 48 à 72 heures. D'autres parasites (ascaris, trichocéphales, giardia, ...) peuvent être associés et doivent être recherchés systématiquement chez les enfants.

6. La prévention repose sur l'hygiène générale, en particulier de l'eau de boisson et des aliments.

Références

- Bourgeade A., Kadio A., Ngemby-Mbina C. La balantidiose colique humaine. A propos d'une forme suraiguë mortelle. Méd. Afr. Noire, 1980, 27, 427-429.
- Massenet D., Loyaute-Sotty M., Perrin F., Bertsch M. La balantidiose chez l'enfant réunionnais. Médecine et Maladies infectieuses, 1985, 8/9, 433-435.
- Dromiguy J.A., Pécarrière J.L., Leroy F., Rabchaja J. Première observation de balantidiose à Madagascar. Arch Inst. Pasteur Madagascar, 1995, 62, 122-123.
- Bourée P. Balantidiose. Encycl. Méd. Chir. (Edition Scientifiques et Médicales Elsevier, SAS, Paris, tous droits réservés). Maladies infectieuses, 8-500-A-15, 2000, 3 p.
- Clyti E., Aznar C., Couppie P., El Guedj M., Carme B., Pradinaud R. Un cas de co-infection par *Balantidium coli* et VIH en Guyane Française. Clin Infect Dis. 2004 Jan 1;38(1):134-8.
- Cinquetti G., Massoure M.P., Rey P. Traitement des parasitoses digestives (amoebiose exclue). EMC Maladies infectieuses 2012; 5(1) : 1-10 [Article 8-518-A-15].

Professeur Pierre Aubry. Texte rédigé le 21/04/2012.