

MÉDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Filariose lymphatique surinfectée : cas clinique.

Observation

Un homme de 48 ans, de nationalité malgache, habitant à Vavatenina sur la côte est de Madagascar, au nord de Toamasina (Tamatave) se présente à la consultation de Médecine Interne de l'Hôpital de Toamasina pour une fièvre à 39,5°C évoluant depuis 5 jours, des céphalées, des douleurs lombaires et des brûlures mictionnelles. Il est porteur d'un éléphantiasis des membres supérieur et inférieur gauches, ainsi que des organes génitaux externes. Il présente depuis plusieurs mois une chylurie intermittente.

A l'examen clinique, la température est à 39,6°C, le pouls à 116/mm, la TA à 130/70 mm Hg. L'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale, l'abdomen souple, indolore, le foie et la rate non palpés. Les fosses lombaires sont douloureuses à la palpation. Le scrotum est épaissi et les testicules sont palpés à travers une lame d'hydrocèle. Le toucher rectal montre une prostate de volume sensiblement normal, homogène.

Le membre supérieur et le membre inférieur gauches sont hypertrophiés, en particulier la jambe gauche (figure 1), et le siège d'une pachydermie. La peau est sèche, ichtyosique, hyperpigmentée. Lorsqu'on la pince, on perçoit une hypertrophie scléro-fibreuse du derme et de l'hypoderme. On note quelques excoriations sur cette peau épaissie. La pression digitale ne donne pas de signe du godet et est indolore.

Le patient indique que cet état s'est constitué progressivement à la suite d'épisodes lymphangitiques aigus. Il n'est pas noté d'adénopathies inguinales ou axillaires, ni de varices veineuses ou lymphatiques.

Examens paracliniques

VSH : 72 mm à la première heure

NFS : taux d'Hb : 14,9 g/dl ; globules blancs : 14 000/mm³, polynucléaires neutrophiles : 90%, éosinophiles 3% (420/mm³); plaquettes : 450 000/mm³.

Créatininémie : 12 mg/l ; glycémie : 0,85 g/l ; protides totaux : 60 g/l, albumine : 27,3 g/l, a1 globulines : 3,1 g/l, a2-globulines : 7,6 g/l, b-globulines : 7,8 g/l, g-globulines : 14,1 g/l. Le tracé électrophorétique est normal.

Lipides totaux : 6 g/l, cholestérol total : 2,4 g/l, triglycérides : 1,60 g/l.

Examen des urines : protéinurie des 24 heures : 1,2 g, lipurie : 4,7 g (chylomicrons).

ECBU : nombreuses hématies, leucocytes en nappes (polynucléaires et lymphocytes), absence de cristaux, de cylindres et de parasites. Compte de germes > 10⁴/ml. Compte d'Addis : 80 000 leucocytes/mn, 150 000 hématies/mn. Uroculture : stérile.

Hémocultures : isolement dans 3 hémocultures d'un *Staphylococcus aureus* méticilline sensible..

Radiographie thoracique : ITN.

Abdomen sans préparation ; absence de calcification abdominale.

Echographie abdominale : refoulement vésical.

Echographie testiculaire : hydrocèle bilatéral.

Questions :

Quels sont les diagnostics à porter ?

Quel est le point de départ probable de la septicémie à staphylocoques ?

Quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic de la maladie causale ?

Quels sont les traitements que vous allez prescrire ?

Quelles sont les préventions des deux affections ?

Discussion

Il s'agit d'une septicémie à *Staphylococcus aureus* chez un malade présentant une filariose lymphatique chronique : éléphantiasis des membres et du scrotum, hydrocèle bilatéral, chylurie, manifestations tardives dues au blocage lymphatique par les macrofilaires (FA).

La filariose lymphatique à *W. bancrofti* est répandue à travers le monde : Afrique, Amérique, Caraïbes, Asie, océan Indien (Madagascar, Comores), Iles du Pacifique (*W. bancrofti* variété *pacifica*). En Asie, la filaire en cause est *Brugia malayi*. Vavatenina, située sur la côte est de Madagascar, est dans la zone d'endémie de la filariose lymphatique à *Wuchereria bancrofti* (prévalence estimée à 28%).

Les vecteurs de la filariose lymphatique sont à la fois les Culex (en particulier *Culex quinquefasciatus*), les Anopheles, les Aedes et les Mansonia.

Le ver adulte (FA) vit dans les vaisseaux lymphatiques de l'homme qu'il obstrue, les embryons ou microfilaires (mf) dans la lymphe et le sang.

La circulation sanguine des mf se fait selon un rythme circadien préférentiellement nocturne. La latence clinique de la filariose lymphatique est étonnante et le malade consulte souvent en zone d'endémie à un stade avancé : éléphantiasis, chylurie témoignant de fistules lympho-urinaires, comme dans l'observation rapportée. C'est souvent à l'occasion de complications infectieuses que le malade consulte : il s'agit ici d'une septicémie à staphylocoques dont la porte d'entrée est probablement cutanée. Au niveau de l'éléphantiasis, la peau épaisse se couvre de bourrelets séparés par des sillons au fond desquels une macération favorise les surinfections bactériennes et mycosiques.

Le diagnostic est, au stade de filariose chronique, clinique. Le diagnostic de certitude est rarement apporté au stade chronique par la mise en évidence des mf dans le sang et dans les urines, même en répétant les examens. La recherche de mf était ici négative (sang, urines). La sérologie filarienne (IFI, ELISA) est peu contributive (nombreuses réactions croisées). Elle est positive dans le cas présenté à 1/640^{ème} en IFI (seuil de positivité : 1/80^{ème}). La recherche par ELISA de l'antigène OG4C3 est spécifique de *W. bancrofti*, mais nécessite un laboratoire spécialisé.

Le traitement de la septicémie à staphylocoque comprend obligatoirement en une bithérapie par oxacilline (BRISTOPEN®) 100 mg/kg/j, et aminoside (gentamicine [GENTALLINE®]) 3mg/kg/j les 5 premiers jours, le staphylocoque étant méti-S. Il a été associé un traitement local par un antiseptique (permanganate de potassium). L'évolution a été favorable, le traitement par oxacilline a été poursuivi 15 jours. Il n'y avait pas de localisation métastatique septique évidente.

Compte tenu de l'ancienneté de la maladie et de l'absence de mf, aucun traitement microfilaricide n'est à priori utile. Il a été prescrit de l'albendazole (ZENTEL®) à la dose de 400 mg, 2 fois par jour, pendant 21 jours. L'albendazole est, en effet, avec l'ivermectine (MECTIZAN®) un microfilaricide. La diérthylcarbamazine [DEC] (NOTEZINE®) est actuellement abandonnée à titre curatif.

Au traitement microfilaricide est actuellement associé un traitement macrofilaricide par doxycycline basé sur l'existence chez *W. bancrofti* d'une bactérie endosymbiotique *Wolbachia*. La doxycycline est prescrite à la dose de 200 mg/j pendant 8 semaines. En pratique, le traitement de la filariose chronique est chirurgical. Il comporte la réduction des tissus éléphantiasiques, un recouvrement par greffes dermo-épidermique et la ligature des fistules lymphatiques. Aucun traitement chirurgical n'a été fait ici.

La prévention, dans les pays où il n'y a ni onchocercose, ni loase, comme Madagascar, est basée sur la prise unique et annuelle pendant 4 à 6 ans de 2 médicaments

- albendazole 400 mg + DEC 6 mg/kg,
- (ou) albendazole 400 mg + ivermectine 200 µg/kg,

dans le cadre du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique. En pratique, il est pratiqué 5 à 6 campagnes de traitements dits Administration Massive de Médicaments (AMM).

Rappelons que la co-infection loase-filariose lymphatique (et loase-onchocercose) est un obstacle sérieux au traitement de masse de l'onchocercose et de la filariose lymphatique dans les pays africains en cas de forte prévalence de la loase et de charges élevées en mf.

Références

Aubry P, Touze J.E. Filariose lymphatique. Cas cliniques en Médecine Tropicale. Les Duraulié édit., 1990, pp. 6&-63.

Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Une grosse bourse. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format Utile. Editions Varia. 2001, pp. 130-133.

OMS. Filariose lymphatique. *REH*, 2003, 78, 171-179.

OMS. Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique : rapport sur l'administration massive de médicaments, 2010. *REH*, 2011, 86, 377-388.



Figure 1- Eléphantiasis du membre inférieur gauche

Professeur Pierre Aubry. Texte revu le 29/09/2011.