

## Isosporose à *Isospora belli* chez un Burundais : cas clinique

### Observation

Un homme, de nationalité burundaise, âgé de 33 ans, est hospitalisé au CHU de Bujumbura pour des céphalées et une fièvre d'apparition récente et une diarrhée chronique datant de plus de 3 mois. Ce malade est connu du service. Il a, en effet, présenté il y a 2 ans un zona intercostal et il y a 6 mois une méningo-encéphalite à cryptocoques traitée par fluconazole (Triflucan®). Il n'y a pas eu de traitement d'entretien. La sérologie VIH est positive.

La température est à 38°C. Il n'y a pas de syndrome méningé franc. Le malade a maigri de 8 kg depuis 6 mois (poids antérieur connu).

### Examens para cliniques

- NFS : hyperleucocytose à 10 200/mm<sup>3</sup> dont 57% de polynucléaires neutrophiles.

- VSH : 82 mm à la première heure.

- Ponction lombaire pratiquée à l'entrée : LCR clair, contenant 5 éléments/mm<sup>3</sup>, avec une hyperprotéinorachie à 0,86 g/L et une hypoglycorachie à 0,23 g/L ; présence de levures encapsulées à la coloration à l'encre de Chine, antigènes capsulaires positifs au 1/64<sup>ème</sup>, culture sur milieu de Sabouraud positive à la 72<sup>ème</sup> heure : on identifie *Cryptococcus neoformans* sur galeries de levures Pasteur.

- Examens parasitologiques de selles négatifs.

- Diagnostic apporté par le lavage aspiration duodénal et les biopsies duodénales pratiqués sous endoscopie digestive haute au 12<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation qui montrent des oocystes de forme ovale, réfringents, avec une double paroi, mesurant 25 à 30 µm x 12 à 19 µm (figure 1).

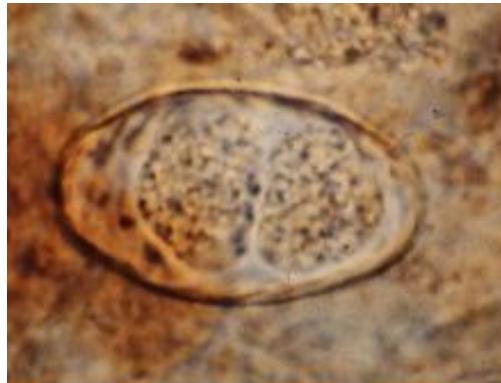


Figure 1- Oocystes de forme ovale, réfringents, avec une double paroi, mesurant 25 à 30 µm x 12 à 19 µm.

### Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quels sont les principaux parasites en cause dans la diarrhée du sida ?
- 3- Quel est le parasite le plus souvent en cause dans une diarrhée chronique de gravité modérée ?
- 4- Quelles sont les méthodes diagnostiques de cette parasitose ?
- 5- Quels sont les parasites intestinaux qui sont cause d'un syndrome de malabsorption intestinale au cours du sida ?
- 6- Quel traitement faut-il prescrire ?
- 7- Quelle est la prévention ?

## Discussion

1- Il s'agit d'un malade présentant un sida diagnostiqué il y a 6 mois lors d'un premier épisode de méningo-encéphalite à cryptocoques, mais révélé il y a 4 ans par un zona intercostal.

La rechute de la cryptococcose était prévisible chez ce malade qui n'a pas bénéficié d'un traitement antirétroviral et n'a pas eu de traitement d'entretien.

Le malade est traité, dès le diagnostic de la rechute de cryptococcose, sous Triflucan® per os 400 mg/j. L'évolution est rapidement favorable sur le plan clinique : disparition de la fièvre et des céphalées au 5<sup>ème</sup> jour et mycologique : disparition des cryptocoques dans le LCR au 20<sup>ème</sup> jour.

Mais, le problème actuel est celui d'une diarrhée au cours du sida pour laquelle le diagnostic est apporté par le lavage aspiration duodénal qui montre des oocystes de forme ovalaire, réfringents, avec une double paroi, mesurant 25 à 30 µm x 12 à 19 µm, caractéristiques d'œufs d'*Isospora belli*.

2- Le sida a révélé ou a donné un regain d'actualité à des infections parasitaires, microbiennes, mycosiques ou virales, causes de diarrhée. Les deux parasites le plus souvent en cause sont *Cryptosporidium parvum* et *Isospora belli*. Ce dernier parasite est cause d'une diarrhée chronique.

3- Des oocystes d'*Isospora belli* ont été ici mis en évidence. *Isospora belli* est l'agent de l'isosporose. L'isosporose est une coccidiose intestinale affectant plus particulièrement les sujets immunodéprimés en zones tropicales et subtropicales. *Isospora belli* est l'unique espèce en cause. C'est un protozoaire invasif, qui parasite seulement l'homme. Il siège au niveau du duodéno-jéjunum. La transmission se fait par ingestion des oocystes émis dans les selles.

3- L'isosporose entraîne des diarrhées non sanglantes avec céphalées, fièvre, douleurs abdominales, déshydratation, perte de poids, hyperéosinophilie sanguine inconstante. Des cas d'isosporose extra-intestinale ont été rapportés chez des patients atteints de sida (atteinte ganglionnaire [ganglions mésentériques et médiastinaux], atteinte du chorion, de la rate, du foie, des sinus, du cholédoque).

4- Le diagnostic est basé sur la mise en évidence d'oocystes dans les selles après concentration (technique de Junod) et/ou sur l'examen du liquide d'aspiration duodénale et sur l'examen anatomo-pathologique des biopsies duodénales recueillies lors d'une endoscopie digestive haute. Celles-ci permettent d'affirmer le rôle pathogène du parasite : elles montrent une atrophie villositaire et, de manière inconstante, des parasites dans les cellules épithéliales après colorations standards. La diarrhée chronique de l'isosporose est une diarrhée par malabsorption intestinale.

5- Les diarrhées par malabsorption intestinale au cours du sida sont dues à *Isospora belli* et à *Strongyloides stercoralis*, agent de l'anguillulose maligne bien connue chez l'immunodéprimé.

6- Le traitement repose sur le triméthoprime-sulfaméthoxazole prescrit à la dose de 2 comprimés par jour (Bactrim-Forte®) pendant 7 jours chez l'adulte immunocompétent, de 4 comprimés par jour pendant 10 jours chez l'immunodéprimé (infection à VIH/Sida), suivi par un traitement prophylactique de 1 comprimé 3 fois par semaine. Le nitazoxanide (Cryptase®) peut être prescrit à la dose de 2 comprimés à 500 mg/j pendant 7 jours. L'isosporose entraîne un tableau clinique moins grave que la cryptosporidiose et, étant sensible au triméthoprime-sulfaméthoxazole, elle est nettement plus accessible au traitement anti-infectieux.

7- L'isosporose est une maladie à transmission féco-orale et sa prévention est celle du péril fécal.

## Références

Curry A., Smith H.V. Emerging pathogens : *Isospora*, *Cyclospora* and microsporidia. *Parasitology*, 1998, 117 (Suppl. S1), 71-74.

Desportes-Livage I., Detry A. Infections à microsporidies, *isospora* et *sarcocystis*. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-503-A-10, 2005.

Verdier R.I., Fitzgerald D.W., Johnson W.D., Pape W.P. Trimethoprim-sulfamethoxazole compared with ciprofloxacin for treatment and prophylaxis of *Isospora belli* and *Cyclospora cayetanensis* infection in HIV-infected patients. A randomized controlled trial. *Ann. Intern. Med.*, 2000, 132, 855.

Professeur Pierre Aubry. Texte revu le 20/12/2013.