



Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Toxocarose ou larva migrans viscérale chez un métropolitain : cas clinique

www.medecinetropicale.com

Observation

Un homme de 35 ans, de nationalité française, a fait un séjour de 3 semaines au Cameroun. Il a suivi régulièrement une chimioprophylaxie antipalustre par LARIAM®. Il consulte 3 mois après son retour pour une asthénie invalidante, des douleurs abdominales siégeant au niveau de l'hypocondre droit, un prurit localisé aux fesses et aux quatre membres.

A l'examen clinique, on note des lésions de grattage aux zones prurigineuses. L'examen est par ailleurs normal. Il n'y a ni hépato ni splénomégalie. La température est à 37,4°C.

Examens paracliniques :

VSH : 10 mm à la première heure, CRP < à 5 mg /l.

NFS : globules blancs : polynucléaires neutrophiles : 10 200/mm³, polynucléaires éosinophiles : 1 920/mm³.

Recherche d'hématozoaires : négative

Gamma GT : 55 UI/l ; transaminases normales.

Radiographie thoracique : ITN

Echographie abdominale : zones hypoéchogènes au niveau du foie, à contours flous.

Examens parasitologiques des selles (trois examens) avec technique de Baermann : négatifs

Etude du culot urinaire : absence d'œufs de parasites:

Biopsie de muqueuse rectale : absence d'œufs de parasites

Sérologie des helminthiases en cours.

Questions

Quelle est votre démarche diagnostique?

Quel est le cycle évolutif de cette maladie ?

Quelle est la clinique de cette maladie ?

Comment faire un diagnostic de certitude ?

Quel traitement prescrivez-vous ?

Quelle est la prophylaxie ?

Discussion

A la symptomatologie clinique (éruption prurigineuse, douleurs de l'hypocondre droit, asthénie) s'associent une hyperéosinophilie sanguine (1 920/mm³) et des images intra-hépatiques évoquant des lésions granulomateuses.

Une helminthiase a été d'emblée suspectée. Les manifestations cliniques étant survenues à distance de l'exposition au risque (12 semaines après), trois examens parasitologiques de selles avec technique de Baermann ont été demandés à la recherche de larves d'anguillules, d'œufs d'ascaris ou d'ankylostomes. Ils sont négatifs. De même, une étude du culot urinaire et une rectoscopie avec biopsies de muqueuse rectale (BMR) ont été pratiquées : elles ne montrent pas d'œufs de schistosomes.

Il faut alors demander des sérologies orientées par la clinique et l'origine géographique pour les parasitoses pour lesquelles il existe une sérologie fiable : anguillulose, schistosomoses, distomatose à *Fasciola hepatica*, filarioses, toxocarose, trichinellose, cysticerose,

Seul, le sérodiagnostic de la toxocarose revient positif en technique ELISA et est confirmé par Western-Blot.

La toxocarose ou larva migrans viscérale est une zoonose parasitaire cosmopolite due à la présence chez l'homme de larves d'ascaris de chiens (*Toxocara canis*) ou plus rarement de chats (*Toxocara cati*) ou, encore plus rarement, de larves de nématodes d'animaux sauvages à l'origine de syndromes cliniquement proches. Chez le chien adulte, les larves sont en situation d'impasse parasitaire, comme chez l'homme. Mais, chez les chiennes gestantes, les larves contractées avant la gestation, peuvent soit devenir adultes dans le tube digestif, soit être transmises par voie transplacentaire ou par la lactation aux chiots. Un cycle parasitaire complet se déroule chez les chiots de moins de 3 mois, non vermifugés, aboutissant à la présence d'œufs dans les selles. L'homme se contamine en ingérant des œufs embryonnés dans le milieu extérieur avec de la terre (géophagie), de l'eau ou des aliments souillés par les déjections des chiots. Ce sont donc surtout les jeunes enfants qui sont infectés (aires de jeu, bacs à sable) (figure 1).

Le taux de prévalence est dans les pays industrialisés de 2 à 5% en milieu urbain, de 37% en milieu rural. Il est très élevé en milieu tropical : il a été noté à 86% chez les enfants de moins de 15 ans à Sainte-Lucie et à 92,8% chez l'adulte à La Réunion.

La toxocarose réalise deux tableaux cliniques :

1) Les formes majeures comprennent le syndrome de larva migrans viscérale (LMV), la toxocarose oculaire et la toxocarose neurologique.

- la LVM ou toxocarose viscérale associe des signes généraux (fièvre, asthénie, amaigrissement), des œdèmes de la face, des signes cutanés (urticair, prurigo, ...), une hépatomégalie, des signes pulmonaires (la toxocarose est une des étiologies du syndrome de Loeffler), des troubles digestifs. Elle se voit surtout chez les enfants avec des antécédents de géophagie et des contacts intimes avec un chiot.

- la toxocarose oculaire est due à une seule larve, donc est unilatérale, révélée par une baisse de l'acuité visuelle de l'œil atteint,

- la toxocarose neurologique est due à une infection du système nerveux central, elle est rare, elle se traduit par une épilepsie, une méningo-encéphalite, une myélite, une encéphalopathie, une méningo-radculite, une méningo-myélite. Des cas de méningites à éosinophiles ont été rapportés.

2) Les formes mineures réalisent la toxocarose commune, souvent asymptomatique (dite occulte ou cachée) révélée alors par une hyperéosinophilie sanguine ou avec une symptomatologie discrète faite d'asthénie, de prurit isolé ou éruptions prurigineuses, de douleurs de l'hypocondre droit (comme dans le cas présenté).

Chez l'adulte, la toxocarose peut revêtir des masques tout à fait atypiques, notamment respiratoires avec des opacités alvéolo-interstitielles diffuses simulant un « lâcher de ballons ».

Le diagnostic de la toxocarose viscérale s'appuie sur l'hyperéosinophilie sanguine, l'élévation des IgE (taux > 150 UI/ml), le dosage des IgE spécifiques témoignant d'une infection récente, le sérodiagnostic : test ELISA dont le résultat est à interpréter avec prudence chez l'adulte. En effet, ce test est très souvent positif chez l'adulte en raison de la fréquence des contacts avec un chiot et doit être confirmé par un Western Blot, plus spécifique. En cas de toxocarose oculaire, le diagnostic est difficile : absence d'hyperéosinophilie sanguine, sérologie négative, il faut rechercher les anticorps spécifiques dans les prélèvements oculaires (humeur aqueuse, vitré). Dans la toxocarose neurologique, l'hyperéosinophilie sanguine est souvent absente : le diagnostic repose sur l'hyperéosinophilie rachidienne, l'IRM encéphalique, la découverte d'une larve dans le LCR ou un immunodiagnostic positif dans le LCR.

Le traitement curatif repose sur l'albendazole (Zentel®) 10 mg/kg/j pendant 5 à 10 jours, traitement de référence ; l'ivermectine (Stromectol®) à la dose de 200 µg/kg/1 jour ; le mébendazole (Vermox®) ou le flubendazole (Fluvermal®) à la dose de 25 mg/kg/j pendant 21 jours.

En cas de toxocarose sans atteinte oculaire ou neurologique, traiter par albendazole seul.

En cas de toxocarose oculaire ou neurologique, prescrire une corticothérapie : prednisolone 1,5 mg/kg/j pendant 4 à 6 semaines, suivie éventuellement d'un traitement antihelminthique si les lésions n'ont pas régressé. En effet, le traitement parasitaire aggrave les lésions du fait de la lyse des

parasites. Un examen ophtalmologique systématique est donc nécessaire avant tout traitement d'une toxocarose (les lésions ophtalmologiques peuvent être infracliniques).

Dans le cas présenté, le traitement prescrit a été l'albendazole. Il a entraîné une guérison clinique et biologique à un mois de suivi.

Ce malade vit en France à la campagne, a plusieurs chiens irrégulièrement vermifugés et il s'est probablement infecté chez lui avant son séjour au Cameroun.

Un cas de larva migrans viscérale avec atteinte hépatique a été rapporté en 2017 chez un homme de 61 ans vivant à La Réunion. La toxocarose était associée à un purpura thrombocytopénique auto-immun thrombocytopénique (TTP) dû à la présence d'auto-anticorps anti-ADAMTS13. Il s'agit d'un cas unique de LVM et de TIP « simultanés » qui a permis aux auteurs de discuter les relations entre les antigènes d'helminthes et l'immunité.

La prophylaxie de la LMV repose sur la vermifugation des chiots à 15 jours d'âge, puis tous les mois jusqu'à six mois. Il faut interdire aux chiens les aires de jeux et les bacs à sable.

Références

- Magnaval J.F., Michault A., Calon N., Charlet J.P. Epidemiology of human toxocariasis in La Réunion. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1994, 88, 531-533.
- Touze J.E., Peyron F, Malvy D. Asthénie avec hyperéosinophilie. *Médecine Tropicale au quotidien*. 100 cas cliniques. Format Utile. Editions Varia, mars 2001, pp 134-137.
- Pelloux H., Faure O. Toxocarose de l'adulte. *Rev. Med. Interne*, 2004, 25, 201-206.
- Magnaval J.F., Glickman L.T. Toxocarose: actualités diagnostiques et thérapeutiques. *La lettre de l'infectiologue*, 2006, 21, 73-82
- Sauvet P., Graffin B., Leyral G., Chemsy M., Paris J.F., Carli P. Poumon eosinophile en métropole, ne pas oublier la toxocarose. *La Presse Médicale*, 2005, 34, 1713-1714.
- Rey P., Bredin C., Carrère C., Froment N., Casassus-Builbe D. Toxocarose hépatique pseudo tumorale. *La Presse médicale*, 2005, 34, 1715-1716.
- Bourée P. Larva migrans, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-518-A-10; 2010.
- Bonnefond S. Foucher A, Zunic P, Hoarau G, Magnaval J-F. Atypical presentation of hepatic visceral larva migrans mimicking cancer and associated with ADAMTS13 deficiency-mediated thrombotic microangiopathy: a first report from Reunion island. *PLOS neglected tropical diseases* 2017, <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005617>

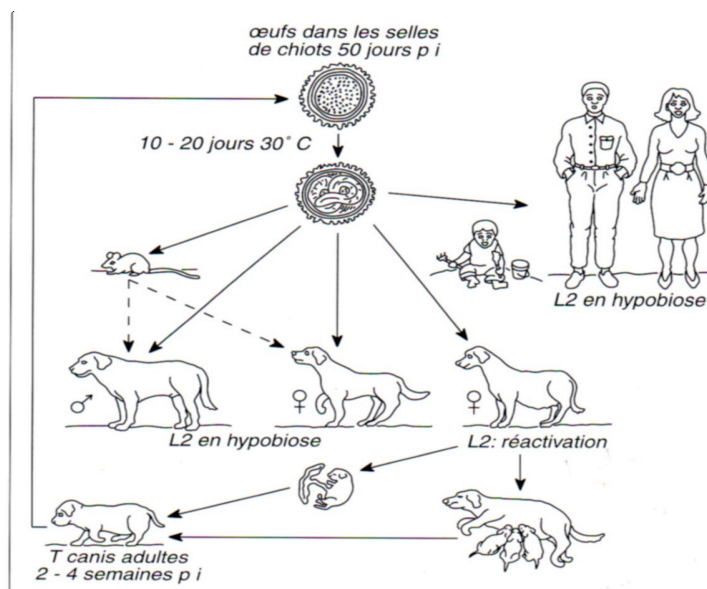


Figure 1- Cycle de la toxocarose

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 06/11/2017.