

## Anguillulose maligne fatale et listériose chez un patient sous corticothérapie

S. Fayeulle<sup>1</sup>, T. Alves<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de médecine interne gériatrique, <sup>2</sup>Service des Urgences, Groupe hospitalier Est Réunion, 97470 Saint-Benoît, Réunion.  
s.fayeulle@gher.fr

**Contexte.** Nous rapportons un cas d'une co-infection listériose anguillulose chez un patient sous corticothérapie inhalée au long cours et par voie générale de façon séquentielle.

Un homme de 75 ans aux antécédents de BPCO, flutter, HTA, ulcère gastroduodéal et anguillulose traitée en mai 2011, est hospitalisé en janvier 2012 pour broncho-pneumopathie traitée par antibiothérapie et corticothérapie par voie générale. Puis en février, devant une exacerbation de BPCO et une entérite (ulcérations duodénales aphtoïdes), il reçoit à nouveau une antibiothérapie et une corticothérapie. En mars, il est réadmis pour altération de l'état général, dyspnée, fièvre à 40°C, vomissements. Le tableau évolue rapidement vers un choc septique avec défaillance multiviscérale. Les éléments paracliniques sont alors : 500 polynucléaires éosinophiles, PCT 375 ng/mL, lactates 10 mmol/L, hémocultures positives à *Listeria monocytogenes*, larves de *Strongyloides stercoralis* dans le lavage bronchoalvéolaire et l'examen parasitologique des selles. Le scanner du corps entier montre : discrète hyperhémie méningée, pneumopathie bilatérale, rate et reins de choc avec ischémie colique étendue. Malgré la prise en charge en service de réanimation, l'évolution est rapidement défavorable en quelques heures dans un tableau de défaillance multiviscérale.

**Discussion.** L'anguillulose est une nématodose, endémique dans les régions tropicales, le plus souvent bénigne, asymptomatique pendant plusieurs années. Son réservoir est l'homme. Cette parasitose évolue en trois temps avec à la phase d'invasion, une éruption papuleuse au point d'inoculation et un prurit ; à la phase de migration larvaire, une toux irritative, un syndrome de Loeffler ; et à la phase d'état, un syndrome douloureux abdominal. Une hyperéosinophilie modérée y est associée. Sa recherche se fait par la répétition d'examens parasitologiques des selles par la méthode de Baermann.

L'anguillulose maligne se démasque à l'occasion d'immunodépression induite ou acquise (HTLV1, VIH, corticothérapie, traitement immunosuppresseur). Il s'agit d'une défaillance multiviscérale secondaire à la dissémination larvaire, associée à un sepsis sévère. La mortalité est élevée, de 50 à 87%. Son traitement repose sur les antiparasitaires per os, tels ivermectine, ou albendazole.

*Listeria monocytogenes*, bacille Gram négatif, aérobie - anaérobie est ubiquitaire et tellurique. Les sujets à risque sont les immunodéprimés. La listériose, occasionne fièvre, troubles digestifs, atteintes du système nerveux. La létalité s'élève à 20 - 30%.

La corticothérapie augmente le risque infectieux en altérant les réponses inflammatoires et immunitaires. Listériose et anguillulose font partie des principales infections rapportées dans la littérature médicale chez les patients recevant une corticothérapie prolongée. Leur association, non rapportée dans la littérature, à notre connaissance, entraîne t-elle une potentialisation réciproque ?

Compte tenu de la brièveté de son évolution, il n'a pas été procédé à la recherche d'une co-infection avec l'HTLV-1 et HIV, qui doit être systématique chez les porteurs d'anguillules, ainsi que chez les porteurs d'anguillules en échec répété de traitement.

**Conclusion :** L'anguillulose est une parasitose fréquente à La Réunion, y compris dans sa forme maligne, dont les symptômes peuvent être confondus avec ceux d'autres pathologies. Son évolution reste redoutable en l'absence de traitement par voie parentérale. Des recherches bactériologiques systématiques sont impératives, pour dépister des co-infections, telle la listériose.