

Découverte fortuite d'une anguillulose maligne mortelle.

K. Mechergui (markari@live.fr), M. Caujolle, D. Drouet, J. Jabot, B. Bouchet, D. Vandroux, B-A Gaüzère. Service de réanimation polyvalente, Centre hospitalier Félix Guyon, CHR de La Réunion, 97405 Saint-Denis.

Cas : Monsieur R. âgé de 82 ans, aux antécédents d'HTA, d'AC/FA paroxystique, d'AVC avec hémiparésie gauche séquellaire, de néoplasie de prostate (stade Gleason 2), de lithiase rénale gauche œsophagite ulcérée, et deux ulcères bulbaires, est hospitalisé en urologie le 4/02/2011 pour une rétention aiguë d'urine en rapport avec son cancer de prostate. Le lendemain, il présente des pics fébriles et le 7/02, un ECBU revient positif à 10^6 *Enterococcus faecalis* ; un traitement antibiotique (ofloxacine) associé à une corticothérapie (prednisolone 60 mg/j) est débuté. Le 13/02 il présente une hypotension artérielle avec passage en fibrillation auriculaire et hypoxémie motivant le transfert en service de cardiologie, puis en réanimation pour état de défaillance multiviscérale avec anasarque. Après ventilation mécanique et mise sous amines pressives, une hémofiltration continue est débutée. Le 18/02 il présente un purpura en nappe péri ombilicale dans un contexte de thrombopénie à $45\ 000/\text{mm}^3$. Le 20/02, à J7 d'une antibiothérapie élargie, un lavage bronchoalvéolaire (LBA) de routine en raison d'une aggravation des constantes biologiques évoquant un nouveau processus infectieux est réalisé qui montre à l'examen direct la présence inattendue de larves d'anguillules. Le diagnostic d'anguillulose maligne favorisée par une corticothérapie systémique est alors retenu, d'autant que l'étiologie de la défaillance multiviscérale n'était pas clairement établie. Un traitement oral par albendazole (400 mg/j) est instauré pendant 3 jours. L'évolution est rapidement défavorable et le patient décède 8 jours après son admission en réanimation. Il est à noter que les hémocultures sont revenues stériles et que le taux polynucléaires éosinophiles est resté dans les valeurs normales, hormis une légère ascension le jour de la réalisation du LBA et le jour du décès.

Discussion : *Strongyloides stercoralis* est présent dans la plupart des régions tempérées chaudes et tropicales humides. Seule helminthiase opportuniste, l'anguillulose peut devenir maligne en cas de déficit de l'immunité cellulaire : sujets infectés par le HTLV1 et patients soumis à une corticothérapie, plus rarement au cours de l'infection à VIH/SIDA. Il existe alors un emballement des cycles d'infections avec présence abondante de larves dans tout l'organisme (tube digestif, foie, reins, système nerveux central, poumons). L'anguillulose maligne associe des troubles digestifs, un anasarque avec une hypoalbuminémie, des manifestations systémiques notamment pulmonaires, neurologiques et cardiaques se conjuguant en une défaillance multiviscérale souvent fatale. Il n'y a pas d'hyperéosinophilie et des septicémies d'origine digestive peuvent compliquer l'évolution à la faveur des lésions de la muqueuse intestinale. Des aspects pseudo chirurgicaux peuvent égarer le diagnostic (syndrome occlusif). On note fréquemment une anémie et une éosinopénie témoignant de l'immunodépression. *Strongyloides stercoralis* accomplit chez l'homme un cycle complexe. Après infestation, les larves strongyloïdes atteignent le poumon via la circulation veineuse ou lymphatique, traversent activement la barrière alvéolocapillaire. Dans le cas présent, ce n'est pas à ce stade qu'elles ont été isolées, mais au stade de diffusion générale maligne. Le cycle interne d'auto infestation explique la longévité du parasite dans le corps humain pendant plusieurs dizaines d'années.

Outre l'examen sérologique, le diagnostic de l'anguillulose repose habituellement sur la mise en évidence des larves par la technique de Baermann, qui utilise le thermotropisme et l'hygrotopisme des larves, dans les selles, dans le liquide gastrique, dans les expectorations. Le diagnostic est exceptionnellement une découverte fortuite dans le lavage broncho alvéolaire. Enfin, le rash pétéchial péri ombilical que présentait le patient a déjà été décrit chez un patient immunodéprimé atteint d'anguillulose maligne et serait donc évocateur.

Références

- Kalb R.E, Grossman M.E – Periumbilical purpura in disseminated strongyloidiasis. JAMA, 1986, 256, 9, 1170-1171.
- Salluh JI, Bozza FA, Pinto TS, Toscano L, Weller PF, Soares M. Cutaneous periumbilical purpura in disseminated strongyloidiasis in cancer patients: a pathognomonic feature of potentially lethal disease? Braz J Infect Dis. 2005 Oct;9(5):419-24. Epub 2006 Jan 6.

