

L'anguillulose: circonstances d'infestation et d'évolution vers la forme maligne

Anguillulosis: circumstances of infestation and evolution towards the malignant form

Raja Jouini, Raoueh Hedhli, Fatma Khanchel, Mèriem Sabbah, Dorra Trad, Imen Hlel, Wafa Koubaa, Olfa Khayat, Ehsen Ben Brahim, Achraf Chadli Debbiche,

Hôpital Habib Thameur / faculté de médecine de Tunis,

RÉSUMÉ

Introduction : L'anguillulose est une parasitose digestive ubiquitaire. Elle est rare en Tunisie. Elle due à un ver rond, strongyloïde stercoralis, dont le gîte naturel est la muqueuse duodéno-jéjunale. Sa forma maligne est rare mais elle représente une affection potentiellement fatale.

Objectif : Nous rapportons un cas d'anguillulose maligne survenue dans un contexte d'immunodépression.

Observation : Le cas que nous rapportons est celui d'un homme âgé de 46 ans traité au long cours par corticothérapie pour maladie de Takayasu. Il était hospitalisé pour un syndrome digestif aigu, rapidement, évolué vers un tableau de défaillance multiviscérale, une septicémie et le décès du patient. L'analyse histologique des biopsies digestives réalisées a montré une anguillulose oeso-gastroduodénale.

Conclusion : L'anguillulose est une parasitose peu fréquente mais qui peut poser un problème de santé surtout dans sa forme maligne mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Mots-clés

Anguillulose maligne, strongyloïde stercoralis, histologie

SUMMARY

Introduction : Anguillulosis is a ubiquitous digestive parasitosis. Rare in Tunisia, it is due to a round worm, strongyloid stercoralis, whose natural lodging is the duodeno-jejunal mucosa. Its malignant form is rare but it represents a potentially life-threatening disease.

Aim : We report a case of malignant anguillulosis occurring in a context of immunosuppression.

Observation : The case we report is about a 46-year-old man treated by a long-term corticosteroid therapy for Takayasu disease. He was hospitalized for an acute digestive syndrome. Biopsies were performed but the evolution was rapidly marked by multiorgan failure, sepsis and death of the patient. Histological analysis of the digestive biopsies concluded to an oeso-gastroduodenal anguillulosis.

Conclusion : Anguillulosis is a rare parasitosis but it can pose a health problem especially in its malignant form wich can be a life-threatening.

Key-words

Malignant anguillulosis, Strongyloid stercoralis, Histology

INTRODUCTION

L'anguillulose est une parasitose digestive ubiquitaire qui sévit dans les régions chaudes et humides, à bas niveau socio-économique et sanitaire (1). Elle affecte environ 370 millions de personnes dans le monde (2), mais elle est rare en Tunisie (3). Cette affection est due à un ver rond, *Strongyloides stercoralis* dont le gîte naturel est la muqueuse duodéno-jéjunale. L'atteinte d'autres segments digestifs, notamment gastrique, ainsi que les localisations extra-digestives sont observées essentiellement en cas d'anguillulose maligne (4) qui représente une affection potentiellement fatale.

L'objectif de cette observation est d'étudier les circonstances d'infestation de l'Homme et d'évolution vers la forme maligne à travers un cas d'anguillulose maligne survenu dans un contexte d'immuno-dépression.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un homme âgé de 46 ans, qui avait présenté, 10 ans auparavant, un accident vasculaire cérébral ischémique ayant révélé une maladie de Takayasu. Depuis, le malade était suivi en médecine interne et traité par des anti-inflammatoires stéroïdiens qui avaient induit un diabète. Il a consulté pour des douleurs abdominales diffuses et une diarrhée évoluant depuis moins d'une semaine. L'examen clinique trouvait une sensibilité abdominale diffuse et modérée. Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire biologique et une hypo albuminémie. Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale objectivait une oesophagite marquée, des lésions de gastropathie antrale et fundique atrophique et érythémateuse, ainsi que des gros plis duodénaux. Des biopsies étagées ont été réalisées et le patient a été mis sous traitement symptomatique, comportant un inhibiteur de la pompe à proton. L'analyse histologique révélait une anguillulose oeso-gastro-duodénale, caractérisée par la présence de sections de parasites enfouies dans le revêtement épithélial des muqueuses (figures 1 et 2). L'évolution était marquée par une altération rapide de l'état de la conscience et de l'état général, la survenue d'un méléna, d'une dyspnée et d'un état de choc septique. Le patient décédait dans un tableau de défaillance multiviscérale et d'une septicémie.

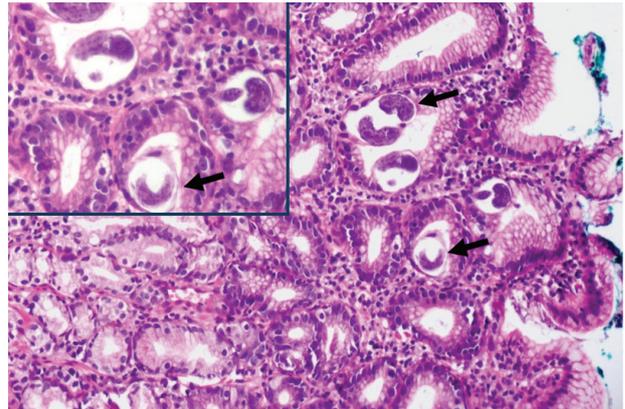


Figure 1 : Sections d'anguillules colonisant le revêtement épithélial des cryptes gastriques (HEx200), (HEx400)

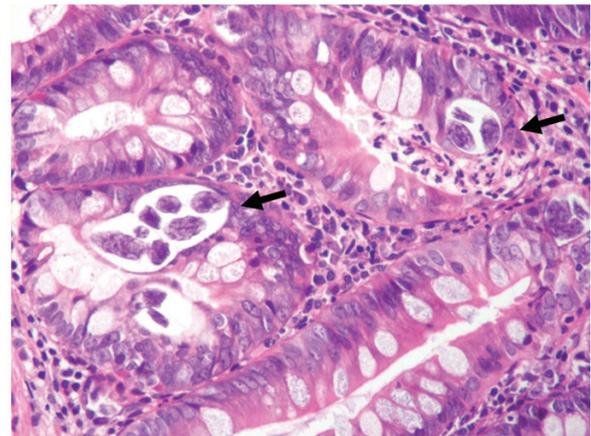


Figure 2 : Les sections d'anguillules sont enfouies dans l'épithélium des cryptes duodénales (HEx400)

DISCUSSION

L'anguillulose est une nématodose intestinale ubiquitaire. La voie d'infestation habituelle chez l'homme, principal réservoir du parasite, est la peau suite à son contact avec les larves infestantes du sol. Le parasite atteint par la suite le poumon via la petite circulation et monte vers les voies respiratoires supérieures. Il est finalement avalé, atteignant alors son dernier gîte qu'est l'intestin grêle, où les larves passent à la forme adulte (5). Un phénomène endogène d'auto-infestation du porteur sain peut survenir. Dans ce cas, des larves non infestantes peuvent se transformer dans la lumière intestinale ou dans la région périnéale en larves infestantes. Ces dernières pénètrent à travers la muqueuse intestinale pour rejoindre le poumon et atteindre finalement l'intestin grêle, passant alors au stade adulte (6).

En cas d'immunodépression, ce phénomène endogène d'auto-infestation est amplifié ; l'hyperinfestation qui s'en suit, aboutit à l'anguillulose maligne.

Chez le patient immunocompétent, la symptomatologie clinique est souvent absente ou réduite à des manifestations digestives peu spécifiques (douleurs abdominales, vomissements ou diarrhée) et/ou à des manifestations cutanées (éruption prurigineuse) ou pulmonaires (toux sèche, dyspnée). L'estomac n'est pas un gîte habituel du parasite. Ce dernier se développe à ce niveau à la suite d'une augmentation du pH, ce qui favorise la migration rétrograde des larves infestantes à partir du duodénum (4). Chez notre patient, la prise de corticoïdes au long cours, puis d'inhibiteurs de la pompe à proton seraient des facteurs augmentant le pH gastrique et favorisant ainsi la migration du parasite vers l'estomac. L'anguillulose maligne survient habituellement dans un contexte de déficit immunitaire (7) et comporte deux formes. La première est l'anguillulose d'hyperinfestation. Elle est liée à une migration importante des larves strongyloïdes qui infestent les viscères, notamment le poumon (8). La deuxième forme est l'anguillulose disséminée dont la localisation la plus fréquente est pulmonaire et la plus grave est le système nerveux central. Elle est à l'origine, comme dans notre observation, d'une défaillance multiviscérale et d'une septicémie à germes Gram négatifs. Le phénomène de translocation bactérienne s'explique par le rôle vecteur des parasites traversant la muqueuse intestinale (9). Dans notre observation, l'évolution fatale dans un tableau de défaillance multiviscérale et de septicémie était vraisemblablement potentialisée par les pathologies auto-immunes dont la maladie de Takayasu et le diabète.

Le diagnostic d'anguillulose repose essentiellement sur un bon interrogatoire à la recherche d'un séjour en zone d'endémie. Il est confirmé par l'analyse parasitologique des selles. Des tests sérologiques peuvent être également demandés. La technique par polymérisation en chaînes (PCR) aide à la détection du parasite même lorsque la charge est faible et, au suivi après traitement (10). Le diagnostic histologique est posé de manière fortuite chez des patients ayant bénéficié d'une fibroscopie digestive avec des biopsies à la recherche d'autres pathologies, notamment d'une infection à *Helicobacter pylori*. *Strongyloides stercoralis* se présente alors sous forme d'œufs de 30 à 50 µm délimités par une fine cuticule transparente, de larves et de femelles adultes (11).

CONCLUSION

Le cycle d'auto-infestation de l'anguillulose explique la pérennisation de la maladie en l'absence d'une nouvelle contamination et l'émergence possible de formes malignes qui mettent en jeu le pronostic vital du patient. Les manifestations cliniques sont dans ce cas polymorphes et le diagnostic est souvent retardé.

RÉFÉRENCES

- Schar F, Trostdorf U, Giardina F, Khieu V, Muth S, Marti H, et al. Strongyloides stercoralis: Global distribution and risk factors. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7(7):e2288.
- Bisoffi Z, Buonfrate D, Montresor A, Requena-Mendez A, Munoz J, Krolewiecki AJ, et al. Strongyloides stercoralis: A plea for action. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7(5):e2214.
- Siala E, Toumi I, Beltaieb J, Boulehmi N, Zallega N, Aoun K, et al. Evolution de la prévalence des parasitoses digestives dans la région de Tunis de 1996 à 2012. *Tunis Med*. 2015;93(11):687-91.
- Mahassadi K, Doukouré B, Boka BM, Kissi H, Bathaix F, Attia KA, et al. Anguillulose gastrique et immunodépression liée au VIH : à propos d'un cas. *Revue Bio-Africa*. 2008;5:40-3.
- Mokhlesi B, Shulzhenko O, Garimella PS, Kuma L, Monti C. Pulmonary strongyloidiasis : the varied clinical presentations. *Clin Pulm Med*. 2004;11:6-13.
- Page W, Judd AJ, Bradbury SR. The unique life cycle of Strongyloides stercoralis and implications for public health action. *Trop Med Infect Dis*. 2018;3(2):53.
- Perez P, Debourgogne A, Valloton T, Nani A, Barraud H, Machouart M. Risque d'anguillulose maligne chez un patient présentant une sarcoïdose. *Ann Biol Clin*. 2013;71(2):211-4.
- Daoudal P, Ribier G, Numeric P, Desbois N, Ramialison C. L'anguillulose maligne, cause rare de défaillance multiviscérale. *Presse Med*. 2002;31(26):1216-7.
- Pinatelle P, de Monbrison F, Bedock B. Anguillulose disséminée avec parasitémie chez un patient sous corticothérapie. *Med Mal Infect*. 2009;39(4):267-9.
- Montes M, Sawhney C, Barros N. Strongyloides stercoralis: there but not seen. *Curr Opin Infect Dis*. 2010; 23(5):500-4.
- Rivasi F, Pampiglione S, Boldorini R, Cardinale L. Histopathology of gastric and duodenal Strongyloides stercoralis locations in fifteen immunocompromised subjects. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130(12):1792-8