

Appel téléphonique pour conseil sur traitement d'une toxocarose

Contexte d'hyperéosinophilie majeure avec entérocolite sévère.

Sérologie toxocarose positive (de même que la sérologie ascaris).

Est-il chasseur ?

Monsieur T – 50 ans

- ❖ Appendicectomie
- ❖ Ostéotomie + ménisque genou gauche il y a 5 ans
- ❖ Hernie inguinale droite opérée il y a 15 ans
- ❖ Pas d'allergie
- ❖ Pas de traitement

Habitus :

Tabac (5 cigarettes/jour), alcool occasionnel

Conseiller commercial

TURQUIE juin 2009 (15 jours)

HDM : Préparation par ses soins (découpe) d'une fondue de cerf le 28.11.2009.

3 personnes en ont mangé sans problème particulier.

Le 04.12 :

Fièvre + sueurs + diarrhée profuse (6 selles liquides verdâtres sans glaire ni sang)

Asthénie majeure

Douleurs articulaires des MI sans nette douleur musculaire

Persistance d'une diarrhée et d'une AEG majeure

Syndrome fébrile s'amende lentement

Le 10.12 :

21 740 GB – 11 100 éosinophiles – Hb 130 - VS 44

Le 15.12 :

Radiographie pulmonaire et échographie abdominale =>
Normales

Le 18.12 :

20 900 GB – 12 200 éosino

267 000 plaquettes – créatinine 106 $\mu\text{mol/l}$

Albumine 29 g/l – alpha 2 globulines 10,5 g

IgE 7 700

Distomatose, échinococcose négatives

Toxocarose, ascaris \oplus

Copro, parasito = pas d'agent pathogène

Le 19.12 :

AEG/Abattu

Hémodynamique stable mais TA autour de 10/6

Apyrétique

☑ poids 70 kgs (- 5 kgs)

Qq arthromyalgies MI

Souffle systolique parasternal G

discrètes céphalées (sans signe neurologique focal)

Pas d'œdème

Débord hépatique 2 TD

Insuffisance veineuse MI

ECG ≈ normal

Biologie :

10 250 leuco - 4 510 éosinophiles (44 %)

132 g d'Hb - 488 000 plaquettes

VS 44 - CRP à 10 - CPK 875

Iono – créat normaux

Transaminases limites 45/67

Absence de cholestase

Traitement :

Albendazole 400 mg x 2 pendant 14 jours

Prednisone 60 mg/j pdt 7 jours

Le 29.12 :

+ 2 kgs / va mieux

Asymptomatique

Examen satisfaisant

13 600 GB - 3 500 éosinophiles (26 %)

Hb 122 - Plaquettes 342 000

VS 43 - CRP 26

Iono – Créat – Amylasémie normaux – Gamma GT à 2N

CPK 627

LDH 369

**CNR : Elisa trichinelles ⊕ à taux élevé (en ↗ sur 2^{ème} sérum) et
WB ⊕**

Pas de reste de viande

Demande de NFS pour les autres convives

La trichinellose

Plusieurs espèces de trichinella en fonction des hôtes :

spiralis, pseudospiralis, nelsoni, britovi, navita

Touche : sangliers, chevaux, rats, porcs, renards, ours, hyènes, lions, panthères, ... (mammifères carnivores et omnivores).

Oiseaux carnivores

Cycle :

Larves vivantes dans les muscles

↓ *Sucs gastriques*

Libération de l'enveloppe kystique

↓ *2 à 3 jours*

Vers adultes intestin grêle

↓

Femelles fertilisées envahissent épithélium intestinal

↓ *1500 larves/femelle*

Larves migrent par voie veino-lymphatique vers les muscles striés

↓

Paroi kystiques

↓

Survie de plusieurs années - mort et calcification

Epidémiologie :

- ❖ Endémique dans le nombreux pays d'Europe de l'Est et du Sud
- ❖ 2 400 cas en France depuis 1975 - 5 morts
- ❖ Contamination par viande parasitée insuffisamment cuite (65° à cœur plus de 2 minutes)
- ❖ Détruit par congélation (au moins 3 semaines à au moins – 20 °)

Clinique :

- Incubation de quelques jours
- Symptômes digestifs : diarrhée, douleurs abdominales

Puis

- Signes systémique (migration larvaire) :
Fièvre, malaise, asthénie, myalgies diffuses, œdème du visage
(rash, céphalées, œdèmes extra-faciaux, hémorragie sous-conjonctivale)
- Pendant 2 semaines puis disparition progressive mais AEG, faiblesse, manifestations musculaires et allergiques peuvent persister plusieurs semaines
- Infestations massives peuvent être mortelles
- Interrogatoire, TIAC, produits de la chasse

Biologie :

Hyperéosinophilie importante

↗ CPK, ↗ LDH

Sérologie à partir 3^{ème} semaine

Possibilité de biopsie musculaire (6^{ème} semaine)

Traitement :

ALDENDAZOLE 10 mg/kg 8 à 14 jours

+/- corticoïdes 1 mg/kg 7 à 15 jours

(état toxi-infectieux sérieux, hyperéosinophilie franche)

Prévention :

- ✓ **Contrôle vétérinaire (viande porc – cheval)**
- ✓ **Cuisson à cœur**
- ✓ **Sanglier en civet ou daube**
- ✓ **Pas de viande « exotique » : Phacochère / ours**
- ✓ **Congélation « industrielle » des viandes suspectes**

Principales étiologies des hyperéosinophilies :

Polynucléaires éosinophiles circulants en nombre > à 0,5 g/l

>Allergies : souvent < 1,5 g/l

Asthme, rhinite, eczéma, urticaire, œdème angioneurotique

>Parasites :

* Helminthiase en phase systémique :

Ascariidose, distomatose, trichinose

* LMV

* Eosino inconstante ou modérée :

Helminthiases sans phase systémique (oxyurose, trichocéphalose, taeniasis)

Hydatidose/Toxoplamose/Myases

* Zone tropicales :

Anguillulose, ankylostome, bilharziose, amibiase hépatique, filaires)

>Maladies cutanées :

- * Dermatoses atopiques, psoriasis, dermatoses bulleuses
- * Gale, toxidermie

>Médicaments :

Antibiotiques, antituberculeux, antifongiques, psychotropes, antiparasitaires, anti-épileptiques, ADO, Cytotoxiques, AINS

>Infections bactériennes :

Scarlatine, pneumococcie, salmonellose, tuberculose, aspergillose

>Maladies digestives :

Crohn, RCH, Whipple, hépatite chronique active

>Cancers :

Paranéoplasiques, surtout quand nécrose tumorale ou dissémination métastatique

Moins de 1 % des patients atteints de néoplasie

>Maladie systémiques :

PAN, Churg et Strauss

>Hématologiques :

Hodgkin, LMNH

Syndrome myéloprolifératif

Leucémie aiguë

Syndrome hyperéosinophilique

Non malignes : *récupération d'agranulocytose, post-allogreffe, post-GVH, post splénectomie*

>Toxiques et agents physiques :

Tabagisme chronique

Radiations ionisantes

Hémodialyse

Phosphore, mercure, benzène