

**LATENCE CLINIQUE
ET PARASITAIRE DANS LES FILARIOSES
A *LOA LOA* ET A *ONCHOCERCA VOLVULUS***

Par J. THOMAS, C. CHASTEL et L. FORCAIN (*)

Le délai d'apparition des manifestations cliniques et la période « prépatente » ou de « latence parasitaire » sont très difficiles à préciser au cours des filarioses à *Loa loa* et à *Onchocerca volvulus* dont la grande longévité est par contre bien connue. Dans les 2 observations de loase que nous présentons cette latence a été complète, respectivement pendant 9 et 16 ans. Dans un cas d'onchocercose au contraire les premières manifestations sont apparues très précocement, environ 40 jours après la contamination.

PÉRIODE DE LATENCE DE LA LOASE

OBSERVATION de M. CHRISTIAN. — Gendarme, né dans les Charentes en 1932, hospitalisé en décembre 1967 à l'occasion d'un prurit tenace des membres inférieurs apparu 3 mois auparavant. La loase est facilement reconnue en raison de la migration d'une filaire adulte sous la conjonctive palpébrale inférieure gauche. Examen clinique par ailleurs normal. Absence d'éosinophilie sanguine. Constatation, au cours de plusieurs examens de sang prélevé au milieu de la journée, de microfilaries *Loa loa* (38 pour 10 ml. de sang). Aucune autre anomalie biologique n'est mise en évidence en dehors d'une augmentation des IgA. Examen ophtalmologique normal. L'exploration systématique des différents appareils ne permet de déceler aucune atteinte (fonctions rénales et hépatiques, appareils respiratoire et cardio-vasculaire, E. E. G., E. M. G., etc.). Apparition d'une violente céphalée lors de la première prise (25 mg.) de diéthylcarbazine (D. E. C.). La poursuite du traitement se fait sans incident (doses progressives pendant 15 jours puis 400 mg. par jour pendant 10 jours) et permet d'obtenir la disparition des microfilaries. La guérison se maintient depuis 2 ans : absence de manifestations cliniques et de microfilaries au cours de contrôles réguliers.

Ce sujet a fait un séjour en République Centre-Africaine en 1951 à l'occasion de son service militaire. Il a alors participé à des manœuvres en brousse. Depuis cette époque il n'a quitté la France que pour un séjour de 5 ans (1957-1962) en Oranie où la loase n'existe pas. Gendarme scrupuleux il a noté dans un carnet tous les épisodes pathologiques qu'il a présentés. Son livret médical est également riche en détails. Or aucune des manifestations présentées jusqu'alors ne peut être attribuée à la loase.

(*) Séance du 11 février 1970.

Les examens de sang pratiqués au cours de ces 16 ans n'ont montré ni éosinophilie ni microfilaires. Nous pouvons donc admettre que nous avons observé les premières manifestations de cette filariose 16 ans après la contamination.

Cette observation confirme la grande longévité de la filaire *Loa loa* qui peut atteindre 15 ans et probablement plus. Par contre, cette longue et complète latence de la parasitose (16 ans) est inhabituelle, les manifestations se produisant en général chez les Européens après plusieurs mois de séjour dans une région endémique et plus volontiers après 1 an. Parfois la loase est découverte plus tardivement, quelques années après la contamination. Mais il est alors en général très difficile d'affirmer la latence complète de la parasitose jusqu'à l'accident révélateur. L'excellente tolérance du parasitisme pendant une aussi longue durée peut être expliquée par la bonne « adaptation » du parasite à son hôte. Celle-ci expliquerait également l'absence d'éosinophilie sanguine au moment de l'examen chez ce sujet par ailleurs en bonne santé. Plusieurs auteurs ont proposé, pour expliquer la différence de tolérance de la loase suivant les sujets, l'hypothèse d'un parasitisme soit par des filaires « humaines » bien adaptées n'entraînant guère de réactions de l'hôte (rareté des accidents allergiques, nombreuses microfilaires dans le sang), soit par des filaires « animales », en particulier « simiennes » mal adaptées et responsables de réactions de la part des tissus parasités (accidents allergiques fréquents, rareté ou absence de microfilaires dans le sang). L'infestation de notre sujet par des filaires « humaines » expliquerait ainsi l'absence d'éosinophilie sanguine, la longue et complète latence et la grande longévité du parasite. L'apparition de manifestations cliniques discrètes (prurit), la migration d'un adulte sous la conjonctive 16 ans après la contamination pourraient témoigner de la « souffrance » des parasites adultes après un si long parasitisme silencieux. En effet la migration dans le tissu sous-cutané des filaires adultes est souvent constatée au début du traitement par la diéthylcarbazine. La facilité avec laquelle la guérison a été obtenue permet de penser que le parasitisme était effectivement parvenu à son terme.

Dans un autre cas nous avons également constaté une longue latence de ce parasitisme :

OBSERVATION de S. PIERRE. — Neuf ans après un séjour dans le Nord du Gabon, au cours desquels aucune manifestation pouvant être rattachée à la loase ne s'est produite, est apparu un œdème migrateur qui s'est reproduit pendant 5 mois. La constatation d'une éosinophilie, d'une microfilarémie notable (450 par 10 ml. de sang) permettent d'affirmer avec certitude cette filariose qui a guéri après 2 cures de D. E. C.

PÉRIODE DE LATENCE DE L'ONCHOCERCOSE

OBSERVATION de M. GÉRARD. — Jeune militaire de 22 ans. Le 6 juin 1967 épisode fébrile ($38^{\circ}5-39^{\circ}$), accompagné d'asthénie, persistant 5 jours. Apparition simultanée d'une éruption faite de macules érythémateuses, prurigineuses, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 1 demi-franc. Les premiers éléments sont situés au niveau de la région scapulaire droite puis en 1 mois s'étendent à tout le membre supérieur droit et à la moitié droite du thorax. Nombreux mais non confluents ils persistent sans modification jusqu'au 13 juillet, date à laquelle le sujet est hospitalisé à l'occasion d'une amibiase colique. Outre l'éruption, l'examen met en évidence plusieurs adénopathies axillaires bilatérales de petit volume. État général excellent. Constatation d'une éosinophilie sanguine : le 13 juillet 840 éosinocytes par millilitre, le 24 juillet 1.740 éosinocytes par millilitre. Mise en évidence de microfilaires d'*Onchocerca volvulus* dans les prélèvements cutanés pratiqués au niveau de l'épaule droite et de la jambe. I. D. R. à l'antigène filarien positive de même que le test de Mazotti (25 mg. de D. E. C.) qui entraîne une exacerbation du prurit, une augmentation des lésions cutanées et une congestion conjonctivale. Aucun autre parasitisme n'est mis en évidence au cours des recherches systématiques. Examen ophtalmologique normal. Absence de kystes onchocerquiens décelables. Discrète augmentation des IgA et des IgM. A l'occasion d'une cure de D. E. C. l'éruption cutanée s'efface. Mais le prurit persiste de même que l'éosinophilie sanguine et les microfilaires dermiques. Le Mel W (500 mg., I. M) suivi d'une deuxième puis d'une troisième cure de D. E. C. permet d'obtenir la guérison : après une augmentation initiale, l'éosinophilie sanguine disparaît ; les microfilaires sont désormais absentes des biopsies cutanées. Traitement très bien toléré (D. E. C. notamment sans anomalie) Au cours des premiers jours de la deuxième cure de D. E. C. une éruption érythémateuse transitoire est constatée au niveau des avant-bras, des mains et des cuisses. Le prurit disparaît définitivement. Guérison contrôlée depuis 2 ans.

Le moment de la contamination peut être précisé. En effet le seul séjour dans une région d'endémie onchocerquienne a eu lieu du 24 au 30 avril 1968. Il s'agit d'une excursion touristique dans le sud du Tchad où il accompagnait son père. A la même époque ce dernier présente une période d'invasion bilharzienne. Chez notre malade l'éruption cutanée est donc apparue environ 40 jours après la contamination, toute autre possibilité de contact avec des simulies infestées pouvant être écartée avec certitude.

Le délai entre la contamination et les premières manifestations cliniques de l'onchocercose est très difficile à évaluer. Il ne saurait être question de le déterminer chez les autochtones vivant habituellement dans une région endémique. Il peut être apprécié très approximativement chez les sujets originaires de pays indemnes d'onchocercose et venant habiter dans une région endémique : il est alors évalué au minimum à 6 ou 8 mois, plus habituellement à 1 an ou 1 an 1/2. Mais dans ces cas le moment exact de la contamination ne peut être précisé. D'ailleurs ces sujets sont soumis à des contami-

nations répétées dues à la proximité des gîtes de simulies. L'observation que nous présentons montre que cette période peut être courte : environ 40 jours avant l'apparition des premières manifestations cliniques (l'origine onchocerquienne de l'éruption et du prurit apparaissant très probable) et 70 jours avant la constatation de microfilaires dans le derme (nature onchocerquienne certaine).

RÉSUMÉ

Deux observations de loase confirment la très grande longévité de ce parasite chez l'homme. Dans un cas la première manifestation (prurit puis migration d'une filaire adulte sous la conjonctive palpébrale) s'est produite 16 ans après la contamination et dans le second 9 ans plus tard (œdème migrateur). La latence complète pendant une aussi longue période est inhabituelle au cours de cette filariose.

Une observation d'Onchocercose chez un Européen montre que la période muette de ce parasitisme peut être courte : apparition des premiers signes cliniques 40 jours après la contamination, constatation de microfilaires dermiques au 70^e jour.

SUMMARY

The authors report two cases of loasis with an unusual length of the latency observed between the contamination and the first parasitic and clinical manifestations: 16 years and 9 years respectively.

In addition, in 1 case of onchocerciasis it was established that initial clinical disorders occurred 40 days and microfilarias were found 70 days after the contamination in Africa.

Discussion.

L. C. BRUMPT. — Ces observations ont un très grand intérêt. Les symptômes de la loase dépendent du mode de réaction de l'hôte parasité.

1^o Certains sujets allergiques présentent des œdèmes de Calabar.

2^o Chez d'autres il est possible de voir les macrofilaires se déplacer sous la peau sans œdème d'accompagnement.

3^o Enfin la loase peut être totalement latente ce qui semble plus fréquent chez les Africains que chez les Européens comme dans les cas signalés ici.

4° La présence des microfilaires est également très variable selon les sujets parasités. Leur présence ou leur absence est sans rapport direct avec les manifestations dues aux macrofilaires.

Il faut aussi remarquer que l'intervalle de 16 ans constitue une longévité assez inhabituelle pour la *Loa loa*. Ceci montre l'apport scientifique non négligeable de l'exercice de la médecine tropicale hors des pays d'endémie. Le second chapitre intéressant est la date d'apparition extrêmement précoce des microfilaires dans l'onchocercose.

LA DIPHÉTARSONE, MÉDICAMENT ACTUEL DE LA TRICHOCÉPHALOSE

Par J. P. GARIN, J. DESPEIGNES,
R. WOEHRLE et P. AMBROISE-THOMAS (*)

Le Trichocéphale est l'un des parasites intestinaux les plus fréquents puisque les différentes statistiques françaises le mentionnent dans 13 à 20 0/0 des cas.

En règle générale, la Trichocéphalose est asymptomatique et on tend à considérer comme négligeable le rôle pathogène d'un parasite aussi banal que *Trichuris trichiura*. Dans certains cas cependant (hyper-parasitisme, surtout chez l'enfant) ce parasite peut causer différents troubles qui justifieraient l'administration d'un traitement spécifique. Malheureusement, nous ne disposons pas de médicament actif contre le Trichocéphale qui, enfonçant son extrémité antérieure effilée sous la muqueuse intestinale de son hôte, échappe à l'action des anti-helminthiques habituels. Seule la Dithiazanine (Deselmine Roussel) présentait une indiscutable activité contre le Trichocéphale : sa toxicité l'a fait retirer de la pharmacopée française.

Dans une note présentée en 1965, JUNOD faisait état d'excellents résultats obtenus dans 98 cas de trichocéphaloses traitées par la Diphétarsonne (Bemarsal ou 4763 R. P.). L'utilisation de ce médicament comme amœbicide de contact est déjà ancienne (SCHNEIDER et DUPoux, 1953) ; les très intéressantes possibilités qu'il offre dans le traitement de la Trichocéphalose ne paraissent pas avoir retenu l'attention. Reprenant la littérature mondiale à ce sujet, nous n'avons en effet trouvé qu'un seul travail dérivant de celui de JUNOD. Il

(*) Séance du 14 janvier 1970.