

Clinique

UN DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE POUR UNE HISTOIRE GABONAISE

Par O. BOUCHAUD & S. MATHERON (1) (2)

Porocephalosis: a rare cause of intra-abdominal calcifications.

Summary: We describe a case of porocephalosis diagnosed in a 50 year old Gabonese male hospitalized in France for a HIV-related renal insufficiency. A standard abdominal radiography showed numerous ring-shaped calcifications, predominantly in the hepatic area. This aspect was very suggestive of the diagnosis in a patient living in Central Africa and eating occasionally meat of snake. The parasites live normally in the lungs of snakes (python, *Bitis* sp.). People become infected in eating undercooked snake or in handling snakes. In the majority of cases, the disease is asymptomatic and diagnosis made accidentally as in the case of our patient.

OBSERVATION

M. R..., Gabonais vivant à Libreville, est hospitalisé le 14 août 1995 après son transfert en France pour bilan d'une insuffisance rénale de découverte récente.

Ce militaire de 50 ans, marié, 6 enfants, a comme antécédents une hépatopathie alcoolique, plusieurs accès palustres et la notion d'une sérologie VIH positive découverte 5 ans auparavant. L'insuffisance rénale à diurèse conservée avait été mise en évidence à l'occasion d'une hospitalisation à Libreville devant un tableau de douleurs abdominales, diarrhées, vomissements associés à de la fièvre, survenu quelques jours plus tôt.

A l'arrivée en France, l'état général est modérément altéré, les troubles digestifs et la fièvre ont disparu. L'examen clinique est sans particularité notable. Biologiquement, la créatinine est très élevée, à 1 640 $\mu\text{mol/l}$, avec une urée à 44,9 $\mu\text{mol/l}$. Le bilan hépatique est normal. L'hémogramme objective une anémie modérée normochrome, normocytaire, une neutropénie à 2 600 leucocytes et 152 000 plaquettes/ mm^3 . Une échographie abdominale réalisée dans le cadre de cette insuffisance rénale montre des reins de taille normale, sans obstacle visible, ainsi que de multiples micronodules hépatiques hyperéchogènes avec cône d'ombre. La radiographie d'abdomen sans préparation montre l'image ci-contre (fig. 1).



Fig. 1.

COMMENTAIRES

L'histoire racontée par le patient évoque une pathologie digestive aiguë survenant dans un contexte de bonne santé apparente, qui contraste avec l'élévation importante de la créatinine. L'abdomen sans préparation montre des images calcifiées abdominales et thoraciques basses évoquant une pathologie ancienne.

(1) Praticien hospitalier, service des Maladies infectieuses et tropicales (Pr COULAUD), Hôpital Bichat - Claude-Bernard.

(2) Note clinique n° 1719. Acceptée le 4 janvier 1996.

Ces lésions de 5 à 10 mm sont diffuses, mais prédominent à droite avec projection, notamment sur l'aire hépatique. Elles sont évocatrices de larves calcifiées avec un aspect caractéristique en anneaux ouverts ou en croissants à contours réguliers. Cet aspect est tout à fait évocateur de porocéphalose chez ce patient vivant en Afrique centrale et ayant confirmé rétrospectivement qu'il avait eu l'occasion de consommer de la viande de serpent (voir *infra*).

Dans cette histoire, la découverte de cette parasitose est totalement fortuite, révélée dans un contexte d'insuffisance rénale rapidement progressive liée à l'infection par le VIH (hyalinose segmentaire et focale glomérulaire à la ponction biopsie rénale). Le tableau abdominal initial est très probablement en rapport avec un épisode infectieux digestif banal dans ce contexte, mais totalement indépendant de la porocéphalose. Radiologiquement, le diagnostic différentiel ne se pose pratiquement pas. En effet, les calcifications séquellaires des distomatoses hépatiques sont de très petite taille, à contours réguliers et elles sont limitées à l'aire hépatique. Quant aux calcifications de l'hydatidose, de toute façon extrêmement peu probable compte tenu de l'origine géographique du patient, l'aspect est totalement différent avec des images linéaires en liseré autour d'une cavité kystique.

La porocéphalose (ou pentastomose) est une infection accidentelle de l'homme par la nymphe du porocéphale (*Porocephalus* ou *Armillifer armillatus*, *A. grandis* en Afrique). Ce ver annelé de plusieurs centimètres de long à l'état adulte, vit dans les voies respiratoires des gros serpents (python, *Bitis* sp.). Les œufs, rejetés dans le milieu extérieur par voie aérienne ou dans les excréments des reptiles, sont ingérés par l'hôte intermédiaire naturel (rongeurs). Les serpents se contaminent en consommant ces rongeurs parasites. Les hôtes intermédiaires accidentels, qui donnent lieu à une impasse parasitaire, sont les herbivores, les singes, ainsi que l'homme. Celui-ci s'infecte soit en ingérant des œufs déposés sur des végétaux ou sur la peau des reptiles, soit en consommant de la viande de serpents parasités insuffisamment cuite.

Une fois libérés dans le tube digestif, les larves vont gagner, en traversant la paroi intestinale, la cavité abdominale où elles se transforment en nymphes. Ces nymphes vont se localiser dans le péritoine, le mésentère et plus particulièrement sous la capsule de Glisson (ce qui explique l'aspect échographique chez notre patient), dans les poumons, les muscles, voire au niveau de l'œil ou du cerveau. La plupart du temps, les nymphes meurent sur place et sont soit résorbées, soit secondairement calcifiées. Dans la grande majorité des cas, l'infection est asymptomatique. Une hyperéosinophilie transitoire initiale est possible, mais elle restera inexplicée ou sera attribuée à une autre parasitose.

Quelques rares complications, dont le lien avec la porocéphalose n'a pas toujours été très bien documenté, ont été décrites : pulmonaires, péricardiques, hépatobiliaires, neuroméningées. Le diagnostic se fait dans la grande majorité des cas de façon fortuite devant l'aspect caractéristique des nymphes calcifiées sur un cliché thoracique ou un abdomen sans préparation ou au cours d'une laparotomie (découverte de formations nodulaires centrées par la nymphe vermiforme enroulée sur elle-même et entourée d'une coque fibreuse). Il n'y a aucun traitement médicamenteux connu et, en dehors des très rares cas de complications qui pourraient nécessiter une intervention chirurgicale, la découverte de cette parasitose ne doit donner lieu à aucune exploration complémentaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMY (D.), RANQUE (Ph.), DISCAMPS (G.), ROUGEMONT (A.) & QUILICI (M.). — La pentastomose humaine. *Méd. Trop.*, 1974, **34**, 273.
2. DELAHAYE (R.-P.). — *Radiologie tropicale et parasitaire*. Delachaux & Nestlé (Suisse), 1973, 417 p.
3. FAIN (A.). — The pentastomida parasitic in man. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 1975, **55**, 59.
4. GENTILINI (M.). — Pentastomoses. In : *Médecine tropicale*, pp. 711-712. Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1993.