

A propos de cinq nouveaux cas d'œdème onchocerquien.

J. P. Nozais, E. Caumes, A. Datry, F. Bricaire, M. Danis & M. Gentilini (1) (2)

(1) Département des maladies infectieuses, parasitaires et tropicales et de santé publique, CHU Pitié-Salpêtrière, 47 Boulevard de l'Hôpital 75652 Paris CEDEX 13, France.
(2) Manuscrit MR1996/026. Congrès SPE de l'île Maurice, novembre 1996. Accepté le 25 avril 1997.

Summary: About five new cases of onchocerciasis.

We report 5 cases of onchocerciasis presenting as limb's swelling collected in the tropical disease unit of a parisian hospital between 1982 and 1993. They are 5 men which have lived between 3 weeks and 4 years in forested areas of Cameroon in four cases and Côte d'Ivoire in one case. The incubation period varied from 5 months to 2 years. The limb oedema was always located to one arm. It was associated with a blood eosinophilia above 2000/mm³ in 4 of 5 patients. The skin detection of microfilaria of *Onchocerca volvulus* was positive in every case. The serodiagnostic tests were negative for indirect immunofluorescent assay and immunoelectrophoresis with exception of one patient. These patients were cured with ivermectine and/or diethylcarbamazine. In addition, 26 other cases described in the literature are discussed.

Résumé :

Les auteurs rapportent 5 nouvelles observations d'œdème unilatéral d'un membre supérieur avec prurit et lésions cutanées, d'origine onchocerquienne prouvée par la présence de microfilaries dermiques. Le sérodiagnostic a toujours été négatif.

26 autres cas ont été retrouvés dans la littérature avec présence de microfilaries d'*Onchocerca volvulus* dans 12 cas, les 14 cas restant étant rattachés à l'onchocercose en raison d'un test de MAZZOTTI positif. Dans 8 cas retrouvés à la Pitié-Salpêtrière, il existait un aspect particulier à l'analyse immunoelectrophorétique. Les 31 cas proviennent tous d'Afrique tropicale forestière, avec des durées de séjour variant de quelques semaines à plusieurs années et atteignent presque uniquement les Européens sans atteinte oculaire ni nodule.

Key-words: Onchocerciasis - Oedema - Pruritus - Upper limb - Europeans - Africa

Mots-clés : Onchocercose - Œdème - Prurit - Membre supérieur - Européens - Afrique

La présentation clinique de l'onchocercose chez les autochtones des foyers d'endémie en Afrique tropicale est bien connue, associant à des degrés divers prurit (gale filarienne), prurigo, hyperpigmentation, lichénification, aspect pachydermique, hypochromie parfois lenticulaire (peau de léopard), macarons rétrotrochantériens, adénopathies (aine pendante) et onchocercomes (1). Les atteintes oculaires, qui font toute la gravité de la maladie, sont d'apparition plus tardive.

Chez les sujets européens qui ont séjourné un temps restreint (de quelques jours à quelques mois) dans un foyer d'onchocercose, la maladie peut se révéler plusieurs années après avoir quitté la région d'endémie par des signes moins évocateurs : prurit (le plus fréquent), hyperéosinophilie sanguine, ou œdème unilatéral d'un membre avec prurit et lésions cutanées (2). Nous en rapportons 5 observations dont l'origine onchocerquienne a été affirmée par la mise en évidence de microfilaries dermiques d'*Onchocerca volvulus*.

Observations (tableau 1)

Ces 5 observations ont été colligées entre 1982 et 1993 dans le service de maladies tropicales de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris.

La durée du séjour en région d'endémie chez les 5 malades varie de trois semaines à 28 ans. Quatre fois sur cinq, il s'agit d'un séjour en zone forestière camerounaise, le cinquième malade

Tableau 1.

5 cas de lymphoœdème de membre avec BCE positive (microfilaries d'*Onchocerca volvulus*) observés à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière entre 1982 et 1993.

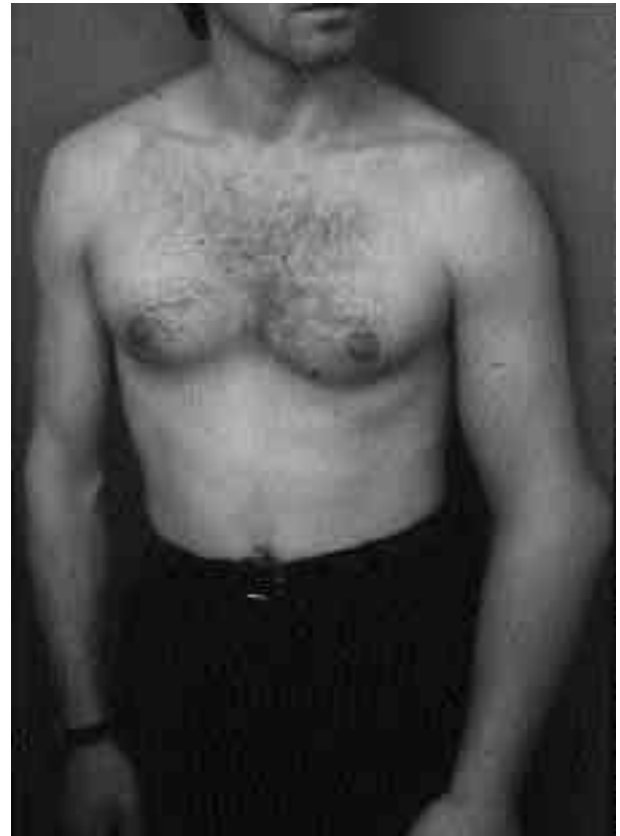
| sexe | lieu de contamination | durée de séjour | durée d'incubation | siège de la lésion | éosinophilie sanguine/ml | sérologie par IFI | traitement |
|------|-----------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|------------|
| M | Cameroun | 18 mois | 5 mois | MSD | 370 | 0 | Notézine® |
| M | Cameroun | 4 mois | 2 ans | MSD | 5290 | 0 | Mectizan® |
| M | Côte d'Ivoire | 28 ans | - | MSD | 3650 | 0 | Mectizan® |
| M | Cameroun | 3 semaines | 18 mois | MSG | 10630 | 1/100 | Notézine® |
| M | Cameroun | 4 ans | 2 ans | MSD | 2180 | IE + | Notézine® |
| | | | | | | 0 | Mectizan® |
| | | | | | | | Notézine® |

BCE : biopsie cutanée exsangue ; IE : immunoelectrophorèse ; IFI : immunofluorescence indirecte ; MSD : membre supérieur droit ; MSG : membre supérieur gauche

a résidé au sud-est de la Côte d'Ivoire, là aussi en pleine région forestière.

La durée d'incubation varie de cinq mois à deux ans pour quatre malades. L'œdème siègeait au membre supérieur.

Cliniquement, les malades présentaient un œdème inflammatoire et prurigineux s'étendant soit à la totalité du membre y compris l'épaule et la main, soit seulement au bras et à l'avant-bras (figures 1 & 2). La peau tendue par l'œdème, chaude, était le siège d'une éruption micro-papuleuse et de lésions de grattage. Le reste de l'examen clinique était normal, en particulier il n'y avait ni nodules sous-cutanés palpables ni atteinte oculaire subjective et objective (le fond d'oeil était normal). Il existait, sauf dans un cas, une hyperéosinophilie toujours supérieure à 2000 cellules/mm³. La biopsie cutanée exsangue (BCE), pratiquée au niveau du membre supérieur atteint, a tou-



jours été positive, affirmant ainsi l'origine onchocercienne de la lésion dermatologique. Par contre, il n'existait ni microfilières sanguicoles, ni anticorps sériques en immunofluorescence indirecte (IFI) (antigène *Dipetalonema vitae*, taux minima significatif égal à 1/200) et la recherche d'anticorps précipitants par immuno-électrophorèse est restée négative sauf dans un cas. Avant la mise au traitement, l'évolution des lésions s'est faite par poussées successives spontanément régressives en une semaine. Trois malades ont reçu de l'ivermectine (Mectizan®) (1 à 3 cures, à la dose de 2 comprimés à 6 mg en 1 prise à jeûn par cure) puis de la diéthylcarbamazine (Notézine®) (1 à 3 cures, à la dose de 400 mg/jour pendant 10 à 21 jours). La première cure d'ivermectine a entraîné les jours suivants une poussée urticarienne, une aggravation transitoire de l'œdème, une augmentation du chiffre de l'éosinophilie sanguine. Si les signes cliniques et biologiques ont totalement disparu en 3 mois pour 2 malades, le dernier n'a été guéri qu'en 16 mois. Le malade seulement traité par diéthylcarbamazine (3 cures) a vu disparaître ses microfilières dermiques plus d'un an après la 3ème cure. Le malade seulement traité par ivermectine a guéri en 7 mois.

Discussion (tableau 2)

En 1974, WOLFE *et al* rapportaient deux cas d'œdème unilatéral d'un membre survenu chez deux jeunes Américains ayant fait un séjour, l'un au Ghana un an auparavant, le second au Liberia 18 mois auparavant (12). Les lésions cutanées, intéressant le membre supérieur droit chez l'un et le membre inférieur gauche chez l'autre, consistaient en un œdème prurigineux s'étendant jusqu'à la main ou au pied. L'œdème était inflammatoire et présentait des papules. Il existait des adénopathies axillaires ou inguinales du côté atteint. Il n'y avait ni atteinte articulaire, ni nodules sous-cutanés, ni lésion oculaire. Il existait une hyperéosinophilie

sanguine, des anticorps hémagglutinants antifilariose à un titre significatif et la BCE pratiquée au niveau du membre atteint était positive pour *Onchocerca volvulus*. La guérison fut obtenue après plusieurs cures de diéthylcarbamazine. D'après ces auteurs, JOPLING en 1960 aurait décrit le même tableau clinique chez deux Anglais ayant séjourné en Ouganda. HARVEY en 1967 en rapportait 8 cas avec BCE positive chez des Européens ayant séjourné au Malawi (6).

En 1986, FEUILHADE DE CHAUVIN *et al.* en décrivent un cas chez un enfant ayant vécu au Cameroun ; l'origine onchocercienne fut suspectée sur la positivité d'un test de MAZZOTTI (4). Huit cas observés par l'un d'entre nous dans le service de médecine tropicale du CHU Pitié-Salpêtrière entre 1973 et 1986 sont colligés dans la thèse de GIANNOTTI (5). Seule la positivité du test de MAZZOTTI permettait de suspecter l'origine onchocercienne des lésions cutanées. L'immunofluorescence indirecte sur coupe de *Dipetalonema vitae* adulte fut négative dans les 8 cas, mais l'immuno-électrophorèse, utilisant des extraits d'organes génitaux et de

Tableau II.

Revue de la littérature sur onchocercose et lymphoedème de membre.

| auteurs et années | nb de cas | lieux supposés de contamination | siège de la lésion | BCE | sérologie | test de MAZZOTTI | |
|-------------------|-----------|---------------------------------|--|------------|-----------|------------------|-----------|
| JOPLING* | 1960 | 2 | Ouganda | MSD | + | NP | NP |
| HARVEY | 1967 (6) | 8 | Malawi | MS ou MI | + | NP | NP |
| WOLFE | 1974 (12) | 2 | Liberia, Ghana | MSD, MIG | + | + | (Hg) |
| FEUILHADE | 1986 (4) | 1 | Cameroun | MSD | 0 | + | (IFI) |
| GIANNOTTI | 1986 (5) | 8 | Cameroun, Zaire Nigeria | MSD ou MSG | 0 | 0 | (IFI) |
| HEID | 1994 (7) | 5 | Cameroun, Gabon Côte d'Ivoire Sierra Leone | NP | 0 | + | (1/5)(IF) |
| notre étude | 1995 | 5 | Cameroun Côte d'Ivoire | MSD ou MSG | + | 0 | (IFI) |

BCE : biopsie cutanée exisanche positive pour *Onchocerca volvulus* ;

MSD : membre supérieur droit ; MS : membre supérieur ;

MSG : membre supérieur gauche ; MI : membre inférieur ; NP : non précisé

Hg : hémagglutination ; IFI : immunofluorescence indirecte

* : cité dans (2)

liquide pseudocoelomique d'*Ascaris suum*, mit en évidence des arcs de précipitation dont la morphologie et le siège sur la plaque de migration ne correspondaient pas à ce qu'il est habituel de voir dans l'onchocercose ; nous n'avons pas retrouvé un tel aspect morphologique chez nos 5 patients. Enfin, en 1994, HEID *et al.* rapportaient 5 cas d'œdème segmentaires de membre avec prurit et urticaire observés en 12 ans à Strasbourg chez des Européens ayant vécu en zone d'endémie onchocerquienne (7). L'hyperéosinophilie (600-3000/mm³) était constante. La recherche de microfilières dermiques et sanguines a été négative. Le diagnostic d'onchocercose était évoqué sur la positivité du test de MAZZOTTI. Des biopsies cutanées ont mis en évidence chez les quatre patients biopsés un œdème dermique et un infiltrat à poly-nucléaires éosinophiles du derme réticulaire faisant, de ces œdèmes segmentaires de membre, une cellulite à éosinophile. Au total, avec les 5 cas faisant l'objet de cette publication, 31 cas ont été rapportés. L'origine géographique de la contamination était variable : Cameroun (13 fois), Malawi (8 fois), Côte d'Ivoire et Ouganda (deux fois), enfin Zaïre (une fois). Le vocable de gros bras camerounais pour désigner une telle symptomatologie est donc inapproprié. Dans 12 cas, le membre supérieur droit était atteint, dans cinq cas, le membre supérieur gauche, et dans un cas, le membre inférieur gauche. La BCE était positive dans 17 cas sur 31 (53 %) ; le test de MAZZOTTI était positif chez 21 malades (les 10 malades restant ayant une BCE positive). Précisé dans 21 cas, le sérodiagnostic était positif deux fois en hémagglutination, une fois en IF. La prédominance masculine est nette avec 19 hommes pour 4 femmes (8 non précisés). La durée du séjour en région d'endémie onchocerquienne variait de quelques semaines (trois semaines pour un de nos malades) à plusieurs années. Les signes cliniques sont apparus de cinq mois à quatre ans après le départ du patient de la région d'endémie. MAC CARTHY *et al.* ont comparé 20 malades nord-américains ayant résidé quelques années dans des foyers d'onchocercose à 21 malades originaires et vivant au sein de foyers d'onchocercose en Amérique centrale ; il constate la survenue des premiers symptômes (prurit et rash cutané) trois mois à trois ans après le départ de la zone d'endémie, l'absence de signes oculaires et de nodules sous-cutanés chez les Nord-américains, alors que ces dernières anomalies étaient respectivement présentes chez 14 et 17 des 21 sujets autochtones (8).

Cet œdème onchocerquien est presque toujours décrit chez des européens. Il s'agit d'un œdème peu douloureux mais prurigineux, unilatéral et atteignant surtout un des deux membres supérieurs ; il peut n'atteindre que le bras et l'avant-bras ou s'étendre à l'épaule, au poignet et à la main ; il entraîne une gêne à la mobilité des articulations sans arthrite. La peau recouvrant l'œdème est chaude et érythémateuse, siège d'une éruption papuleuse et de lésions de grattage. L'évolution spontanée se fait par poussées successives spontanément régressives. Il existe ou non des adénopathies satellites sans particularités et ne se présentant pas, dans les atteintes des membres inférieurs, sous l'aspect clinique de "l'aine pendante" (10). Il n'y a ni nodules sous-cutanés palpables, ni atteinte oculaire, ni lésions de dépigmentation (ou d'hyperpigmentation) cutanées, si banales dans les foyers d'endémie. (Mais les manifestations oculaires, comme la présence des onchocercomes et des modifications pigmentaires induites par un prurit chronique et prolongé, sont plutôt l'apanage d'infestation chronique et répété en zone d'endémie).

Le tableau clinique observé ici s'apparente plus à une forme "aiguë" d'onchocercose, a priori exempte de complications oculaires.

Biologiquement, l'hyperéosinophilie sanguine est quasi constante. Dans notre expérience de 13 cas (5 cas décrits ici plus 8 cas col-

ligés par GIANNOTTI) l'IFI est toujours négative ; l'immuno-électrophorèse est positive dans les 8 cas colligés par GIANNOTTI, mais l'aspect immunoélectrophorétique n'est pas celui habituellement rencontré dans l'onchocercose (5) (cependant chez un des cinq malades de la présente étude, l'aspect en immuno-électrophorèse est celui rencontré dans l'onchocercose). Dans l'expérience des auteurs strasbourgeois, l'IFI est positive dans un cas sur cinq avec deux arcs en immunoélectrophorèse.

Le test de MAZZOTTI à la diéthylcarbamazine (Notézine[®]) est positif non seulement dans l'onchocercose mais aussi dans d'autres filarioses comme la mansonellose due à *Mansonella streptocerca* et la loase. Cependant, les microfilières de *Mansonella streptocerca*, peu pathogène, sont très différentes de celles d'*Onchocerca volvulus* par leur taille (200 microns de long et 5 microns de large contre 300 microns sur 8 microns pour *O. volvulus*). En revanche, *M. streptocerca* présent au Zaïre, au Congo, au Gabon, au Cameroun, en République Centrafricaine et en Côte d'Ivoire peut être responsable, semble-t-il, d'œdèmes prurigineux atteignant l'épaule et le tronc et d'adénopathies (1). Le diagnostic de loase aurait également pu être évoqué chez les patients contaminés dans le bloc forestier centrafricain et ouest-africain, d'autant plus que l'œdème de Calabar est un œdème segmentaire de membre. Mais l'isolement de microfilières dans le derme dans l'onchocercose et l'aspect différent des microfilières d'*Onchocerca volvulus* et de *Loa loa* évitent la confusion. De toute façon, l'isolement d'*Onchocerca volvulus* dans le derme de 17 des 31 patients présentant un œdème de membre permet de rattacher cette forme clinique, dite du gros bras camerounais, à l'onchocercose. L'origine "forestière" de la contamination nous semble aussi évidente car les malades que nous avons étudiés et ceux décrits dans la littérature ont tous séjourné en zone de forêt. Il y a longtemps qu'ont été signalés les différences cliniques et évolutives existant entre l'onchocercose contractée dans les foyers forestiers et celle sévissant dans les foyers de savane (3, 10). Dans ces derniers, les cécités sont beaucoup plus fréquentes, les concentrations dermiques et cornéennes en microfilières plus élevées avec un plus grand nombre de porteurs de kérate sclérosante et d'iritis. Après avoir longtemps admis que la différence de gravité était en rapport avec le plus grand nombre annuel de piqûres infestantes par les insectes vecteurs, on considère actuellement qu'il existe des souches différentes d'*Onchocerca volvulus* correspondant à des espèces différentes de simulies dans des zones géographiques non semblables. En effet, des études isoenzymatiques de diverses souches du parasite ont montré des différences entre ces souches. D'autre part, on sait maintenant que *Simulium damnosum* est un complexe d'espèces simuliidiennes parmi lesquelles *S. yahense*, *S. sanctipauli* et *S. squamosum* sont les vecteurs de l'onchocercose en zone forestière tandis que *S. sirbanum* et *S. damnosum* ss transmettent exclusivement l'onchocercose des régions de savane (et ne peuvent transmettre *O. volvulus* provenant des foyers forestiers).

L'étude histologique des prélèvements biopsiques effectués au niveau des lésions cutanées avant traitement chez leur deux malades ont permis à WOLFE *et al.* de donner la première description des lésions histologiques du gros bras onchocerquien : épiderme intact avec des foyers disséminés de spongiose, derme papillaire scléreux et capillaires des papilles congestifs, nombreux fibroblastes dermiques et vaisseaux entourés d'éosinophiles, de lymphocytes et de plasmocytes ; dans le derme profond se trouvent des lymphatiques dilatés et entourés d'éosinophiles ; le derme est oedémateux avec présence de 3 microfilières d'*O. volvulus* (11). HEID *et al.* notent de même sur leur fragments biopsiques un œdème dermique avec un infiltrat du derme réticulaire par des éosinophiles avec un aspect de cellulite à éosinophiles ou syndrome de WELLS (7).

Quelle peut-être la pathogénie du gros bras camerounais ? Les vers adultes enfermés dans les nodules ou libres ne jouent qu'un rôle négligeable dans la maladie. Il n'en est pas de même des microfilaries en déplacement dans le derme (et les milieux oculaires). Cependant, le fait que l'intensité des signes cutanés ne soit pas corrélée avec l'importance de la microfilaridémie indique que la lyse des embryons dans le derme joue le rôle le plus important, de même que les phénomènes immunitaires qui accompagnent la résorption des microfilaries mortes avec développement d'une réponse inflammatoire chronique dans le derme (9). Quatre caractères importants sont retrouvés chez les malades présentant un gros bras onchocercarien : (a) il s'agit d'Européens et non pas de sujets ayant vécu toute leur vie dans un foyer d'onchocercose (cet aspect particulier au cours des filarioses chez les expatriés est connu aussi dans la loase, c'est l'"expatriate syndrome" d'OTTESEN (10), dans la filariose lymphatique) ; (b) ces malades ont fait un court séjour en zone d'endémie (pour l'un de nos malades, il semble que la contamination s'est effectuée en une seule journée lors d'une partie de campagne au bord d'un torrent des environs de Yaoundé car sa nièce qui l'accompagnait et qui n'est restée ensuite que deux semaines à Yaoundé avant de rentrer en France a, elle aussi, contracté une onchocercose révélée seulement par une hyperéosinophilie sanguine) ; (c) il existe toujours une incubation de plusieurs mois et souvent même de plus d'un an ; (d) il n'y a jamais de nodules. On peut donc penser que la contamination initiale a été faible (le nombre de piqûres infestantes n'étant pas très élevée chez ces Européens vivant en ville ou à distance des simules) et que c'est l'accumulation des microfilaries et la stimulation prolongée du système immunitaire par les embryons lysés qui ont entraîné l'apparition retardée des signes cliniques. Cette hypothèse est cependant insuffisante car elle n'explique pas l'unilatéralité des lésions qui n'atteignent qu'un seul membre sauf si l'on imagine que la réaction immuno-allergique reste limitée au membre qui a été le siège de la piqûre ?

Références bibliographiques

- CARME B - *Mansonellosis et dirofilarioses*. Encycl Méd Chir (Paris, France) Maladies Infectieuses 1988, 8113 A10 3
- CAUMES E & DANIS M - *Nématodoses de type filariose*. In : Dermatologie tropicale. Eds : Piérard G, Caumes E, Franchimont C & Estrada JG. Editions de l'université de Bruxelles AUFELF, Bruxelles 1993:364-370.
- DUKE BOL - Geographical aspects of onchocerciasis. *Ann Soc Belge Med Trop*, 1981, **61**, 179-186.
- FEUILHADE DE CHAUVIN M, POUGET F, BERNARDOU M, REVUZ J & TOURAINE R - Un gros bras camerounais. *Ann dermatol Venerol*, 1986, **113**, 971-972.
- GIANNOTTI A - *A propos de 8 cas de gros bras camerounais*. Thèse Médecine Paris, 1986, Université Paris VI Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière.
- HARVEY RJ - The early diagnosis and treatment of onchocerciasis. *Cent Afr J Med*, 1967, **13**, 242-245.
- HEID E, FRIEDEL J, KOESSLER A & GROSSHANS E - Onchocercose et syndrome de Wells. *Med Trop*, 1994, **54**, 423-424.
- MC CARTHY JS, OTTESEN EA & NUTMAN TB - Onchocerciasis in endemic and non endemic populations: differences in clinical presentation and immunologic findings. *J Inf Dis*, 1994, **170**, 736-741.
- MACKENZIE CD, WILLIAMS JF, SISLEY BM, STEWARD MW & ODAY J - Variation in host responses and the pathogenesis of human onchocerciasis. *Rev Inf Dis*, 1985, **7**, 802-808.
- OTTESEN EA - Filial infection. *Inf Dis Clin North America*, 1993, **7**, 619-633.
- PICO JS & PHILLIPPON B - *Onchocercose*. Encycl Méd Chir (Paris, France). Maladies Infectieuses 1981, 8112 A 50 10.
- WOLFE MS, PETERSEN JL, NEAFIE RC, CONNOR DH & PURTILO DT - Onchocerciasis presenting with swelling of limb. *Am J Trop Med Hyg*, 1974, **23**, 361-368.

Note

Depuis la rédaction de cet article, 3 nouveaux cas d'œdème onchocercarien nous ont été signalés : le premier cas chez une femme ayant séjourné plusieurs années au Cameroun. L'œdème prurigineux accompagné de papules s'étendait de l'épaule au bras gauche. Outre une hyperéosinophilie sanguine, la biopsie cutanée exsangue pratiquée au niveau du bras gauche a été positive. Pas de microfilaries sanguicoles. Le traitement par l'ivermectine a entraîné une recrudescence des signes cliniques, de l'éosinophilie sanguine. Les corticoïdes ont fait disparaître les symptômes (BLUM J., Institut tropical Suisse, Bâle, comm personnelle). Le second et le troisième cas concernent 2 expatriés ayant vécu au Cameroun. La prescription d'ivermectine seule chez le second malade ayant entraîné une aggravation temporaire et très gênante du prurit, des papules et de l'œdème a incité à prescrire pour le troisième malade des corticoïdes 2 jours avant et 2 jours après la prise d'ivermectine. Cette précaution s'est avérée utile en empêchant toute exacerbation post-thérapeutique des signes cliniques. Le collègue qui nous a transmis ces deux dernières observations propose donc la prescription de corticoïdes encadrant la prise d'ivermectine.

Commentaires en séance (congrès de l'île Maurice)

Intervention de M. Richard-Lenoble :

Quelques remarques qui n'ont pas la prétention de répondre aux interrogations diagnostiques et cliniques posées par l'exposé des 5 cas de lymphoedèmes unilatéraux chez des voyageurs de retour de zone d'endémie onchocercarienne africaine.

- Bien que l'œdème ne paraisse pas typique comme celui décrit dans la loase, la non reconnaissance de microfilaries de *Loa loa* dans le sang ne saurait éliminer systématiquement cette éventuelle étiologie, surtout dans les zones de coendémie filarienne du Cameroun, par exemple. A la suite du traitement par le Mectizan®, parmi les effets secondaires décrits chez les malades bi-parasités (loase, onchocercose), ces lymphoedèmes unilatéraux des membres supérieurs ne sont pas rares.
- Monsieur le Professeur BRUMPT nous apprenait que *Mansonella perstans* était asymptomatique dans la grande majorité des cas, mais il rapportait cependant à cette filariose très répandue en Afrique équatoriale des cas d'œdèmes des membres inférieurs.
- Le problème de l'unilatéralité des lésions décrites rappelle ce que nous observons au Yémen dans le cadre de l'onchocercose et de sa forme clinique particulière qu'est le sowda.

Intervention de M. Guillet :

La dermatologie n'enseigne que deux types de lésions cutanées suggestives d'onchocercose : le prurigo à type de "gale onchocercarienne" et les nodules onchocercariens. La présentation sémiologique de l'œdème rapporté ici appelle un commentaire sémiologique. L'aspect érythémateux de l'œdème témoigne a priori d'un processus inflammatoire qui impose d'écarter la possibilité d'une lymphangite (bactérienne) de "superposition", d'autant qu'il s'agit d'un œdème unilatéral. A-t-on pu écarter cette hypothèse ?

Réponse de M. Caumes :

La dermatologie enseigne que le "*primum movens*" de la dermite onchocercarienne est le prurit, les lésions rencontrées étant habituellement la conséquence de celui-ci : prurigo localisé, "gale onchocercarienne", lichénification, modifications de la pigmentation (hypochromie et/ou hyperchromie), "peau de léopard". Les autres lésions cutanées caractéristiques sont les macarons rétrochanchériens (Afrique sub-saharienne), le "sowda" (Yémen), l'érysipèle de la Côte et le "*mal morado*" (Amérique latine) et les onchocercomes (ou nodules onchocercariens). C'est ce qui ressort de la lecture des différents traités de dermatologie tropicale et de la plus grande série publiée de manifestations cutanées de l'onchocercose (LOUVET *et al.* - Manifestations cutanées de l'onchocercose ; à propos de 200 observations. *Bordeaux Médical*, 1978, **11**, 93-100). Par ailleurs les manifestations cliniques de la lymphangite aiguë (cordon érythémateux linéaire douloureux) de membre ne comprennent habituellement pas d'œdème. La dermatologie n'enseigne pas qu'un lymphoedème chronique isolé soit une manifestation de lymphangite aiguë. En revanche, un œdème chronique de membre (que son origine soit veineuse ou lymphatique) est un facteur favorisant de surinfection bactérienne (cellulite infectieuse plutôt que lymphangite de "superposition") mais nos patients présentaient un lymphoedème aigu et non un lymphoedème chronique surinfecté.