

CLINIQUE

A propos d'un cas de fasciolose hépato-gastrique en provenance du Cap-Vert.

J. P. Nozais, I. Thomas, F. Bricaire, M. Danis & M. Gentilini (1) (2)

(1) Hôpital Pitié-Salpêtrière, Département des maladies infectieuses, parasitaires et tropicales, 47 bd de l'Hôpital, Paris.

(2) Communication MR1996/025 présentée au congrès SPEde novembre 1996 à l'île Maurice. Article accepté le 18 juillet 1997.

Summary: On A Case of Hepatogastric Fascioliasis from The Cape Verde.

Key-words: Distomiasis - Liver - Stomach - Cape Verde

The authors report a case of Fascioliasis sp. distomiasis with a double hepatic and gastric location primitively associated with a gastric cancer metastasized to the liver. The parasitic origin of the lesions suspected from the histological specimen of the gastric biopsy (the presence of eggs) was confirmed by serology with the presence of the arc 2 specific to immunoelectrophoretic analysis, while the parasitological examination of the stools was always negative. The patient grew well after a day's cure of triclabendazole (375 mg x 2). Although the ectopic locations of Fascioliasis are classic, they are usually in the abdominal wall, less frequently in the gastric or colic wall. The fact that the contamination originated on the Cape Verde is indiscutable, since the patient had never left the island. It is the 5th case described in medical literature, thus confirming the presence of Fasciola hepatica (or gigantica) on the islands of the Cape Verde, whose population is of both Portuguese and African origin and has kept the eating habits of the former colonial power (Portugal is a zone of high endemicity for human fascioliasis). It would be interesting to look for Limnaea and contaminated bovine on the Cape Verde islands.

Résumé :

Mots-clés : Distomatose - Foie - Estomac - Cap-Vert

Les auteurs rapportent un cas de distomatose à Fasciola sp. à double localisation hépatique et gastrique, confondue primitivement avec un cancer gastrique métastaté au foie. L'origine parasitaire des lésions, suspectée sur la pièce histologique de biopsie gastrique (présence d'œufs), a été confirmée par la sérologie avec présence de l'arc 2 spécifique en analyse immunoélectrophorétique, tandis que l'examen parasitologique des selles a toujours été négatif. La maladie a guéri après une cure d'une journée par triclabendazole (375 mg X 2). Si les localisations ectopiques de Fasciola sont classiques, elles concernent surtout la paroi abdominale, plus rarement la paroi gastrique ou colique. L'origine cap-verdienne de la contamination est indiscutable, la maladie n'ayant jamais quitté son île. Il s'agit du cinquième cas décrit dans la littérature, confirmant ainsi la présence de Fasciola hepatica (ou gigantica) dans les îles du Cap-Vert, dont la population est d'origine à la fois portugaise et africaine et a conservé les habitudes alimentaires de l'ancienne puissance coloniale (le Portugal est une zone de forte endémicité de fasciolose humaine). Il serait intéressant de rechercher la présence de limnées et de bovins contaminés dans les îles du Cap-Vert.

Introduction

Si la fasciolose animale à *Fasciola hepatica* est répandue dans toutes les régions d'élevage d'herbivores, à l'exception des régions septentrionales froides, Canada, nord de la Scandinavie, Islande et Sibérie, la maladie humaine est plus rare et dépendante des habitudes culinaires de consommation de végétaux, sauvages ou cultivés, consommés à l'état cru, tels cresson, pissenlit, mâche, menthe etc...

En Europe, à part la France et l'Espagne, le Portugal, et en particulier le nord du pays, dont la population consomme habituellement du cresson sauvage ou de fontaine, est une région de forte endémicité : en 20 ans, 1100 cas environ ont été rapportés (à noter que les cas notifiés concernent aussi Madère et les îles du Cap-Vert). L'hôte intermédiaire le plus important et le plus répandu est *Limnaea truncatula* ; les réservoirs du ver sont les herbivores, domestiques surtout et sauvages (bovins, ovins, caprins, équidés et camélidés, léporidés).

Fasciola gigantica (la douve géante du foie) est moins largement répandue que *F. hepatica*. Elle est seule présente en Afrique tropicale (et en Egypte) et des cas humains nombreux ont été rapportés en Afrique centrale et de l'Est, du Cameroun (13) du Rwanda et du Burundi (5), d'Ouganda (5, 8) du Zimbabwe (ex Rhodésie) (11), du Malawi (4), du Zaïre (3), en Afrique de l'Ouest, de Côte d'Ivoire, du Mali, de Gambie (4).

Elle est présente aussi en Asie (Iran, Irak, Malaisie, Inde et Pakistan, Chine, Japon et Corée où les deux espèces coexistent), à Hawaï. Les hôtes intermédiaires sont *L. auricularia* et, en Afrique, *L. natalensis*. Les localisations erratiques des deux douves sont fréquentes, mais, si la migration transitoire d'une jeune douve immature à travers la paroi gastrique avant de gagner le foie est possible (mais exceptionnellement parlante cliniquement), la localisation gastrique d'une douve adulte (ou la présence d'œufs dans la paroi de l'organe) n'a, à notre connaissance, pas encore été décrite. C'est l'objet de l'observation rapportée ici qui pose aussi le problème épidémiologique de la fasciolose dans les îles du Cap-Vert.

Observation

Mme S., âgée de 63 ans, originaire du Cap-Vert, est hospitalisée pour altération de l'état général avec anorexie, amaigrissement de plus de 10 kg. Elle se plaint surtout de douleurs épigastriques violentes. Biologiquement, il existe un syndrome inflammatoire, le bilan hépatique est normal. Par contre, on note une hyperéosinophilie sanguine à $1620/\text{mm}^3$, atteignant même un mois plus tard $4200/\text{mm}^3$. Après une fibroscopie gastrique qui montre un aspect compatible avec une linité, une écho-endoscopie de l'estomac révèle, outre l'épaississement pariétal, la présence de plusieurs formations arrondies, hypoéchogènes, de quelques millimètres de diamètre. Un examen tomodensitométrique montre, outre l'épaississement de la paroi gastrique, deux nodules de 5 mm de diamètre dans le segment III du foie. Plusieurs examens parasitologiques des selles sont négatifs. L'intervention chirurgicale est décidée, essentiellement dans un but diagnostique, afin de biopsier les nodules gastriques et hépatiques. L'examen anatomopathologique montre la présence, aussi bien dans les nodules provenant de l'estomac que dans ceux provenant du foie, d'œufs de grande douve au sein d'une nécrose acidophile. Au niveau gastrique, les lésions sont situées dans la sous-séreuse, ulcérant par endroit la muqueuse avec une nécrose purulente. Le diagnostic de fasciolose est encore confirmé par l'immuno-électrophorèse du sérum qui met en évidence l'arc 2 spécifique ; il est alors prescrit du triclabendazole à la posologie totale de 750 mg en deux prises en une journée. L'évolution sur le plan clinique est favorable, avec disparition des douleurs et reprise de l'appétit, avec amélioration de l'état général ; biologiquement, après une montée à environ $6000/\text{mm}^3$ de l'éosinophilie sanguine, la chute s'amorce progressivement et, deux mois plus tard, l'éosinophilie n'est plus qu'à $600/\text{mm}^3$. La sérologie est, par contre, toujours positive. La malade est perdue de vue ensuite, mais aurait, d'après son fils, repris rapidement du poids.

Commentaires et discussion

L'intérêt de cette observation paraît triple : tout d'abord, l'aspect clinique, avec la double localisation de douves adultes au niveau du foie et de la paroi gastrique ; ensuite, l'origine cap-verdienne de la malade faisant discuter l'existence de la fasciolose dans une ou des îles de l'archipel du Cap-Vert ; enfin, l'efficacité du triclabendazole dans la fasciolose humaine.

Aspect clinique

À côté de la localisation hépatique du ver, la plus habituelle et justifiant le nom de grande douve (ou de douve géante) du foie, de nombreuses localisations aberrantes ont été décrites : paroi abdominale (au niveau de l'hypochondre droit surtout), pancréas, cæcum, cerveau etc... Par contre, c'est la première fois, à notre connaissance, que l'on décrit la présence d'œufs dans la paroi gastrique. ACOSTA FERREIRA et coll, en 1979, ont décrit deux cas d'atteinte gastrique associés à une fasciolose hépatique (1) ; l'examen histologique des lésions gastriques n'avait pas montré d'œufs, mais uniquement des formations linéaires, à cavité nécrotique bordée d'une paroi riche en éosinophiles et cristaux de CHARCOT-LEYDEN, correspondant probablement à des "tunnels" de migration de douvules ayant emprunté ce chemin détourné dans la paroi gastrique avant d'atteindre le foie. Dans le cas de PARK et coll, au niveau du cæcum (9), et dans celui de CHICHANG et coll (2), au niveau de la tête du pancréas, ont été découvertes des *F. hepatica* adultes. Certes, chez notre malade, l'examen anatomopathologique des deux nodules gastriques n'a pas retrouvé la douve adulte, mais il ne s'agissait que de prélèvements limités de la paroi et non d'une étude histologique complète de l'estomac. Dans la fasciolose (contrairement à la distomatose intestinale à *Heterophyes heterophyes*), les embols ovulaires sont, semble-t-il, exceptionnels (poumons ?) et les nodules biopsiés ne correspondaient pas à une réaction tissulaire autour de cadavres de douves car, dans ce cas, il aurait

été trouvé une grande quantité d'œufs correspondant à ceux présents dans la cavité utérine du ver désintégré. Il s'agit donc très probablement d'œufs pondus localement par une douve se déplaçant dans la sous-séreuse gastrique (ce qui pourrait expliquer les violentes douleurs ressenties par la malade).

Origine cap-verdienne

Les dix îles formant l'archipel du Cap-Vert sont situées à 500 kilomètres au large de Dakar (à environ 15° de latitude nord). Elles sont toutes d'origine volcanique ; la végétation, plus ou moins exubérante, dépend de la présence d'eau souterraine, elle-même tributaire des pluies ; la saison sèche s'étend de novembre à juillet, suivie de la mousson d'Atlantique.

Totalement inhabitées avant leur découverte par les Portugais en 1460, elles deviennent ensuite une colonie jusqu'à leur indépendance en 1975. La population surtout rurale, d'environ 337 000 individus, est de double origine : portugaise et africaine (anciens esclaves, importés pour les cultures du coton et de la canne à sucre). Cette population est fortement imprégnée de la culture portugaise (y compris l'habitude de consommer du cresson cru). Les maigres cultures ne suffisent pas à l'alimentation des autochtones et la majorité des denrées alimentaires est encore actuellement importée de l'ancienne métropole. Les populations pratiquent aussi l'élevage des porcs, moutons, bovins et chèvres. Aucun de ces mammifères n'est autochtone, mais nous ignorons s'ils ont été importés d'Europe, d'Afrique ou des deux régions (ce qui paraît le plus probable pour les chèvres et, peut-être, pour les bovins présents à la fois au Portugal et au Sénégal).

L'existence de la fasciolose dans les îles du Cap-Vert (ou dans certaines d'entre elles) est certaine. En effet, outre notre malade, nous avons pu retrouver quatre autres cas. Un cas diagnostiqué il y a quelques mois, à l'hôpital de Pontoise (Dr O. DANNE, comm. orale), chez un Cap-verdien qui présentait un abcès distomien du foie. Un second cas chez un homme a été décrit en 1992 par PARTIDARIO et coll. (10). Ce malade avait consommé du cresson sauvage d'origine locale. Le troisième cas a été rapporté aux Etats-Unis (12), chez une Américaine de retour du Cap-Vert, où elle avait vécu plusieurs années et consommé fréquemment du cresson de fontaine. Le dernier cas a été vu récemment par l'un de nous : il s'agissait d'un Cap-verdien ayant présenté un abcès du foie, dont l'origine distomienne a été affirmée par la sérologie (présence de l'arc 2 en immuno-électrophorèse). Les examens parasitologiques des selles ont été négatifs chez ces quatre malades. En dehors du cas décrit aux Etats-Unis, tous les autres malades étaient originaires du Cap-Vert, y vivaient en permanence et n'avaient pas fait de séjour au Portugal, pays de forte endémicité.

Nous n'avons trouvé aucune publication, aucun document concernant la présence de limnées au Cap-Vert et nous ignorons donc s'il s'agit de *L. truncatula*, auquel cas le parasite serait *F. hepatica* et proviendrait d'Europe (Portugal ?) ou d'Afrique du Nord, ou de *L. natalensis*, la douve serait alors *F. gigantica* et proviendrait d'Afrique intertropicale. En théorie, l'une ou l'autre espèce de limnée, voire les deux, peuvent exister dans les îles du Cap-Vert, mais le caractère volcanique des îles, assez éloignées des côtes africaines, exclut l'origine autochtone des mollusques. Ils ont pu parvenir dans les îles de diverses manières (qui ne s'excluent pas) ; soit avec des plants de légumes (cresson) en provenance du Portugal et apportés par les premiers colons portugais ayant débarqué dans les îles (il s'agirait alors de *L. truncatula* et de *F. hepatica*), soit transportés par la mer à partir des côtes africaines sur des végétaux flottants (nous aurions alors affaire à *L. natalensis* et

F. gigantica). Si on admet que les deux espèces de mollusques peuvent exister dans les îles (dans l'attente d'études malacologiques) et sachant que les herbivores ont été importés probablement aussi bien de la métropole que d'Afrique noire, il est possible que les deux *Fasciola* existent dans les îles du Cap-Vert. De toute façon, la présence de la fasciolose animale est certaine ; en effet, les habitants des îles consomment du cresson cueilli localement et qui n'a pu donc être contaminé que par les herbivores locaux.

Pour ce qui est de l'espèce (ou des deux espèces), seule l'étude du ver adulte et la mensuration des œufs dans les selles permettraient de trancher. Malheureusement, aucun ver n'a été isolé chez les cinq malades et l'absence, dans tous les cas, d'œufs dans les selles n'a pas permis de mensuration (on sait que la mesure de la taille des œufs sur coupe histologique donne des résultats ininterprétables pour séparer les deux espèces). Rappelons par ailleurs que les hôtes définitifs sont identiques pour les deux espèces et que, dans tous les cas humains de fasciolose à *F. gigantica*, seul le cresson a été incriminé.

Efficacité du triclabendazole

La déhydroémétine® n'étant plus commercialisée, il n'existe plus de médicament actif sur la fasciolose humaine. Force est donc d'utiliser un médicament en principe à usage uniquement vétérinaire, le triclabendazole (Fasinex®). Ce produit, actif aux deux phases de la maladie, et en particulier sur les vers adultes (6, 14), est prescrit chez l'homme en cure unique de 10 mg/kg. Il est bien toléré (risque de colique hépatique lors de l'élimination des douves adultes), contre-indiqué chez la femme enceinte, chez l'alcoolique. A notre connaissance, le Fasinex® n'a pas encore été utilisé dans la distomatose à *F. gigantica*. Dans le cas de LOUTAN et coll (7), il s'agissait d'une contamination en France par *F. hepatica* et les deux cas traités par WESSELY et coll (15) s'étaient infestés l'un en Allemagne, l'autre en Autriche. Par ailleurs, les deux cas traités dans le service des maladies infectieuses à l'hôpital de la Salpêtrière, ces dernières années, concernaient aussi des distomatoses à *F. hepatica* à localisation hépatique (comme les trois autres cas cités ci-dessus). Les comprimés dosés à 250 mg seront donnés en deux prises après le repas, un seul jour. Le produit qui fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) nominale doit être demandé au fabricant (Ciba Geigy) par l'intermédiaire de l'Agence du médicament.

Références bibliographiques

1. ACOSTA FERREIRA W, VERCELLI-RETTA J & FALCONI LM - *Fasciola hepatica* human infection: histopathological study of sixteen cases. *Virchows Archiv (pathol anat)*, 1979, **383**, 319-327.

2. CHITCHANG S, MITARNUM W & RATANANIKOM N - *Fasciola hepatica* in human pancreas. A case report. *J Med Ass Thailand*, 1982, **65**, 345-349.
3. FAIN A, DELVILLE J & JACQUERYE L - A propos d'un cas de distomatose humaine à *Fasciola gigantica*. Infestation double à la fois hépatique et sous-cutanée. *Bull Soc Path Exot*, 1973, **66**, 400-405.
4. HAMMOND JA - Human infection with the liver fluke, *Fasciola gigantica*. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1974, **68**, 253-254.
5. JANSSENS PG, FAIN A, LIMBOS P *et al.* - Trois cas de distomatose hépatique à *Fasciola gigantica* contractés en Afrique centrale. *Ann Soc Belge Med Trop*, 1968, **48**, 637-650.
6. LE BRAS M, BEYLOT J, BIESSY H *et al.* - Traitement de la fasciolose humaine par le triclabendazole. *Méd Chir Digestive*, 1989, **18**, 477-479.
7. LOUTAN L, BOUVIER M, ROJANAWISUT B *et al.* - Single treatment of invasive fascioliasis with triclabendazole. *Lancet*, August 12, 1989, 383.
8. ONGOM VL - Episternal abscess due to fascioliasis in an Etesol in Uganda. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1980, **74**, 417.
9. PARK C, KIM H, RO SY & GUTTIERREZ Y - Human ectopic fascioliasis in the caecum. *Am J Surg Pathol*, 1984, **8**, 73-77.
10. PARTIDARIO JA, ALBUQUERQUE E *et al.* - Fasciolose humaine. Aspects tomodynamométriques. A propos de deux observations. *J Radiol*, 1992, **73**, 681-685.
11. PERRY W, GOLDSMID JM & GELFAND M - Human fascioliasis in Rhodesia. Report of a case with a liver abscess. *J Trop Med Hyg*, 1972, **75**, 221-223.
12. PRICE TA, TUAZON CU & SIMON GL - Fascioliasis case reports and review. *Clin Infect Dis*, 1993, **17**, 426-430.
13. ROUSSET JJ, PARAF A, TRAD J & BENCHETRIT J - A propos d'un cas de distomatose hépatique à *Fasciola gigantica* contractée au Cameroun. *Bull Soc Path Exot*, 1968, **61**, 223-233.
14. TAKEYAMA N, OKUMURA N, SAKAI Y *et al.* - Computed tomography findings of hepatic lesions in human fascioliasis. Report of two cases. *Am J Gastroenterology*, 1986, **81**, 1078-1081.
15. WESSELY K, REISCHIG HL, HEINERMAN M & STENPKA R - Human fascioliasis treated with triclabendazole (Fasinex®) for the first time. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1988, **82**, 743-744.

Commentaires en séance (congrès SPE nov 1996)

Intervention de M. Euzéby :

- Dans la ceinture tropicale, la fasciolose est due à *F. gigantica* et il est très probable qu'elle existe chez les bovins du Cap Vert.
- La présence de granulomes hépatiques centrés sur des œufs du parasite est bien connue en médecine vétérinaire. Quant aux granulomes de la paroi gastrique, je pense qu'ils ont dû se former autour d'œufs parvenus en cette localisation par voie hématogène.
- Le triclabendazole est aujourd'hui le meilleur anti-fasciolien et il est très bien toléré par les animaux.

Intervention de M. Marjolet :

- Il faudrait demander aux vétérinaires du Cap-vert s'ils admettent l'existence d'une fasciolose animale (bovine ou autre).
- En complément à l'intervention du Professeur Euzéby, *Fasciola hepatica* et *Fasciola gigantica* coexistent en Egypte, y compris en pathologie humaine.