

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Fasciolase cutanée

R. GARCIA (1), J.E. ARRESE (2), G. UGARTE (3), G.E. PIÉRARD (4)

RÉSUMÉ : La fasciolase est une distomatose hépato-biliaire présentant, de manière exceptionnelle, des manifestations cutanées particulières. Nous rapportons un cas se présentant sous la forme de nodules localisés au niveau du tronc et répondant favorablement à un traitement par le praziquantel.

INTRODUCTION

Il existe de nombreux parasites qui affectent la peau humaine (1). Certains l'atteignent spécifiquement comme la *larva migrans* superficielle. D'autres se localisent d'abord dans des organes internes et migrent secondairement au niveau de la peau, donnant le tableau de *larva migrans* profonde. La fasciolase cutanée, correspondant à une distomatose hépato-biliaire, appartient à ce dernier groupe (2-6).

Nous rapportons un cas de fasciolase ayant comme foyer primitif le foie.

CAS CLINIQUE

Une femme péruvienne de 40 ans a consulté pour une lésion cutanée nodulaire et prurigineuse du thorax. Deux mois avant, la patiente avait présenté des épisodes de coliques abdominales. Le tableau clinique révélait aussi trois nodules érythémateux de 1 à 2 cm de diamètre localisés dans l'hypochondre droit (fig. 1). Les examens de laboratoire ont révélé une éosinophilie à près de 20 %. Quatre examens de selles avaient démontré la présence de *Fasciola spp.* Les échographies hépatiques et des voies biliaires étaient normales, mais la sérologie pour les *Fasciola spp.* était positive.

Une biopsie réalisée au niveau d'une lésion cutanée nodulaire a démontré la présence d'une réaction inflammatoire dermo-hypodermique riche en polynucléaires éosinophiles (fig. 2 a, b).

Une fasciolase a été diagnostiquée sur la base des données cliniques, de la sérologie et des examens de selles. La patiente a été traitée par le praziquantel à raison de 50 mg/jour pendant 10 jours. A l'arrêt du traitement, les nodules cutanés avaient disparu. La sérologie s'est négativée après deux mois.

CUTANEOUS FASCIOLIASIS

SUMMARY : Fascioliasis is an hepato-biliary distomatosis which may exceptionally manifest itself in the skin. We report a case presenting as nodules localized on the trunk. Lesions cleared under praziquantel treatment.

KEYWORDS : Distomatosis - Parasite - Trematode - Worm



Fig. 1. Nodules cutanés de la fasciolase.

DISCUSSION

La fasciolase hépatique est une maladie cosmopolite due à des vers plats de la classe de trématodes. Elle prédomine de manière endémique dans certaines régions de l'Amérique Latine, en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient (7-10). En Europe, elle ne se manifeste que de façon très sporadique.

Les douves contaminant l'homme sont diverses et largement répandues dans le monde. On distingue les douves localisées dans les voies biliaires intrahépatiques (opisthorchiases, clonorchiose, *Fasciola hepatica* et *Fasciola gigantica*), dans l'intestin, dans les bronches, avec des localisations erratiques fréquentes, et les douves aux localisations variées, en particulier cérébrales et sous-cutanées (*Poikilorchis congolensis*).

Les vers plats de la fasciolase se fixent par leur ventouse aux épithéliums hépato-biliaires des herbivores et accidentellement de l'homme. Ils pondent des œufs emportés par les selles dans les milieux extérieurs aquatiques (6). Le cycle

(1) Dermatologue, Service de Dermatologie, (3) Radiologue, Service de Radiologie, Hôpital Essalud, Cusco, Pérou.

(2) Chef de Laboratoire, (4) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU du Sart Tilman, Service de Dermatopathologie, Liège.

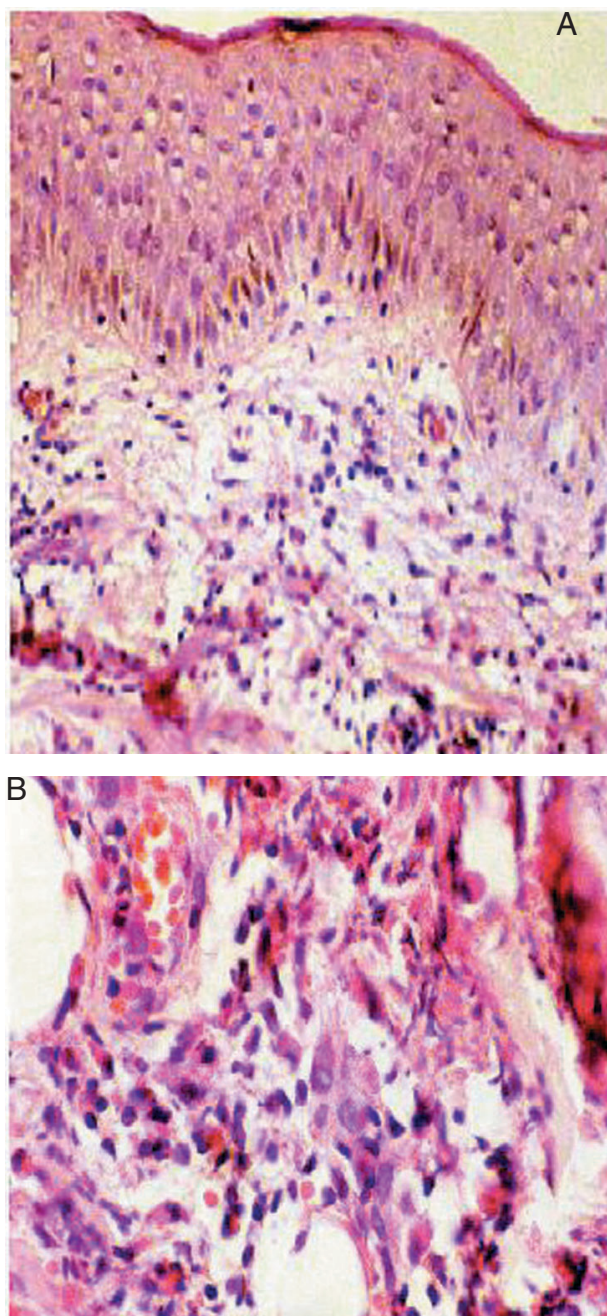


Fig. 2 : Infiltrat inflammatoire intradermique riche en polynucléaires éosinophiles. a) : X 120, b) : X 240

parasitaire fait intervenir successivement deux hôtes intermédiaires spécifiques. Le premier est un mollusque d'eau douce et le second, un animal aquatique ou un végétal d'eau douce du genre *Lymnea*. La contamination humaine survient par l'ingestion à l'état cru du second hôte intermédiaire abritant les métacercaries. Le cresson, le pissenlit, la mâche, la menthe sauvage et la salade maraîchère sont ainsi des vecteurs dans des zones endémiques.

Trois à quatre semaines après le repas infectant, la fasciolose se manifeste par une phase aiguë avec anorexie, fièvre, myalgies, vomisse-

ments, hépatomégalie et douleurs abdominales. Un des effets pathogènes de ces parasitoses est dû à la libération par le ver, lors de sa période de maturation coïncidant avec la phase de migration larvaire transtissulaire, d'une grande quantité d'antigènes. Ces derniers sont à l'origine d'une hyperéosinophilie et de la formation d'anticorps de classe IgE responsables d'accidents de sensibilisation. C'est ainsi que la symptomatologie cutanée à type d'urticaire, œdème de Quincke et dermatographe, a une grande valeur d'orientation. Il peut s'y associer une atteinte pulmonaire de type syndrome de Loeffler, une encéphalite ou une myocardite. La physiopathologie de ces atteintes extra-hépatiques implique un mécanisme allergique ou la localisation tissulaire du parasite. La phase d'état se manifeste par des symptômes plus discrets tels que des douleurs abdominales, des épisodes de diarrhée. Parfois un ictère rétionnel pseudolithiasique peut se développer (6).

Le parasite peut être retrouvé dans différents organes internes et, rarement, au niveau cutané. Le diagnostic est proposé en confrontant la clinique, les données épidémiologiques, la présence d'une hyperéosinophilie, la sérologie parasitaire (11), l'examen des selles et la biopsie cutanée. L'échotomographie est précieuse pour visualiser le parasite adulte. Dans notre cas, le nodule cutané correspondait à une réaction inflammatoire dermo-hypodermique riche en polynucléaires éosinophiles. La recherche des parasites sur les coupes histologiques de la biopsie cutanée s'est révélée négative.

Le traitement repose sur la déhydroémétine en une cure de 10 jours. Ce traitement est efficace à la phase d'invasion quel que soit le tableau clinique. En revanche, à la phase d'état, le traitement médical est moins souvent efficace et l'intervention chirurgicale est parfois indiquée en cas de complication. On peut associer, à la phase d'invasion, une corticothérapie générale en présence de signes immuno-allergiques. Le praziquantel à la posologie de 50 à 75 mg/kg/j a montré son efficacité en cure d'une semaine. Le triclabendazole serait efficace aux deux phases de la maladie à la posologie de 10 mg/kg pendant 1 à 2 jours. Une enquête dans l'entourage doit être systématique afin de dépister, par le sérodiagnostic, les formes frustes et inapparentes de distomatose hépatique en période d'invasion.

RÉFÉRENCES

1. Letawe C, Trimeche M, Claessens N, et al.— Survol des endoparasitoses tropicales à expression cutanée. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 545-551.

2. Armed Forces Institute of Pathology Washington DC.— Pathology of tropical and extraordinary Diseases. 1976, 524-527.
3. Jones EA, Kay JM, Milligan HP, et al.— Massive infection with fasciola hepatica in man. *Am J Med*, 1977, **63**, 836-840.
4. Bunnag D, Bunnag T, Goldsmith R.— Liver fluke infections. In : *Hunter's Tropical Medicine*. Ed. Strickland GT, Publ. Saunders Co, Philadelphia 1991, 818-826.
5. Gentilini M, Caumes E, Danis M, et al.— Distomatoses. In : *Médecine Tropicale*. Publ. Médecine-Sciences Flammarion, Paris 1993, 236-240.
6. Grossetête G, Caumes E.— Trématodoses : bilharzioses et distomatoses. In : *Dermatologie tropicale*. Ed. Piérard GE, Caumes E, Franchimont C, Arrese J. Ed de l'Université de Bruxelles. 1993, 387-390.
7. Stork MG, VENABLES GS, JENNINGS SMF, et al.— An investigation on endemic fascioliasis in Peruvian village children. *J Trop Med Hyg*, 1973, **76**, 231-236.
8. Hillyer GV— Fascioliasis in Puerto Rico : A review. *Bol Asoc Med PR*, 1981, **73**, 94-98.
9. Parichatikanond P, Saranas A.— Human biliary fascioliasis : Report of the first case in Thailand. *Siriraj Hosp Gaz*, 1984, **36**, 131-135.
10. Olaya M, Ortiz Jave, Quispe Lazo T.— Fascioliasis in Cajamarca. *Rev Gastroenterol Peru*, 2002, **22**, 28-32.
11. Hammami H, Ayadi A, Camus D, et al.— Diagnostic value of the demonstration of specific antigens of *Fasciola hepatica* by western blot technique. *Parasite*, 1997, **4**, 291-295.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au
Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie,
CHU Sart Tilman, 4000 Liège