



## Inde : tuberculose splénique et pleurésie

Outre le poumon, la tuberculose peut atteindre tous les organes, mais la localisation splénique est rare ou éventuellement incluse dans un tableau de tuberculose miliaire. En Inde, une enquête effectuée sur 9 200 cas de tuberculose répertoriée dans la région du Radjastan, n'a retrouvé que 0,01 % de cas de tuberculose splénique. Sur une étude des autopsies, des abcès de la rate d'origine tuberculeuse, ont été observés dans 0,14 % des cas de tuberculose. Pour illustrer ces propos, les auteurs rapportent un cas particulier. Une femme de 30 ans a consulté à l'Hôpital de Chandigarh (Inde) pour une toux et une dyspnée persistante depuis plus de 6 mois. Une radiographie pulmonaire a révélé un poumon gauche collabé associé à une pleurésie gauche. L'échographie abdominale a montré une masse hypoéchogène du pôle supérieur de la rate. Ces images ont été confirmées par le scanner qui a permis de préciser les dimensions de cette masse du pôle de la rate (10x10 centimètres), évoquant un abcès splénique. Sous vidéo-assistance, a été réalisée une ponction de la plè-

vre qui a ramené deux litres d'un liquide hémorragique. Une ponction de la masse splénique a retiré également un liquide hémorragique. Deux semaines plus tard, la splénomégalie s'étant encore accentuée, une intervention chirurgicale est décidée, réalisant une splénectomie partielle. L'étude de la pièce d'exérèse montre une masse jaunâtre, de consistance ferme, qui contient de nombreux bacilles acido-alcool-résistants. Un traitement antituberculeux a été institué pendant 9 mois ayant abouti à la guérison (AK Dalal *et al. Ann Trop Med Parasitol* 2010; 104 : 675-8). Une autre observation similaire a été publiée récemment concernant un homme de 52 ans, originaire de Cuba ayant consulté pour fièvre, dyspnée et amaigrissement. Les constantes biologiques étaient perturbées (anémie, leucopénie, élévation de la vitesse de sédimentation), mais la recherche de VIH, de bacilles dans l'expectoration et l'étude du myélogramme étaient normales. La laparotomie a permis de constater de nombreuses lésions inflammatoires de couleur blanchâtre à jaunâtre,

dues à la formation de granulomes caséux avec des cellules géantes et fourmillant de bacilles acido-alcool-résistants (A Gonzalez *et al. Clin Inf Dis* 2011; 52 : 418-20). En effet, de telles mini-lésions multiples dans un rate doivent faire évoquer une tuberculose, une candidose disséminée ou encore des abcès dus à des bactéries Gram négatif. Cette localisation est rare en dehors d'une tuberculose disséminée. L'échographie et le scanner sont utiles pour évoquer le diagnostic qui ne peut être affirmé que par l'analyse microbiologique du pus. La splénectomie totale est préférable en raison du caractère friable de la rate et du risque de récurrence. Cependant, un drainage percutané sous échographie peut être utile au diagnostic et est une alternative à la splénectomie. Aussi, la tuberculose splénique doit-elle être évoquée chez un patient avec une fièvre d'étiologie inconnue et présentant une splénomégalie. ●

Bourée P

## Plasmodium vivax avec rhabdomyolyse sévère

La rhabdomyolyse est une complication survenant parfois au cours d'un accès de paludisme à *Plasmodium falciparum*, avec des conséquences métaboliques et rénales. Les auteurs brésiliens ont cependant rapporté un cas de rhabdomyolyse apparu lors d'un accès de paludisme à *Plasmodium vivax*. En effet, un jeune garçon de 16 ans, habitant la région de Manaus, est hospitalisé pour un syndrome fébrile, avec des céphalées, des frissons, des arthralgies et des myalgies intenses. Le diagnostic de *Plasmodium vivax* est établi sur le frottis sanguin (parasitémie de 1520/mm<sup>3</sup>). Il a donc été traité par chloroquine puis primaquine. Mais les myalgies se sont aggravées, provoquant une incapacité fonctionnelle, particulièrement au niveau des membres inférieurs. Les examens complémentaires permettent d'évoquer une rhabdomyolyse intense (CPK : 29 000 U/L ; LDH : 2 125 U/L ; AAT : 5 791 U/L), avec présence de

myoglobine dans les urines. La chloroquine a été remplacée alors par l'artésunate IV (1mg/kg x 2/j / 3jours) et la clindamycine IV (10mg/kg x 2/j / 5j). Mais sont apparus très vite une anurie et une aggravation des troubles biologiques, ce qui a nécessité 5 séances d'hémodialyse. Le frottis sanguin s'est vite négativé, mais les myalgies ont persisté de telle sorte qu'il a fallu un mois pour permettre au patient de pouvoir remarcher normalement, la guérison étant obtenue en 2 mois. Cinq mois après, une biopsie musculaire s'est avérée normale. Suivi pendant 2 ans, ce patient n'a présenté aucune séquelle ni rechute de paludisme (AM Siqueira *et al., Am J Trop Med Hyg* 2010; 83 : 271-3). Le taux de myoglobine est parfois élevé dans les accès de *Plasmodium falciparum*, mais la rhabdomyolyse est rare, pouvant aboutir à l'insuffisance rénale aiguë, due à la néphrotoxicité potentielle de la myoglobine relarguée par les

muscles. Une hypovolémie, une hypotension et la prise d'anti-inflammatoires peuvent aggraver les lésions rénales. Les cas graves sont rares avec *Plasmodium vivax*, et l'évolution vers une rhabdomyolyse est tout à fait exceptionnelle. Un cas a déjà été rapporté chez un patient présentant un déficit en myoadénylate desaminase, ce qui n'était pas le cas du patient rapporté par les auteurs brésiliens. Les hypothèses pouvant expliquer la survenue d'une rhabdomyolyse sont variés : myopathie due à la chloroquine, insuffisance respiratoire aiguë qui accentue la réponse immunitaire associée à la lyse du parasite. Ainsi, devant toute insuffisance rénale aiguë survenant au cours d'un accès de paludisme, un dosage de CPK est-il utile pour évaluer une éventuelle atteinte musculaire avec ses conséquences potentiellement graves sur la fonction rénale. ●

Bourée P

## Dengue avec pancréatite aiguë au Sri-Lanka

La dengue est une arbovirose très commune en zone tropicale et son incidence est encore en augmentation en Asie du sud-est. Au Sri-Lanka, les dengues hémorragiques et les dengues avec syndrome de choc deviennent de plus en plus fréquentes, avec une mortalité élevée. Les symptômes habituels sont une fièvre élevée, des céphalées, des myalgies et une éruption cutanée avec parfois des manifestations inhabituelles. Ainsi, un patient de 47 ans, originaire de l'Ouest de Sri-Lanka s'est présenté à l'hôpital pour une fièvre persistant depuis huit jours et une douleur abdominale qui s'est nettement accentuée depuis trois jours, avec un melaena. Il n'avait aucun antécédent notable et ne prenait aucun traitement particulier. Il ne fumait pas et consommait de l'alcool de façon occasionnelle. À l'examen du patient, il n'y

avait ni pâleur, ni ictère, ni éruption cutanée, mais une hypotension artérielle et un pouls faible. L'abdomen était douloureux dans son ensemble avec un débord hépatique de trois centimètres. L'échographie abdominale mettait en évidence un pancréas oedématisé, augmenté de volume, avec une réaction liquidienne péri-pancréatique, sans ascite ni réaction pulmonaire. Le bilan biologique a révélé une thrombopénie (32 000/mm<sup>3</sup>) ainsi qu'une élévation de l'amylasémie (1381 UI/L), de la glycémie (3,58 g/L), de la CRP (96 mg/L) et des transaminases. Par ailleurs, le test immunochromatographique de dengue était positif en IgG et IgM. Aussi, le diagnostic retenu a été celui de dengue hémorragique avec pancréatite aiguë. Le patient a été traité par transfusion de plasma frais, insuline et antibiothérapie. Le melaena a dis-

paru en une semaine, la fièvre en quinze jours et les constantes sanguines se sont normalisées en trois semaines (CN Wijekoon, Southeast Asian J Trop Med Publ Hlth 2101; 41 : 864-6). Dans ce cas, il s'est agi d'une complication rare de la dengue, due probablement à une invasion virale mais sans lésion pancréatique documentée sur le plan anatomo-pathologique. Cette observation est le premier cas rapporté en Asie d'un patient dans un tableau d'abdomen aigu évoquant une pancréatite avec des symptômes biologiques de dengue. Aussi, une telle complication doit-elle être connue et recherchée pour entreprendre rapidement le traitement adapté. ●

Bourée P

## Trichostrongylus en Nouvelle-Zélande et au Laos

**A**u retour d'un voyage en Australie et en Nouvelle-Zélande, où il a passé une semaine dans une ferme d'élevage du mouton, un patient de 62 ans a présenté des douleurs abdominales, des nausées, des diarrhées et un amaigrissement. Un premier bilan ayant décelé une forte hyperéosinophilie (9 600 polyn. éosinophiles/mm<sup>3</sup>), une exploration de cette éosinophilie est effectuée en hématologie (dosage de vit B12, électrophorèse des protéides, bilan cardiaque et pulmonaire, médullogramme, etc.) mais n'a rien révélé. Sur un nouveau contrôle de l'hémogramme, l'éosinophilie a encore augmenté (17 900/mm<sup>3</sup>), laissant les praticiens perplexes. Or, deux amis de ce patient, ayant effectué le même voyage, ont présenté les mêmes symptômes cliniques associés aussi à une hyperéosinophilie. Chez eux, un simple examen parasitologique des selles a montré la présence de *Trichostrongylus*. En conséquence, un examen parasitologique des selles chez le patient a révélé aussi des œufs de *Trichostrongylus*. Après traitement par l'albendazole (400 mg x 2 /jour pendant 3 jours, tous les troubles cliniques et biologiques ont disparu. Une enquête effectuée dans la ferme d'élevage des moutons a retrouvé des *Trichostrongylus* dans les fèces des moutons (EC

Wall *et al.* *J Travel Med* 2011 ; 18 : 59-60). Ces parasites sont des helminthes très fréquents en Asie et au Moyen-Orient chez les animaux herbivores (essentiellement les moutons) et chez les fermiers au contact de ces animaux. L'homme s'infeste par ingestion de crudités ou d'eau contaminée par des larves de ces parasites, d'autant plus que les excréments d'animaux sont utilisés comme engrais, ce qui est interdit en Europe. L'infestation humaine provoque des troubles digestifs modérés et une hyperéosinophilie parfois très élevée. Le diagnostic est facilement affirmé par l'examen parasitologique standard des selles, permettant l'identification de l'œuf (ovoïde, asymétrique, mesurant en moyenne 80x40 microns et contenant 8 ou plus souvent 16 blastomères). Il existe plusieurs espèces de *Trichostrongylus* mais l'identification précise est impossible sur les œufs et nécessite le recours à l'analyse de l'ADN, qui est un examen minutieux, cher et peu utile dans le cas présent, le traitement étant efficace sur les différentes espèces. Des infestations humaines ont déjà été décrites en Australie chez des jardiniers utilisant les excréments de chèvres comme engrais pour les jardins publics. Outre son caractère original, cette observation démontre clairement que l'explora-

tion d'un trouble quelconque doit débiter par des examens simples, indolores et peu coûteux, qui apportent souvent la solution, avant de se lancer dans des examens complémentaires compliqués, chers et parfois traumatisants. Confirmant la répartition géographique de ce parasite, une étude effectuée dans un village du Laos a révélé une infestation de 49% de la population par des nématodes de type ankylostomes, dont une grande majorité de *Trichostrongylus colubriformis*, identifiés sur l'aspect des vers adultes, récoltés après purgation. Dans ce village, les analyses des excréments de chèvre ont montré aussi la présence de *Trichostrongylus colubriformis* (M Sato *et al.* *Am J Trop Med Hyg* 2011 ; 84 : 52-4). Tous les patients ont été traités par albendazole. Le Laos est une région agricole où ces parasites sont fréquents en raison de la présence constante dans les villages de chèvres, des chiens et de volailles et les excréments de ces animaux sont utilisés comme engrais. Aussi, outre les traitements, l'éducation sanitaire est-elle indispensable pour faire régresser la prévalence de ces parasites intestinaux ●

Bourée P

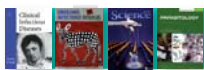
## Leishmaniose tégumentaire : de l'Afghanistan à la Guyane

**L**a leishmaniose tégumentaire est endémique en Afghanistan et a concerné aussi les troupes néerlandaises déployées au sein de l'ONU, affectant 172 des 938 militaires sur place, soit 18,3% des effectifs. Le parasite était *Leishmania major*: les formes lymphangitiques ont été observées dans 24,8% des cas. Le traitement a comporté des injections de glucantime *in situ*, associées ou non à une cryothérapie. Les 19,5% d'échecs ont bénéficié de miltéfosine. À 6 semaines, 13,3% nécessitaient une nouvelle cure. (Van Thiel PP *et al.* *Am J Trop Med Hyg* 2010 ; 83 : 1295-300.) Sous l'égide de la Société de pathologie exotique, des experts ont proposé un référentiel thérapeutique des principales formes de leishmanioses rencontrées en France (Buffet PA, *et al.* *Presse Med* 2011 ; 40 : 173-84.) En présence de leishmanioses cutanées de l'Ancien-Monde, l'abstention est possible, *a fortiori* en zones couvertes peu gênantes et s'il s'agit de *Leishmania major* (le plus fréquent au Maghreb). Lorsqu'il s'agit de *L. tropica* ou *infantum*, il est préférable de traiter par injection intralésionnelle d'antimoniote de méglumine (Glucantime®) pré-

cédée d'une cryothérapie. Si les lésions sont nombreuses (> 4) et/ou dans une topographie incompatible avec cette injection (visage surtout), on peut proposer de l'amphotéricine B liposomale (Ambisome®) 20 mg/kg sur 2 à 8 j ou bien, pour *L. major*, une photothérapie dynamique ou du fluconazole oral (2,5 à 3 mg/kg × 42 j éventuellement avec dose de charge). En présence de leishmanioses tégumentaires du Nouveau-Monde, il est impératif de déterminer précisément l'espèce de leishmanie. S'il s'agit de *L. braziliensis*, on utilise en première intention l'antimoniote de méglumine par voie intramusculaire à raison de 20 mg SbV/kg/j/20 j en cas d'atteinte cutanée, 28 j en cas d'atteinte muqueuse où l'on adjoindra de la pentoxyfilline. En cas d'échec de 2 cures, les alternatives seront l'amphotéricine B liposomale ou la miltéfosine (ATU). S'il s'agit de *L. guyanensis* (le plus fréquent en Guyane) on utilise l'iséthionate de pentamidine (Pentacarinat®) 4 mg/kg IV J1-J3-J5 (ou 7 mg/kg en une injection intramusculaire profonde s'il existe des contraintes d'observance et de suivi). En cas d'échec des 2

cures, les alternatives seront l'antimoniote de méglumine ou la miltéfosine (ATU). Pour simplifier, notre attitude à l'hôpital militaire de Marseille est d'identifier systématiquement le type d'espèce surtout au retour d'Amérique du sud ou centrale, soit par un frottis « vigoureux » suivi d'une PCR, soit grâce à une biopsie avec culture et/ou PCR. Sans attendre les résultats, au retour du Nouveau-Monde, l'iséthionate de pentamidine est privilégié par voie intraveineuse (non myotoxique) aux doses AMM sous surveillance stricte (risque anaphylactique et cardiaque essentiellement); en cas d'atteinte muqueuse et/ou d'immunodépression (surtout VIH), le Glucantime® est préféré. Au retour d'Afrique ou d'Asie centrale, le fluconazole est privilégié y compris chez l'enfant; dès réception de l'identification de la leishmanie, en fonction de l'évolution clinique, la thérapeutique est éventuellement adaptée. ●

Morand JJ



## Thaïlande : entomophthoromycose rhinofaciale

L'entomophthoromycose rhinofaciale est une affection mycosique humaine assez rare des pays tropicaux. Les entomophthorales comprennent deux genres : *Conidiobolus* avec un tropisme rhino-facial et *Basidiobolus*, avec un tropisme sous-cutané cervical. L'atteinte par *Conidiobolus* atteint la tête et la face, se caractérisant par un oedème progressif des tissus mous de la zone naso-faciale et évoquant d'emblée une tuberculose ou une tumeur maligne. Le diagnostic est rectifié sur l'aspect anatomopathologique de la tumeur, montrant de larges filaments plus ou moins septés avec une réaction de Splendore-Hoepli (formation d'une importante réaction due à une réponse immunologique locale autour d'un micro-organisme plus ou moins détruit par la protéine majeure des éosinophiles). Les auteurs rapportent 5 cas survenus en Thaïlande, chez des hommes de 20 à 40 ans, séro-négatifs pour le VIH. Ces patients, immunocompétents, sans le moindre antécédent traumatique, ont consulté pour un épaississement progressif de la narine gauche (1 cas), droite (2 cas) et bilatéral (2 cas). Le bilan sanguin était normal. Le diagnostic a été affirmé par la biopsie, mettant en évidence des filaments mycéliens larges au milieu d'une substance amorphe et une réaction granulomateuse et éosinophile de Splendore-Hoepli. Une culture

a mis en évidence *Conidiobolus coronata*. La masse a été retirée chirurgicalement et les patients ont été traités par l'association iode de potassium et sulfaméthoxazole-triméthoprime pendant 12 semaines (3 cas), par amphotéricine B pendant 10 semaines (1 cas) ou itraconazole pendant 3 mois (1 cas). Ces 5 patients ont guéri sans récurrence avec un suivi de 1,5 à 14 ans (J. Leopaïrut *et al. Southeast Asian J Trop Med Publ Hlth* 2010; 41 : 928-35). L'entomophthoromycose rhinofaciale est une mycose sous-cutanée des régions tropicales rurales. Elle atteint tous les âges (constatée chez des sujets de 15 mois à 79 ans). Elle peut survenir chez des patients immunocompétents mais aussi immunodéficients (VIH, greffés). L'infestation s'effectue par inhalation de spores ou par piqûres d'insectes et envahit la cavité nasale, les sinus et les tissus mous de la face. La dissémination vers le cerveau, le médiastin ou le poumon est plus rare, ainsi que l'atteinte systémique, dont la première description date de 1965. Cette affection n'est pas douloureuse, mais les patients se plaignent d'une gêne due à l'épaississement progressif et à l'oedème de la muqueuse nasale et de la peau du nez et de la lèvre supérieure, sans envahissement osseux, ni ulcération. Le diagnostic différentiel peut se poser avec une lésion maligne comme un carcinome à cellules

squameuses ou un lymphome ou encore une hyperplasie angiolymphoïde avec hyperéosinophilie. L'analyse anatomopathologique révèle la présence de larges filaments mycéliens (4 à 15 mm de diamètre) avec quelques septa et quelques bourgeonnements. Ces filaments sont isolés ou en groupe, au sein d'une masse granulomateuse amorphe ou éosinophile dite de Splendore-Hoepli. La phase aiguë est caractérisée par une prolifération de lymphocytes et de cellules éosinophiles et la phase chronique par une infiltration granulomateuse avec des cellules mononucléées et des cellules géantes. Il n'y a pas d'envahissement vasculaire, contrairement aux mucormycoses. Les hyphes sont bien visibles avec la coloration HES. La culture de *Conidiobolus* pousse en quelques jours, mais n'est positive que dans 15% des cas. Le traitement de choix est l'iode de potassium (40mg/kg/j/1mois) qui est efficace et bon marché. En deuxième intention, peuvent être utilisés l'amphotéricine B, le triméthoprime-sulfaméthoxazole et les dérivés azolés. Ainsi, devant une tumeur naso-faciale en zone tropicale, il faut savoir évoquer l'entomophthoromycose ●

Bourée P

## Indonésie : le tsunami a-t-il permis d'éliminer le paludisme ?

L'île de Simeulue, située à 120 km au NO de Sumatra, a été la première terre atteinte par le tsunami en décembre 2004. Mais, contrairement à Banda Aceh où 150 000 personnes sont décédées, les villages de l'île ont été détruits mais il n'y a eu que 3 ou 4 décès. En effet, devant le reflux de la mer, la population s'est très rapidement réfugiée dans les collines proches de la côte, ce qui lui a permis d'être sauvagée. Le tremblement de terre, responsable du tsunami, a relevé le niveau de la côte de l'île de Simeulue de 1,5 mètres, ce qui aurait pu créer de nombreux sites de reproduction des anophèles dans les eaux marécageuses. Avant le tsunami, l'incidence annuelle du paludisme, selon le ministère de la

santé de Jakarta, était de 66,2 pour 1000 habitants (Sudomo M *et al., Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 2010; 12 : 777-81). Depuis le tsunami, la population a été éduquée et aidée, concernant la lutte contre le paludisme par les organismes internationaux : dépistage et traitement des patients, pulvérisation des produits répulsifs rémanents dans les habitations, utilisation des moustiquaires. L'île de Simeulue située légèrement au dessus du niveau de l'équateur, mesure 100 km de long sur une surface de 1 800 Km<sup>2</sup>, avec une température moyenne de 27°C. Une enquête a été effectuée pour rechercher le paludisme chez les enfants et dans la population générale par un prélèvement sanguin et une étude des gîtes larvaires. En mai

2005, 6,7% des enfants (sur 326 prélèvements) et 2,3% de l'ensemble de la population (sur 646 prélèvements) étaient atteints par *Plasmodium falciparum*, plus rarement par *Plasmodium vivax* et exceptionnellement par les deux espèces. En 2007, il n'y avait plus que 2 cas positifs (*P. falciparum*) sur près de 1 400 prélèvements. Les recherches de gîtes larvaires ont décelé la présence de *Anopheles sundanicus*, principal vecteur local. Mais, grâce à l'éducation de la population et à la mise en place des mesures de lutte suite au tsunami, le paludisme a considérablement régressé sur cette île. ●

Bourée P

## Un abcès amibien du cerveau non diagnostiqué

L'amibe *Entamoeba histolytica* atteint environ 50 millions de personnes et est responsable d'environ 40 000 à 100 000 décès par an. Dans le cadre du péril fécal, après ingestion d'eau ou de crudités, les amibes se localisent dans le tube digestif et se multiplient. Si la majorité des cas restent asymptomatiques, l'infestation se manifeste habituellement par une dysenterie et des abcès dans différents organes, comme le foie, le poumon et beaucoup plus rarement le cerveau. Un patient de 31 ans est hospitalisé pour des épigastralgies. Dans ses antécédents, on retrouve la notion de diarrhées glairo-sanglantes non traitées et ayant régressé rapidement. Etant donné la notion de toxicomanie chez ce patient, le diagnostic d'hépatite avait été retenu auparavant. A l'admission, le patient avait une fièvre à 38°C, une pression artérielle à 130/70 mmHg, une fréquence respiratoire de 100/mn. L'examen clinique ne

retrouve qu'une hépatomégalie. L'hémogramme révèle une hémoglobine à 7,5g/dL, une hyperleucocytose à 11 000 leucocytes/mm<sup>3</sup>, dont 73% de polynucléaires neutrophiles. Une ponction hépatique ayant retiré 600 mL d'un liquide marron, le diagnostic d'abcès amibien du foie a été établi et le patient a été traité par un antiamibien. Dans les jours qui ont suivi, le patient s'est plaint de céphalées intenses et son état général s'est rapidement détérioré, ayant évolué vers une léthargie, le coma et le décès. L'autopsie a confirmé l'abcès du lobe droit du foie (diamètre de 19 cm) contenant 1,2 litres de pus, la présence de plusieurs ulcères de 0,5 cm de diamètre au niveau du colon et du sigmoïde. En outre, le cerveau avait un aspect congestif et oedématisé et présentait un abcès de 4 cm, contenant 500 mL de pus. (Viriyavejakul P *et al., Southeast Asian J Trop Med Publ Hlth* 2009; 40 : 1183-87). Les cas d'ami-

biase cérébrale sont très rares, étant estimés à moins de 0,1% des abcès du foie, disséminant vers le cerveau. La majorité des patients atteints d'abcès du cerveau ont présenté des troubles digestifs. Les patients ont présenté des céphalées aiguës, des vomissements, des tremblements et des troubles psychiques. L'analyse des cas d'abcès du cerveau montre qu'il peut y avoir un ou plusieurs abcès, en particulier au niveau du lobe droit. Il est rare de trouver des amibes au niveau de ces abcès. Le diagnostic d'abcès du cerveau est basé sur l'imagerie médicale et les différentes méthodes de sérodiagnostic et la PCR. Si le diagnostic d'abcès du cerveau est posé rapidement et le traitement entrepris aussitôt (antiamibiens et évacuation chirurgicale), le pronostic est habituellement favorable ●

Bourée P