

## Cholestase anictérique révélatrice d'une schistosomose à distance de l'infestation

Basset D<sup>1</sup>, Ramos J<sup>2</sup>, Goldman-Lévy G<sup>2</sup>, Caillo L<sup>3</sup>, Gala A<sup>1</sup>, Larrey D<sup>3</sup>

1. Service de Parasitologie, CHU Lapeyronie

2. Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, Hôpital Gui de Chauliac

3. Service d'Hépto-Gastro-Entérologie, Hôpital Saint-Eloi  
Montpellier, France

*Med Trop* 2010; **70** : 428

Une patiente de 36 ans, originaire de République Centrafricaine (RCA), présentait une cholestase anictérique d'origine inexplicée depuis deux ans. Elle avait vécu en RCA jusqu'à l'âge de 12 ans. Son seul antécédent était une ascariidose, traitée en son temps. Elle ne présentait pas d'antécédent de paludisme ni d'amibiase ni de notion de maladies auto-immunes ou thyroïdiennes. Il n'existait pas d'antécédent familial notable. En 2007, alors que la patiente, pesant 85 kilos pour 1,68 mètre, ne présentait cliniquement aucune particularité notamment pas de diarrhées, pas de signe d'hypertension portale, un examen systématique découvrait une augmentation des  $\gamma$ GT à 11 fois la normale et des phosphatases alcalines à deux fois la normale.

Une première ponction biopsie hépatique (PBH) à visée étiologique réalisée en 2007 n'avait pas révélé d'anomalies. Une première imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) réalisée en 2007, ainsi qu'une deuxième réalisée en janvier 2009, ne montraient aucune anomalie décelable au niveau du foie et des voies biliaires.

Le 2 février 2009, un nouvel examen biochimique confirmait la cholestase avec une  $\gamma$ GT à 472 U/L, et des phosphatases alcalines à 178 U/L. La NFS ne montrait pas d'hyperéosinophilie.

Une seconde PBH était proposée le 17 février 2009; elle montrait, cette fois, à la coloration d'hémalum-éosine la présence d'un granulome centré par un élément « vermiforme » (figure 1). Ce granulome, constitué de lymphocytes, plasmocytes et éosinophiles était de taille cinq fois supérieure à l'élément central. Ce dernier était d'une finesse exceptionnelle et montrait, de l'extérieur vers l'intérieur, une paroi chitineuse fine et régulière évoquant la coque d'un œuf. A l'intérieur était visualisée une structure piriforme limitée sur les grands côtés par une structure ciliaire (figure 2). Cet aspect était totalement compatible avec la coupe d'un œuf de *Schistosoma* passant par l'extrémité apicale d'un miracidium cilié. Il restait à identifier l'espèce, la coupe ne passant pas par l'éperon caractéristique. Une coloration de Ziehl-Nielsen sur le reste de la coupe fut donc

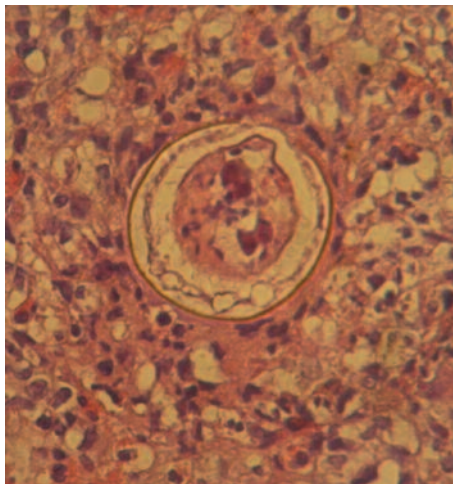


Figure 3. Détail de l'œuf et du Miracidium, montrant les cils.

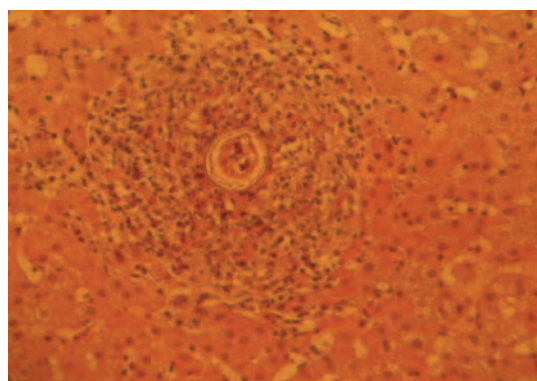


Figure 1. Granulome bilharzien.

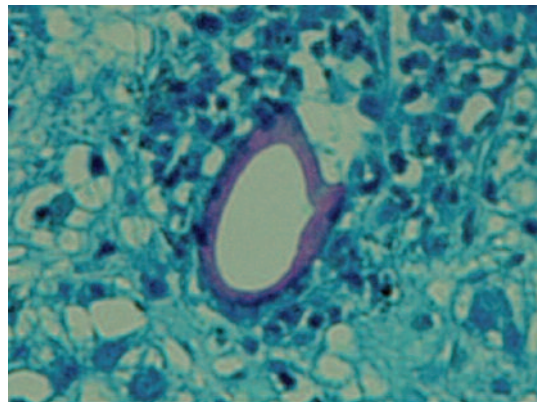


Figure 2. Coloration de Ziehl montrant l'éperon latéral de *S. mansoni*.

effectuée. En effet, la coque des œufs à éperon latéral (*S. mansoni*) est Ziehl positif alors que celle des œufs à éperon terminal (*S. haematobium*) est Ziehl négatif. Le résultat fut probant avec une cuticule Ziehl positive sur une coupe passant, de plus, par l'éperon latéral (figure 3). Ainsi était confirmée une bilharziose à *S. mansoni*.

La sérologie spécifique, positive en ELISA et Hemagglutination indirecte, confirmée par immuno-empreinte était bien le diagnostic.

En conclusion, il s'agissait d'une schistosomose évoluant depuis au moins huit ans. En effet, son dernier voyage avec baignades possibles en marigot remontait à 2000 en Centrafrique. Depuis, elle avait effectué deux séjours à Dakar en 2002 et 2005 sans facteur de risques. Rappelons que la longévité des adultes peut être de 15 ans. Un traitement par praziquantel était prescrit; la patiente était perdue de vue ensuite. ■

• Correspondance : d-basset@chu-montpellier.fr

• Article reçu le 12/11/2009, définitivement accepté le 02/07/2010.

### RÉFÉRENCES

1. McCluggage WG, Sloan JM. Hepatic granulomas in Northern Ireland: A thirteen year review. *Histopathology* 1994; 25 : 219-28.
2. Brant PE, Kopke-Aguiar L, Shigueoka DC, Sales D, D'Ippolito G, Kouyoumdjian M et al. Anicteric cholangiopathy in schistosomiasis patients. *Acta Trop* 2008; 108 : 218-21.