

**JNI** 25<sup>es</sup> Journées  
Nationales  
d'Infectiologie

**DEAUVILLE**  
et la région Normandie

du mercredi 12 au vendredi 14 juin 2024



# « En persévérant, on arrive à tout » - Théocrite

Dr Oula ITANI

Institut Pasteur, Centre Médical, Centre d'infectiologie Necker  
Pasteur



Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

- **Intervenant** : ITANI Oula
- **Titre** : « En persévérant, on arrive à tout »

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique  OUI  NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents  OUI  NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations  OUI  NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique  OUI  NON

# Mme S.



43 ans

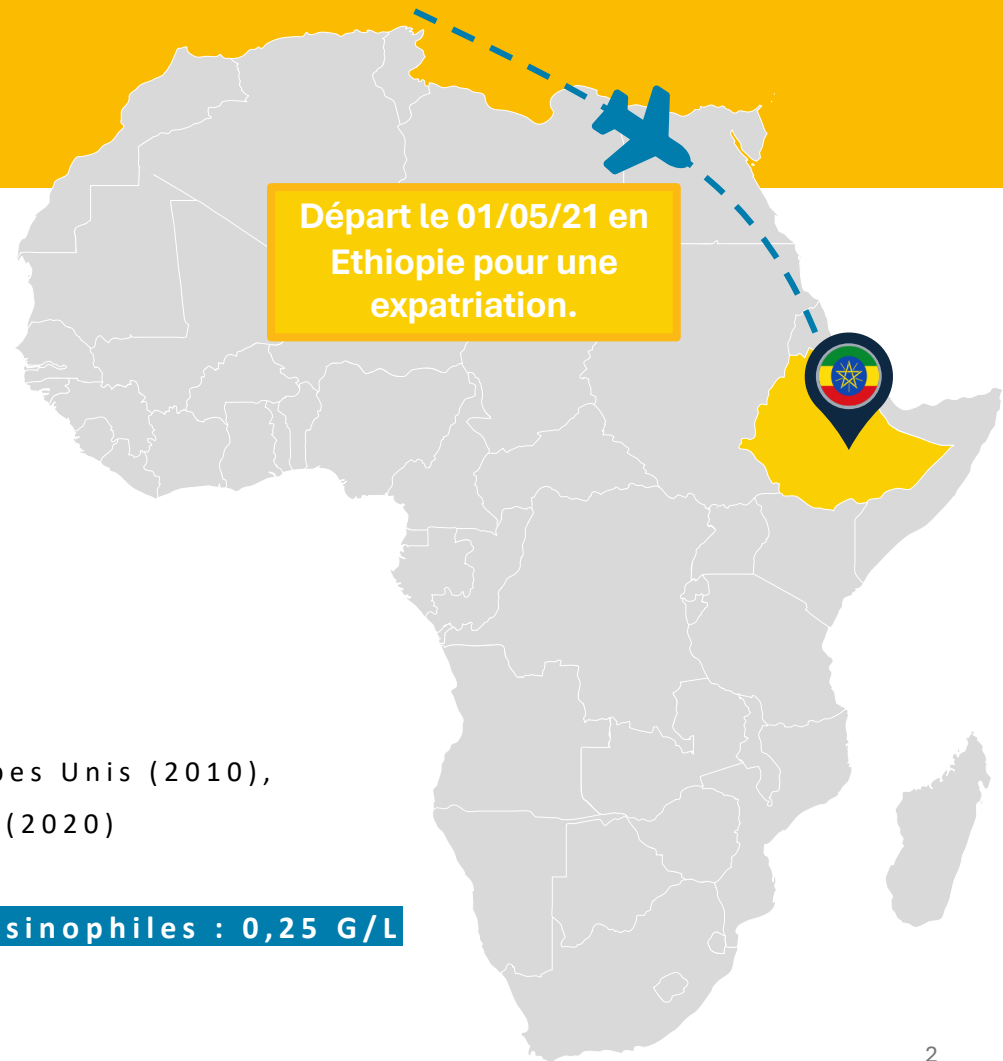
**Antécédents** : syndrome des ovaires polykystiques

**Allergies** : fruits de mer

**Traitements** : microprogestatif

**Voyages antérieurs** : Géorgie (2004), Emirats Arabes Unis (2010),  
Egypte (2014), Philippines (2016), Afrique du Sud (2020)

→ Bilan de routine avant le départ : normal, **éosinophiles : 0,25 G/L**



# Retour en France à 1 an

**Aucun symptôme,** nouveau bilan de routine.

Eosinophiles  
(G/L)

**Hyperéosinophilie**

**2,75**  
**(27%)**

0,5

Mai 2022

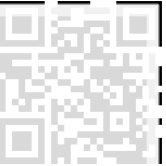
Pas de signe de gravité associé à l'hyperéosinophilie

Reste du bilan normal :

- Hb : 13,8 g/dL
- Lymphocytes : 1,84 G/L
- PNN : 4,87 G/L
- Plaquettes : 212 G/L
- CRP < 1 mg/L
- ASAT : 20 U/L
- ALAT : 28 U/L
- Créatinine : 71  $\mu$ mol/L



# Préparez-vous à jouer



*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans le add-in Sendsteps.*

*Vous voulez télécharger le add-in gratuit? Rendez-vous sur <https://dashboard.sendsteps.com/>.*

Names won't show?

Click on Dashboard > Audience identification

# Q1: Quelle prise en charge ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Recherche d'une étiologie médicamenteuse
- B. Recherche du transcrit de fusion FIP1L1-PDGFR
- C. Demander une sérologie VIH
- D. Demander une sérologie strongyloïdose
- E. Traitement d'épreuve par Albendazole 400 mg



La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.



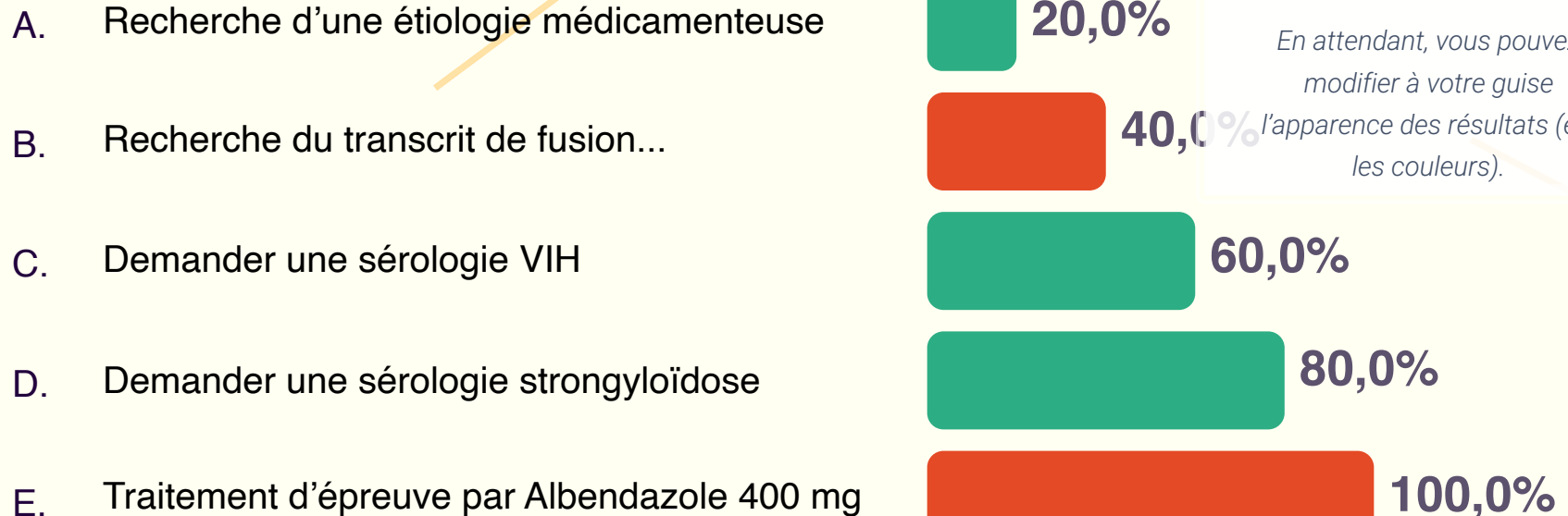
0

0

Fermé

Cette présentation Sendsteps a été chargée sans

# Q1: Quelle prise en charge ? (une ou plusieurs réponses possibles)



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

# Résultats du bilan

Examens parasitologiques des selles x 3 : négatifs

Examen parasitologique des urines : négatif

Sérologies parasitaires :

- Ascarirose (EIA Novatec) : **IgG 20 (N <15)**
- Bilharziose (EIA Novalisa): négative
- Distomatose (EIA Bordier) : négative
- Échinococcose (EIA Bordier) : limite, absence d'anticorps détectés par immunoempreinte
- Filariose (EIA Novalisa) : **IgG 26 (négatif < 8, positif > 12)**
- Strongyloïdose (EIA Novalisa) : négative
- Toxocarose (EIA Novalisa) : négative
- Trichinellose (EIA IBL-Diasorin) : négative

Sérologie VIH : négative

## Q2 : Quelle prise en charge ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Sérologie filariose positive : recherche d'une microfilarémie
- B. Sérologie filariose positive : traitement d'une onchocercose par Ivermectine
- C. Traitement d'épreuve par Ivermectine 200  $\mu$ g/kg et Albendazole 400 mg
- D. Traitement d'épreuve par Praziquantel 20 mg/kg
- E. Patiente asymptomatique : surveillance et répéter le bilan à distance



La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.








0

0

Fermé

Cette présentation Sendsteps a été chargée sans

## Q2 : Quelle prise en charge ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Sérologie filariose positive : recherche d'une...  **20,0%**
- B. Sérologie filariose positive : traitement d'une...  **40,0%**
- C. Traitement d'épreuve par Ivermectine 200...  **60,0%**
- D. Traitement d'épreuve par Praziquantel 20...  **80,0%**
- E. Patiente asymptomatique : surveillance et...  **100,0%**

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



# Persistance d'une hyperéosinophilie : bilan répété

## 1 ❖ Biologie :

Leucocytes 18,9 G/L – **Eosinophiles 9,98 G/L** – Phénotypage lymphocytaire : normal  
ASAT 37 U/L (N 10-40) – **ALAT 53 (N 7-35)** - Tryptase : 4,3 µg/L (N < 14) – ANCA < 80  
EPS x3 : négatifs – Technique de Baermann : négative  
Microfilarémie diurne et nocturne : négatives

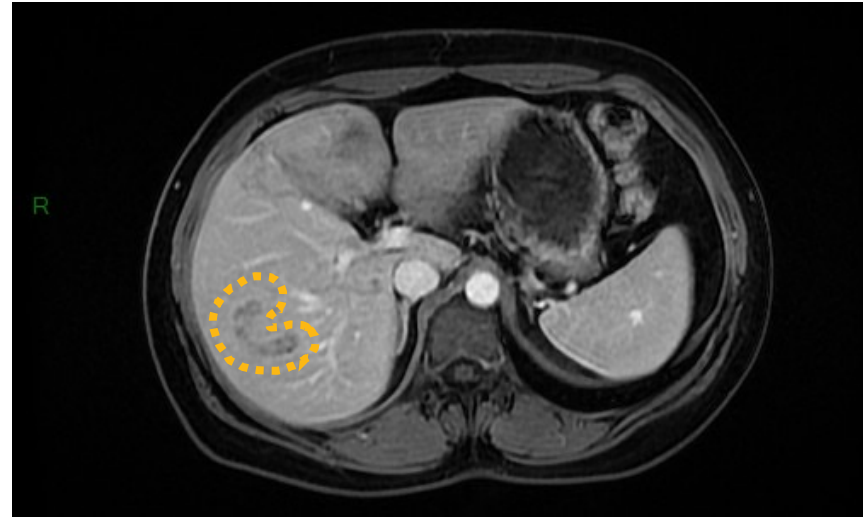
## 2 ❖ Scanner thoraco-abdominopelvien :

Foie de taille normale, présentant des **plages et des nodules confluents hypodenses non rehaussés par le produit de contraste**, prédominants à droite.

## 3 ❖ IRM du foie :

**Multiples plages mal limitées du foie droit non spécifiques**, pouvant évoquer en première intention une pseudo-tumeur inflammatoire/infectieuse, puis une tumeur solide (lymphome, cholangiocarcinome).

## 4 ❖ Biopsie hépatique : **Plages nécrotiques à polynucléaires éosinophiles associées à un infiltrat inflammatoire portal à nette prédominance éosinophile** devant faire évoquer en premier lieu une étiologie parasitaire, notamment compte tenu du contexte. Présence également d'une hépatite portale à éosinophiles dans le foie péri-lésionnel. **Absence de parasites identifiés par les colorations de Ziehl Neelsen et de Grocott.**



### Q3 : Quels helminthes ont un tropisme hépatique? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Schistosoma japonicum
- B. Fasciola gigantica
- C. Opisthorchis viverrini
- D. Échinococcus granulosus
- E. Toxocara sp.

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.



0

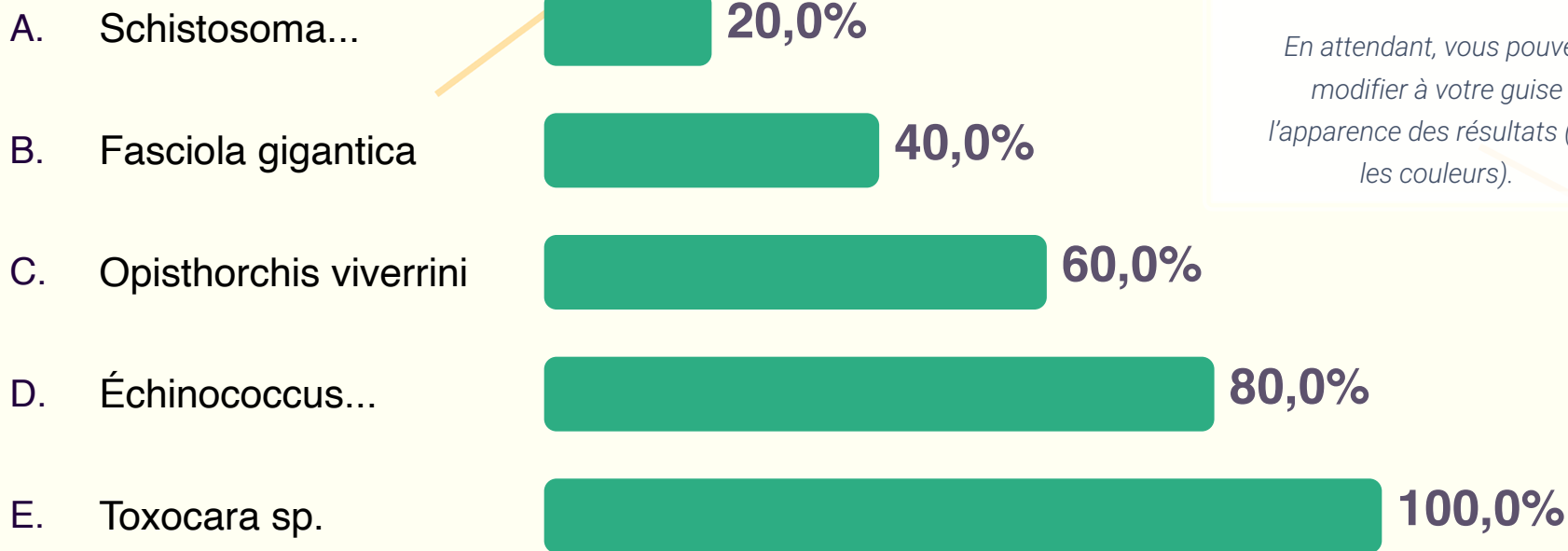
0

Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*



### Q3 : Quels helminthes ont un tropisme hépatique ? (une ou plusieurs réponses possibles)



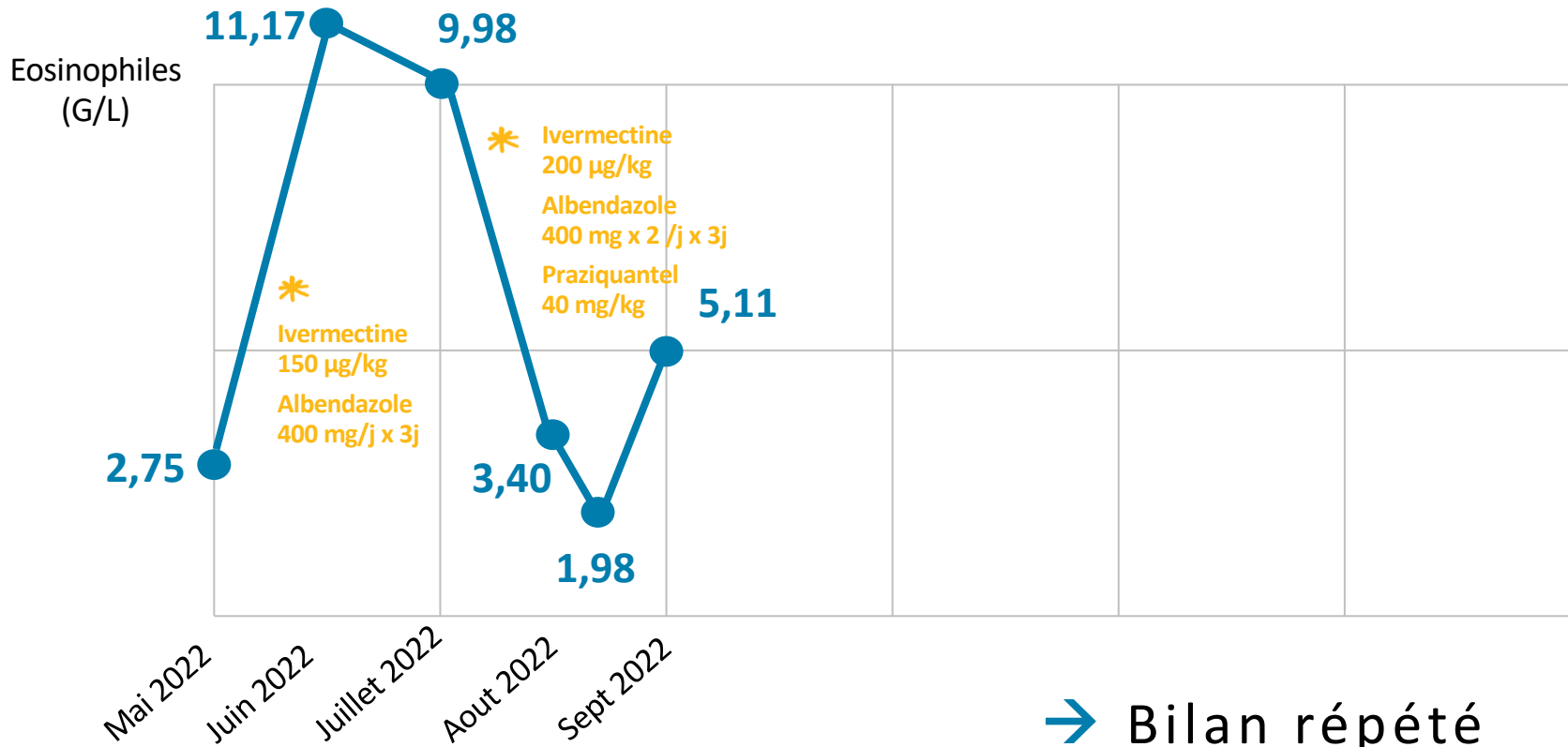
Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

## Q3 : Quels helminthes ont un tropisme hépatique ?

- 1 *Schistosoma japonicum* → Bilharziose
- 2 *Fasciola gigantica* → Distomatose hépatique « grande douve du foie »
- 3 *Opisthorchis viverrini* → Distomatose hépatique « petite douve du foie »
- 4 *Echinococcus granulosus* → Echinococcose hydatique « kyste hydatique »
- 5 *Toxocara sp.* → Toxocarose

# Persistance d'une hyperéosinophilie



# Bilan parasitaire répété

Sérologie distomatose fortement positive (HAI) : 2660 (positive si > 160)

Confirmée en Western Blot

*En  
persévérant,  
on arrive à  
tout.*



## Q4 : Quel traitement ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- A. Triclabendazole 10 mg/kg, pendant 1 jour
- B. Triclabendazole 20 mg/kg, à J0 puis J7
- C. Triclabendazole 10 mg/kg, à M0 puis M1
- D. Praziquantel 50 mg/kg/j, pendant 15 jours
- E. Praziquantel 75 mg/kg/j, pendant 7 jours

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.



0

0

Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*

# Q4 : Quel traitement ? (une ou plusieurs réponses possibles)

A. Triclabendazole 10 mg/kg, pendant 1 jour

20,0%

B. Triclabendazole 20 mg/kg, à J0 puis J7

40,0%

C. Triclabendazole 10 mg/kg, à M0 puis M1

60,0%

D. Praziquantel 50 mg/kg/j, pendant 15 jours

80,0%

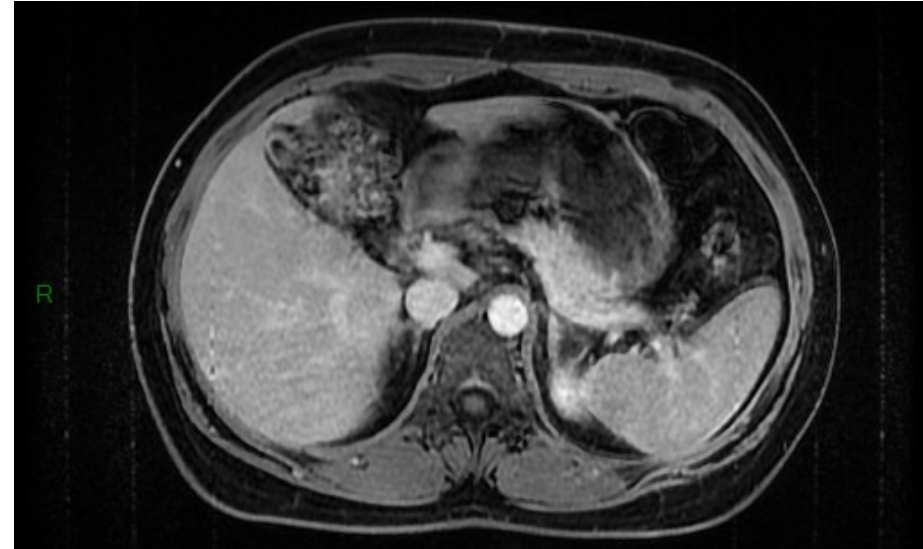
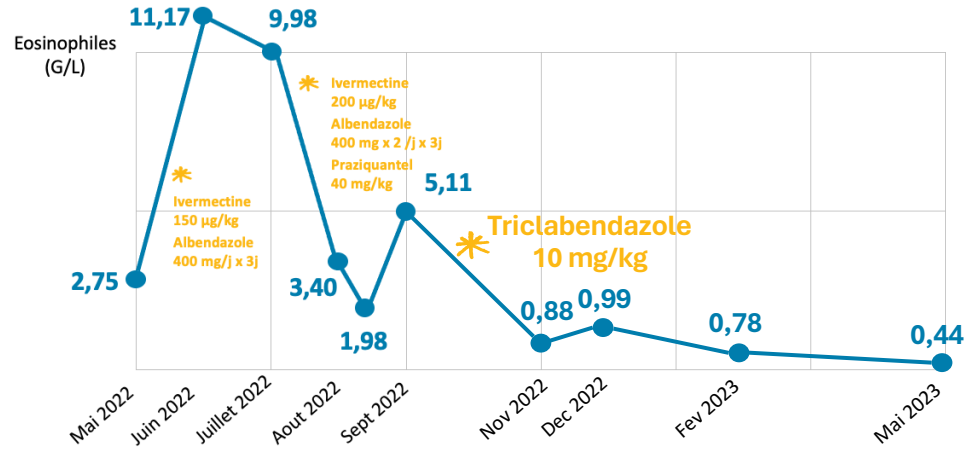
E. Praziquantel 75 mg/kg/j, pendant 7 jours

100,0%

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

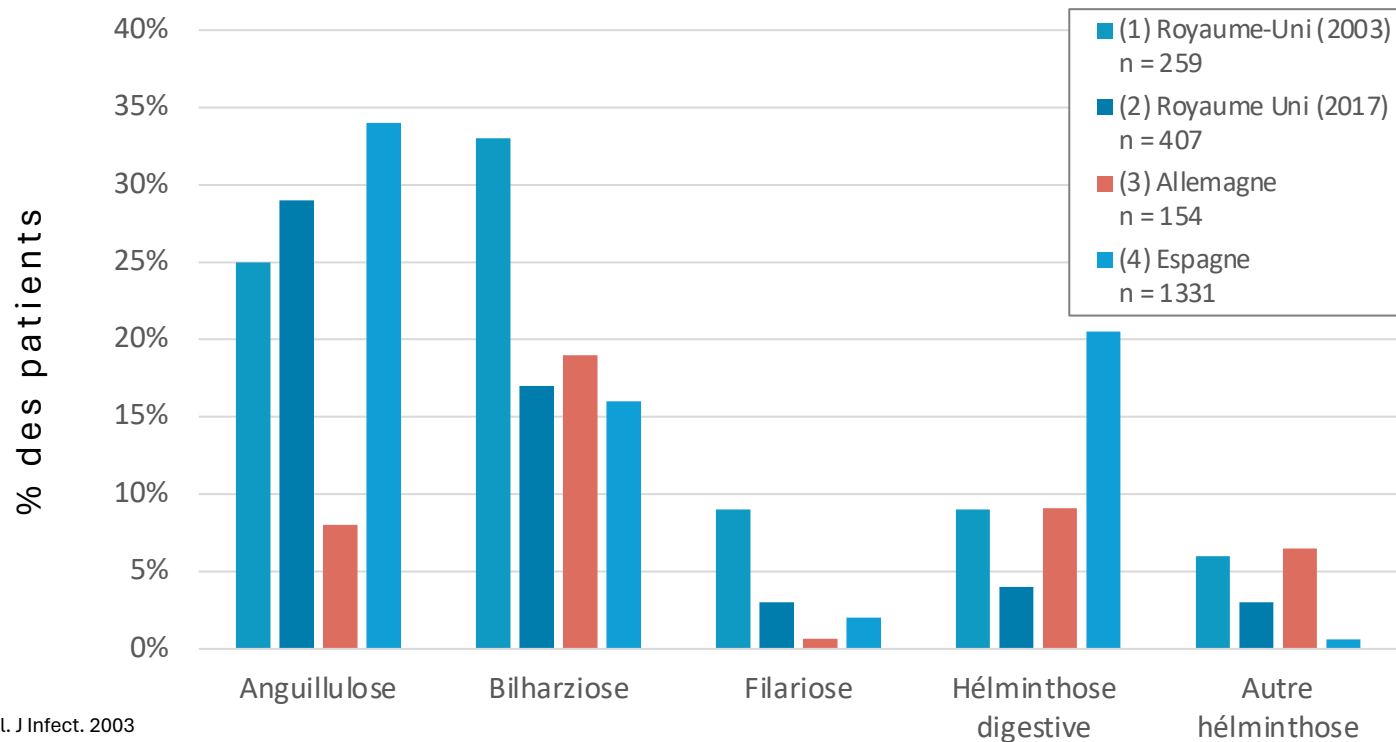
En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

# Evolution



6 mois post-traitement

# Hyperéosinophilie : étiologies chez le voyageur



France ?

(1) Whetham et al. J Infect. 2003

(2) Barrett et al. J Infect. 2017

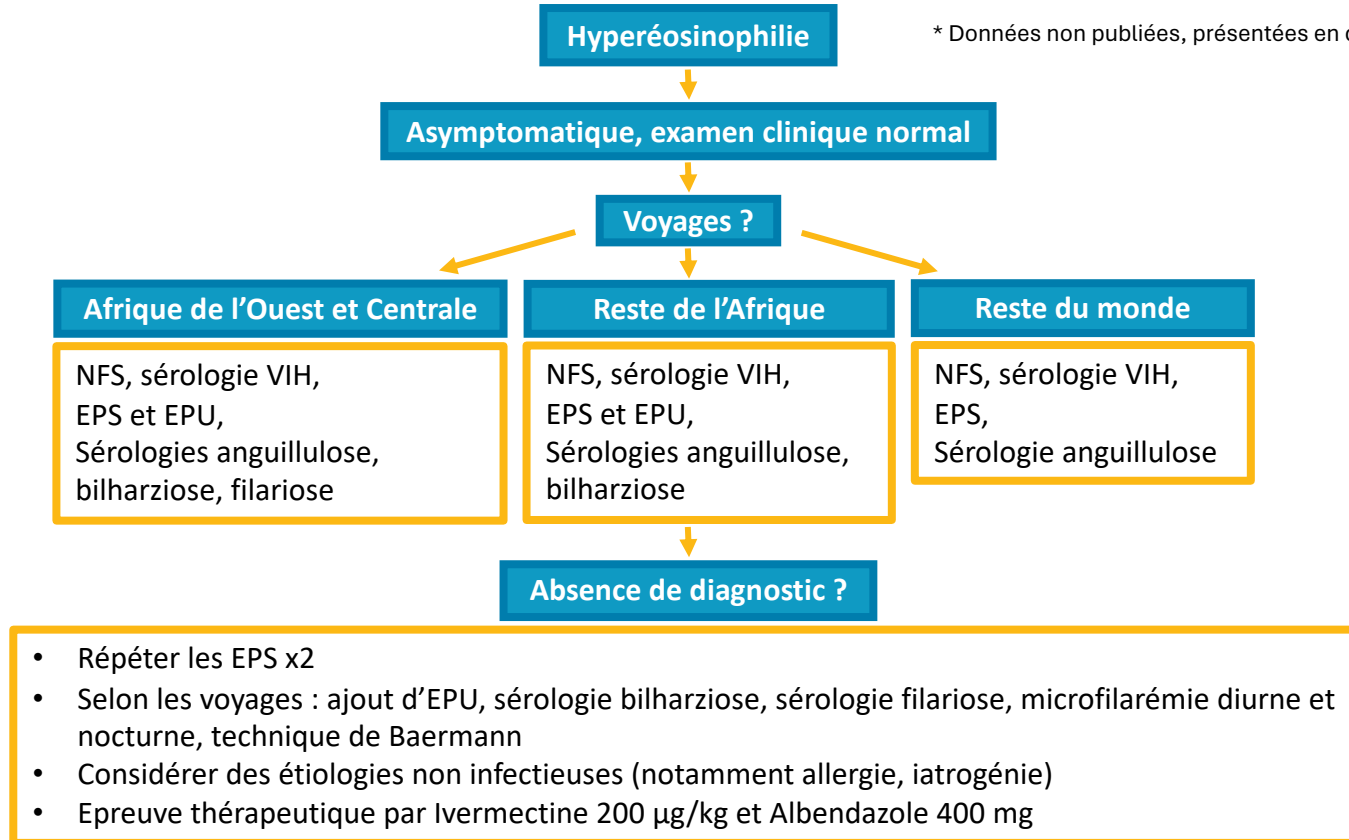
(3) Salzer et al. TMID 2017

(4) Serre-Delcor et al. Enferm Infect Microbiol Clin. 2017



# Hyperéosinophilie : recommandations\* britanniques

\* Données non publiées, présentées en congrès (ECCMID 2023, C Warrell)



- Répéter les EPS x2
- Selon les voyages : ajout d'EPU, sérologie bilharziose, sérologie filariose, microfilarémie diurne et nocturne, technique de Baermann
- Considérer des étiologies non infectieuses (notamment allergie, iatrogénie)
- Epreuve thérapeutique par Ivermectine 200 µg/kg et Albendazole 400 mg

# Distomatose hépatique : les pièges de ce cas

- **Absence de symptômes cliniques**

- Patients asymptomatiques dans 10 à 50 % des cas (1-3)

- **Sérologie et EPS initialement négatifs**

- Sérologie : bonne sensibilité (3-4)
  - Réalisée trop tôt ? Habituellement positive entre 2 à 4 semaines après l'infection initiale (4)
  - Problème de technique ? A priori pas de différence EIA et HAI (3)
- EPS : négatifs les 3 premiers mois (3), positivité de 0 à 28 % des patients selon les séries (5)

- **Retard diagnostique commun dans les pays non endémiques**

- Série suisse de 13 patients : durée médiane entre le début des symptômes et le diagnostic : 8,9 mois (min 1, max 48) (6)

(1) Mekky et al. Am J Trop Med Hyg. 2015

(2) Furst et al. Lancet Infect Dis. 2012

(3) HAS 2018

(4) Caravedo et al. Res Rep Trop Med. 2020

(5) Sarkari et al. J Clin Diagn Res. 2017

(6) Perrodin et al. Hepatobiliary Surg Nutr. 2019

# Conclusion



## Hyperéosinophilie chez le voyageur

- Bilan étiologique à orienter selon l'origine géographique
- **Intérêt à répéter les examens parasitaires en cas de forte suspicion**
- Pas de données françaises sur le sujet : intérêt d'une étude multicentrique ?



## Distomatose hépatique

- Jusqu'à 50% des patients asymptomatiques, sérologie généralement positive
- Non couverte par les traitements d'épreuve « classiques » (Ivermectine, Albendazole)
- **Y penser devant l'association lésions hépatiques + hyperéosinophilie**

Remerciements : Dr L. Kuhmel, Dr N. Etienne, Dr O. Paccoud, Dr PH. Consigny

# Une paraparasité qui venait du marigot...

**Gilles Gargala**  
**Laboratoire de Parasitologie-Mycologie**  
**CHU de Rouen**

## Déclaration d'intérêt de 2014 à 2023

- Intérêts financiers : NON
- Liens durables ou permanents : NON
- Interventions ponctuelles : NON
- Intérêts indirects : NON

Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne souhaite pas répondre

- **Intervenant** : GARGALA / Gilles
- **Titre** : QUIZ Médecine tropicale

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

OUI X NON

OUI X NON

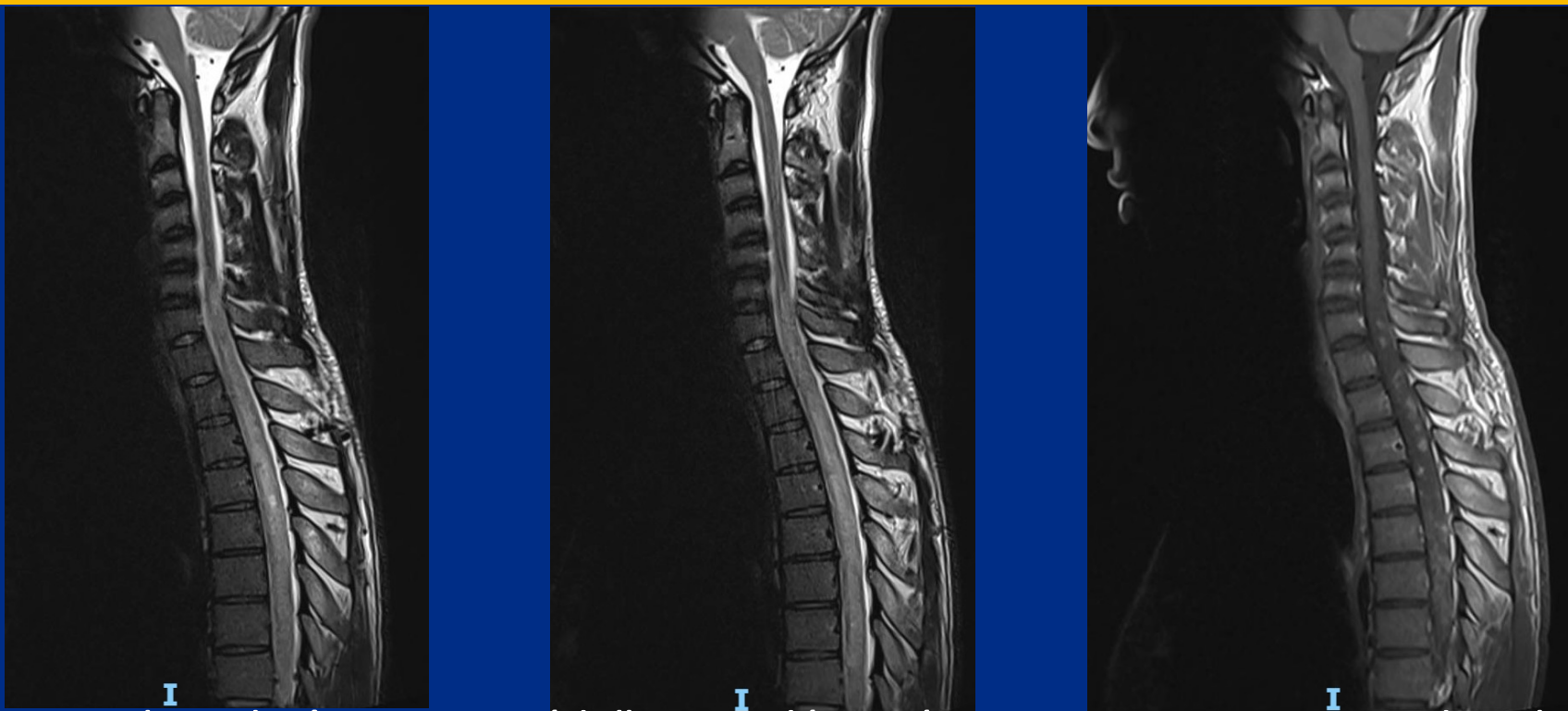
OUI X NON

OUI X NON

# Monsieur E..., 25 ans, originaire d'Erythrée, arrivé en France en septembre 2018

- ✓ Août 2019 (SAU) :
- ✓ Evoluant depuis 2 mois environ : douleurs abdominales puis apparition de troubles sensitifs et d'un déficit moteur du MIG devenant bilatéral avec impossibilité à la marche.
- ✓ Pas de fièvre ou épisode infectieux récent.
- ✓ Examen : paraparésie ; babinski bilatéral ; douleurs en ceinture avec hypoesthésie à la piqûre jusqu'en T4 ; dysurie/rétention avec nécessité de pose d'une sonde urinaire.
- ✓ Conclusion : **syndrome médullaire**

# IRM médullaire : myélite diffuse extensive allant de C6 à T11



Hypersignal T2 plutôt centro-médullaire oedématisé avec une augmentation de volume, hyposignal T1, multiples prises de contraste en patchs après injection de gadolinium.



# Quelles sont les étiologies à évoquer devant ce syndrome ?

- A. parasitaire
- B. arbovirose
- C. tuberculose
- D. spirochétose
- E. Origine auto-immune

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

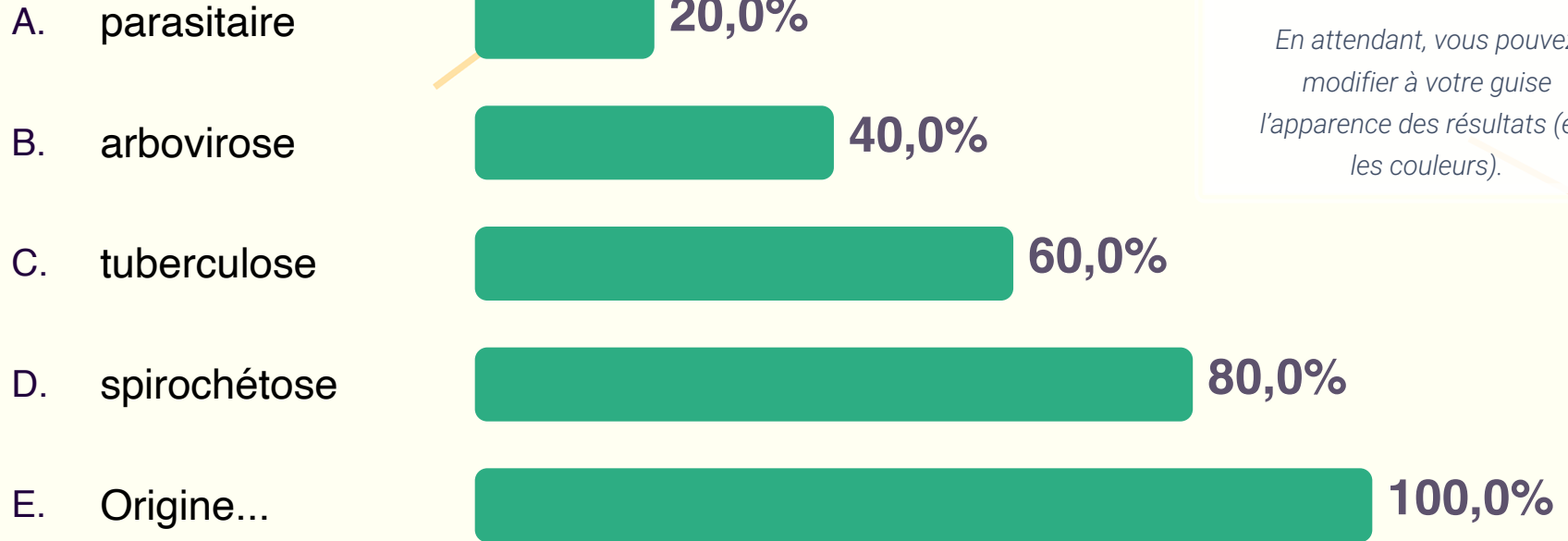
0 

0 

 Fermé

Cette présentation Sendsteps a été chargée sans

# Quelles sont les étiologies à évoquer devant ce syndrome ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

# Bilan biologique sanguin

- ✓ NFS sans anomalies en dehors de leucocytes 12 G/l (8,6 G/l PNN)
- ✓ absence d'HEOS
- ✓ CRP < 5 mg/l
- ✓ BH, BE normaux
- ✓ IgE totales 336 kU/l (nale < 114)
- ✓ Virologie : sérologies NEGATIVES (VIH, VHB, VHC, VHE, HTLV-1) ou immunité ancienne probable (CMV, EBV, HSV-1, VZV)
- ✓ Bactériologie : NEGATIVE (sérologie Lyme , syphilis, quantiféron)
- ✓ Absence d'auto-anticorps

# Résultats biologiques du LCS

## Immunophénotypage

- ✓ eau de roche ; hyperprotéinorachie : profil oligoclonal (2 bandes)
- ✓ 120 leuco/mm<sup>3</sup>, 7 GR/mm<sup>3</sup>
- ✓ LCS hyperlymphocytaire, ↑ LT CD4, présence de LT CD8y

## Examen cytologique

- ✓ Matériel polymorphe, inflammatoire d'intensité modérée (lympho-plasmocytes, polynucléaires éosinophiles et macrophages)

## Microbiologie

- ✓ Mycobactéries : NEGATIVES
- ✓ Charges virales/ELISA arboviroses : NEGATIVES (arbovirus, HHV-6, CMV, adénovirus, entérovirus)
- ✓ PCR (bactério, viro) : NEGATIVES (*Listeria*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, PCR16S, HSV-1, HSV-2, VZV)

# Quelles explorations parasitologiques demandez-vous?

*La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.*

- A. Sérologie d'échinococcose
- B. Sérologie de schistosomose
- C. Sérologie de cysticerose
- D. Sérologie d'anguillulose
- E. Examens parasitologiques des selles



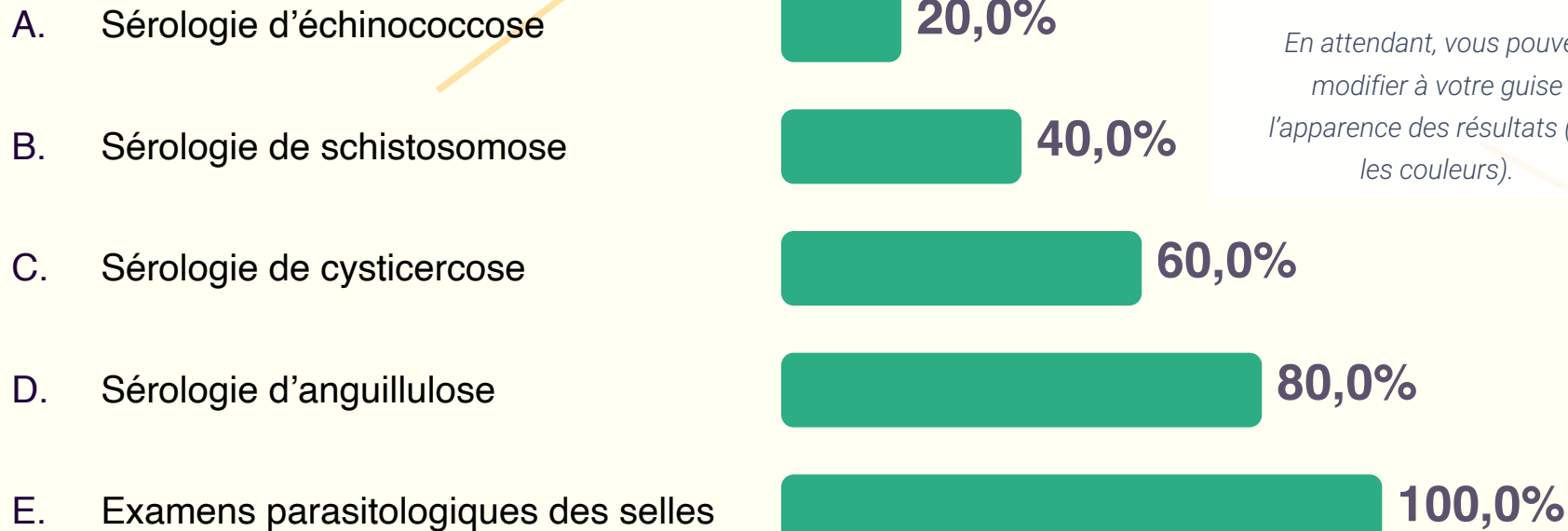
0

0

Fermé

*Cette présentation Sendstens a été chargée sans*

# Quelles explorations parasitologiques demandez-vous ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

# Résultats parasitologiques

Sérologies d'échinococcose, cysticerose, anguillulose, toxoplasmose : NEGATIVES

Sérologie de bilharziose :

**POSITIVE**

Schistosoma mansoni IgG	50,3 Positif (Seuil= 10 U)
Western Blot Bilharziose	26/08/2019 93515814
p22-24	Positif
p30-34	Positif
ELISA, Schistosoma mansoni IgG, IBL	
Western Blot Shisto II, LD BIO	

Examen parasitologique des selles : présence de très rares œufs de *Schistosoma mansoni*



Œuf de *S. mansoni* - techn. de MIF concentration (X 400)

# Quelles explorations parasitaires complémentaires à pratiquer à partir du LCR demandez-vous ?

*La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.*

- A. PCR Schistosoma
- B. Ac anti-Schistosoma
- C. Ac anti-Tænia solium (cysticercose)
- D. Ac anti-Echinococcus
- E. PCR Toxoplasma



0

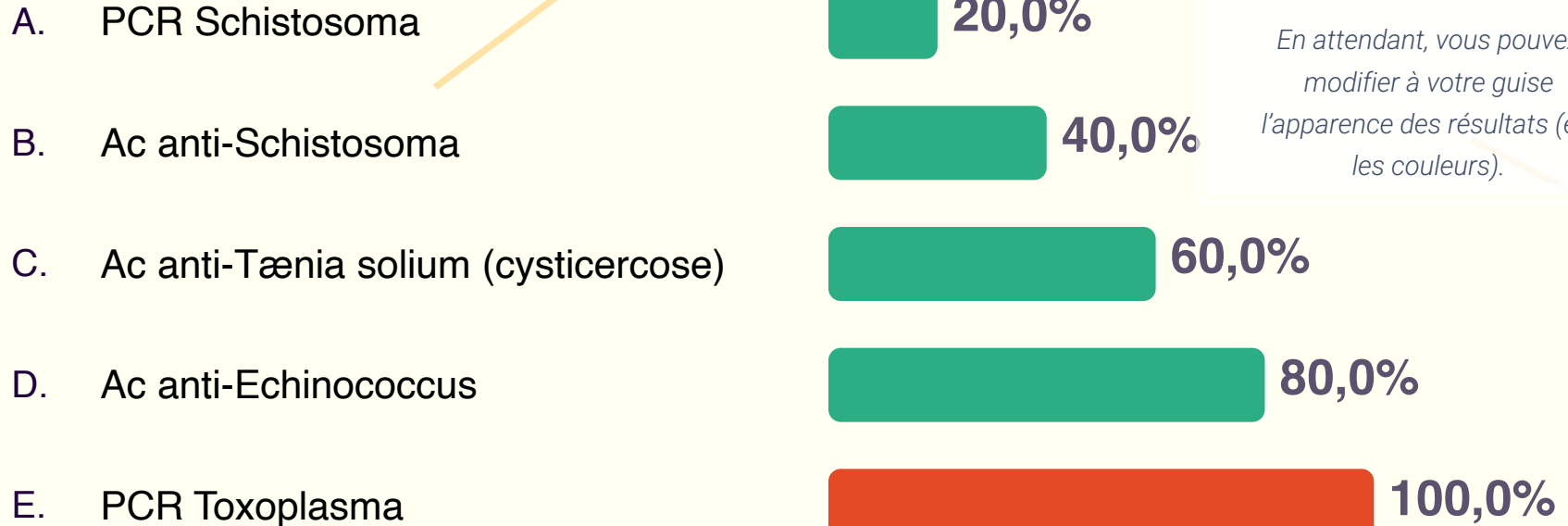
0

Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*



# Quelles explorations parasitaires complémentaires à pratiquer à partir du LCR demandez-vous?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

# Résultats des PCR *Schistosoma*

## PARASITOLOGIE MYCOLOGIE

Nature du prélèvement : LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

### Recherche d'ADN de *Schistosoma*

° <i>Schistosoma haematobium</i> <i>Technique: PCR LightCycler Roche</i> <i>Ref: Cnops 2013</i>	Absence de détection d'ADN.	(FJ4)
° <i>Schistosoma mansoni</i> <i>Technique: PCR LightCycler Roche</i> <i>Ref: Wichmann 2009</i>	Présence d'ADN.	(FJ4)
Conclusion	Schistosomose à <i>Schistosoma mansoni</i> .	(FJ4)

Nature du prélèvement : SERUM

### Recherche d'ADN de *Schistosoma*

° <i>Schistosoma haematobium</i> <i>Technique: PCR LightCycler Roche</i> <i>Ref: Cnops 2013</i>	Absence de détection d'ADN.	(FJ4)
° <i>Schistosoma mansoni</i> <i>Technique: PCR LightCycler Roche</i> <i>Ref: Wichmann 2009</i>	Présence d'ADN.	(FJ4)
Conclusion	Schistosomose à <i>Schistosoma mansoni</i> .	(FJ4)

# Traitement de Monsieur E... ? (plusieurs réponses)

*La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.*

- A. corticothérapie seule
- B. praziquantel (Biltricide®) seul
- C. corticothérapie + praziquantel (Biltricide®)
- D. praziquantel (Biltricide®) + albendazole (Zentel®)
- E. ivermectine (Stromectol®)



0

0

Fermé

*Cette présentation Sendstens a été chargée sans*

# Traitement de Monsieur E... ? (plusieurs exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.)

A. corticothérapie seule

20,0%

B. praziquantel (Biltricide®) seul

40,0%

C. corticothérapie + praziquantel (Biltricide®)

60,0%

D. praziquantel (Biltricide®) + albendazole...

80,0%

E. ivermectine (Stromectol®)

100,0%

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).

# Traitement de Monsieur E... et épilogue...

A reçu :

- ✓ ivermectine (2 cures) + praziquantel (2 cures)
- ✓ des bolus d'1 g/j de méthylprednisolone injectable pendant 4 jours puis décroissance progressive et est sorti sous prednisone (3 mois de corticothérapie au total)

Evolution fonctionnelle favorable au niveau sensitivo-moteur mais persistance de troubles vésico sphinctériens

# La neuroschistosomose (médullaire)

✓ Le SNC est un site ectopique pour les œufs de *Schistosoma* et le rachis est le plus souvent atteint par voie veineuse (plexus veineux vertébral de Batson reliant le système veineux portal à la moelle épinière)

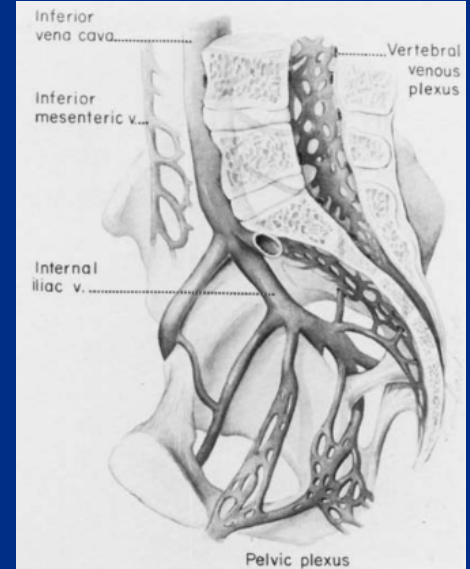
✓ 2 explications possibles :

- migration anormale des vers pondant des œufs près du SNC

- embolisation des œufs à partir des veines mésentériques

✓ la réponse de l'hôte vis-à-vis des œufs explique le spectre de sévérité clinique

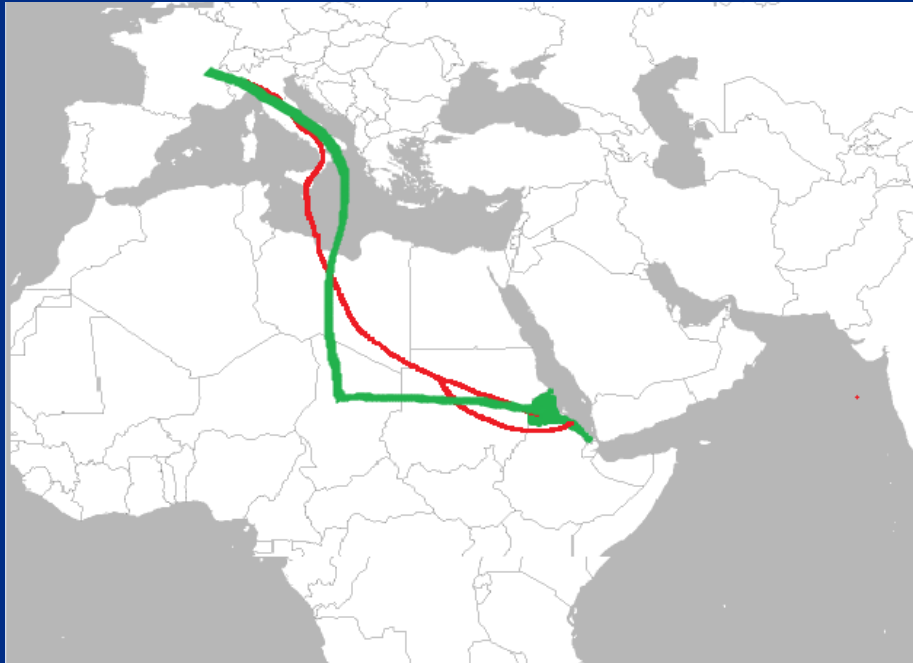
✓ Les manifestations neurologiques dépendent du site de la lésion



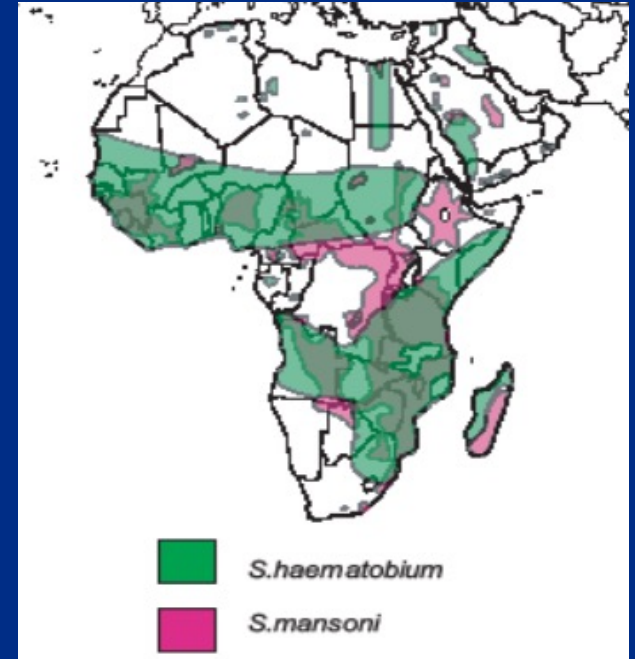
## La neuroschistosomose (médullaire)

- ✓ Principalement rencontrée chez des personnes venant de régions non endémiques et qui se déplacent dans les zones d'endémicité
- ✓ Souvent à la phase initiale de l'infection parasitaire mais peut survenir à n'importe quelle phase
- ✓ Surtout caractérisée pour *S. mansoni* mais les autres espèces peuvent également impacter le SNC

# Où Monsieur E... a-t-il contracté sa bilharziose ?



Départ d'Erythrée 7 ans avant  
l'apparition des troubles  
A entre temps vécu au Niger



Répartition des 2  
principales espèces de  
*Schistosoma* en Afrique



## « Take home message »

- ✓ L'absence d'HEOS ne doit pas retarder la sérologie de schistosomose
- ✓ Sérologie chez les personnes à risque : pas avant 6 semaines après l'exposition supposée

**Merci pour votre attention (et participation) !**

- ✓ Penser à la PCR *Schistosoma* (sang, LCR si neuroschistosomose) au

Je remercie particulièrement :

cours de la phase d'invasion

- Drs Benjamin HEBANT et Romain LEFAUCHEUR, Unité d'urgences neurologiques et neurologie polyvalente, Service de Neurologie, CHU Rouen

- ✓ Praziquantel efficace seulement sur les vers adultes et inefficace sur les œufs et la réaction inflammatoire en réponse

- Prs Antoine Berry et Judith FILLAUX, Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, CHU-Toulouse

**JNI** 25<sup>es</sup> Journées  
Nationales  
d'Infectiologie

**DEAUVILLE**  
et la région Normandie

du mercredi 12 au vendredi 14 juin 2024



SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE  
de MÉDECINE  
TROPICALE et SANTÉ  
INTERNATIONALE



**GR/IDIST**  
GROUPE INFECTIOLOGIE DERMATOLOGIQUE ET INFECTIONS  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



# Ulcère sous les tropiques

Dr Justin DESTOOP

Chef de Clinique Assistant

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

Groupe Hospitalier La Pitié-Salpêtrière, Paris



## Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

- **Intervenant** : DESTOOP Justin
- **Titre** : Ulcère sous les tropiques

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

NON

NON

NON

NON

# Femme, 39 ans

- Antécédents : VIH, lèpre multibacillaire correctement traitée il y a plusieurs années
- Vit à Mana, Guyane
- Motif de consultation : lésion du genou gauche évoluant depuis plusieurs semaines





# Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

- A. Leishmaniose cutanée
- B. Ulcère de Buruli
- C. Ecthyma streptococcique
- D. Lobomycose
- E. Diphtérie cutanée

0  0 

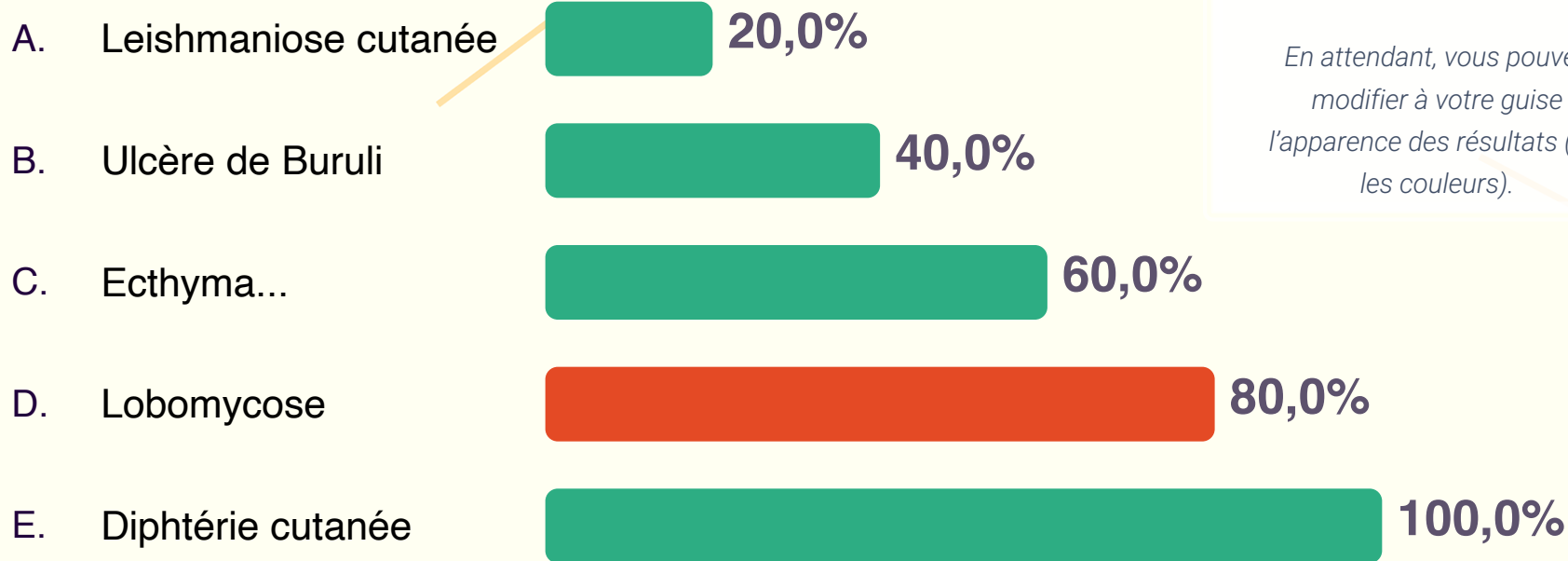
 Fermé

Cette présentation Sendsteps a été chargée sans

# Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).







Lobomyose



# Quel signe « quasi » pathognomonique vous orienter vers un ulcère de Buruli ?

- A. Hypoesthésie péri-lésionnelle
- B. Décollement des berges
- C. Crépitation neigeuse péri-lésionnelle
- D. Dermographisme péri-lésionnel
- E. Purpura péri-lésionnel

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

0  0 

 Fermé

*Cette présentation Sendstens a été chargée sans*

# Quel signe « quasi » pathognomonique vous orienter vers un ulcère de Buruli ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).





# Quels examens réalisez vous devant cette ulcération ?

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

- A. TDM TAP
- B. IRM du genou gauche
- C. Biopsie(s) au centre de l'ulcération
- D. Ecouvillon sec au bord de l'ulcération
- E. Interferon Gamma Release Assays (Ex : Quantiferon ®)

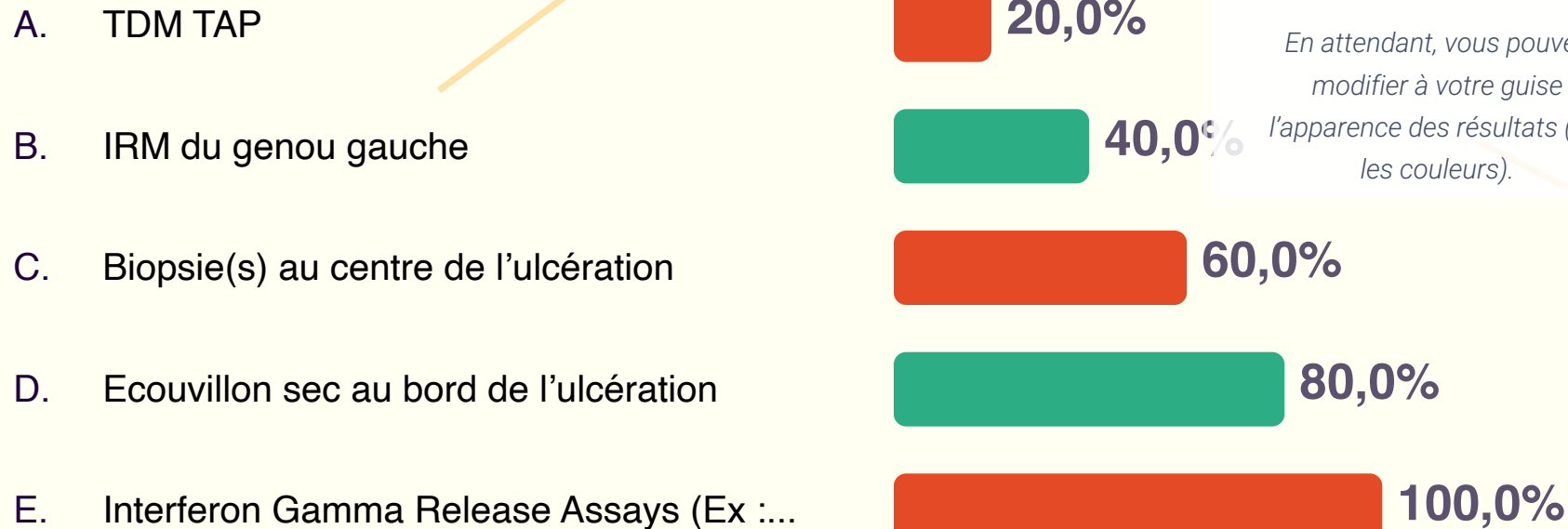
0 

0 

 Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*

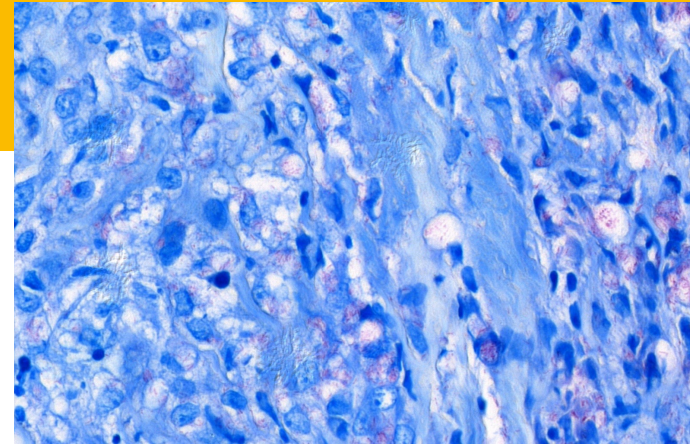
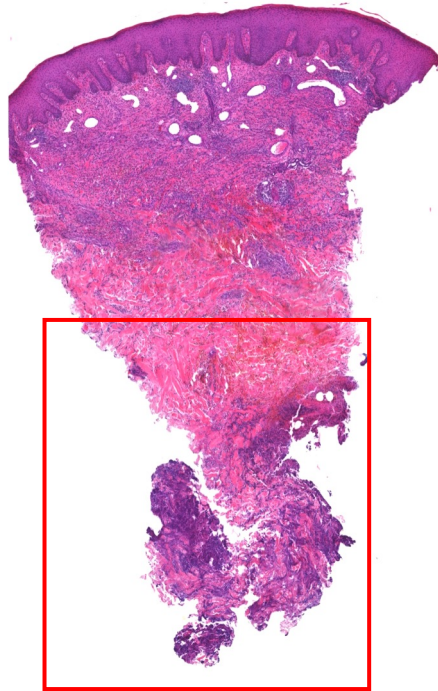
# Quels examens réalisez vous devant cette ulcération ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).





**Nécrose  
inflammatoire de la  
jonction dermo-  
hypodermique  
comportant des  
polynucléaires  
neutrophiles altérés.**

# Parmi ces propositions concernant le traitement, laquelle(s) est/sont la/les proposition(s) vraie(s) ?

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

- A. Parage chirurgicale
- B. Clarithromycine + rifampicine
- C. Clarithromycine + doxycycline
- D. Durée de traitement : 3 mois
- E. Durée de traitement 6 à 12 mois



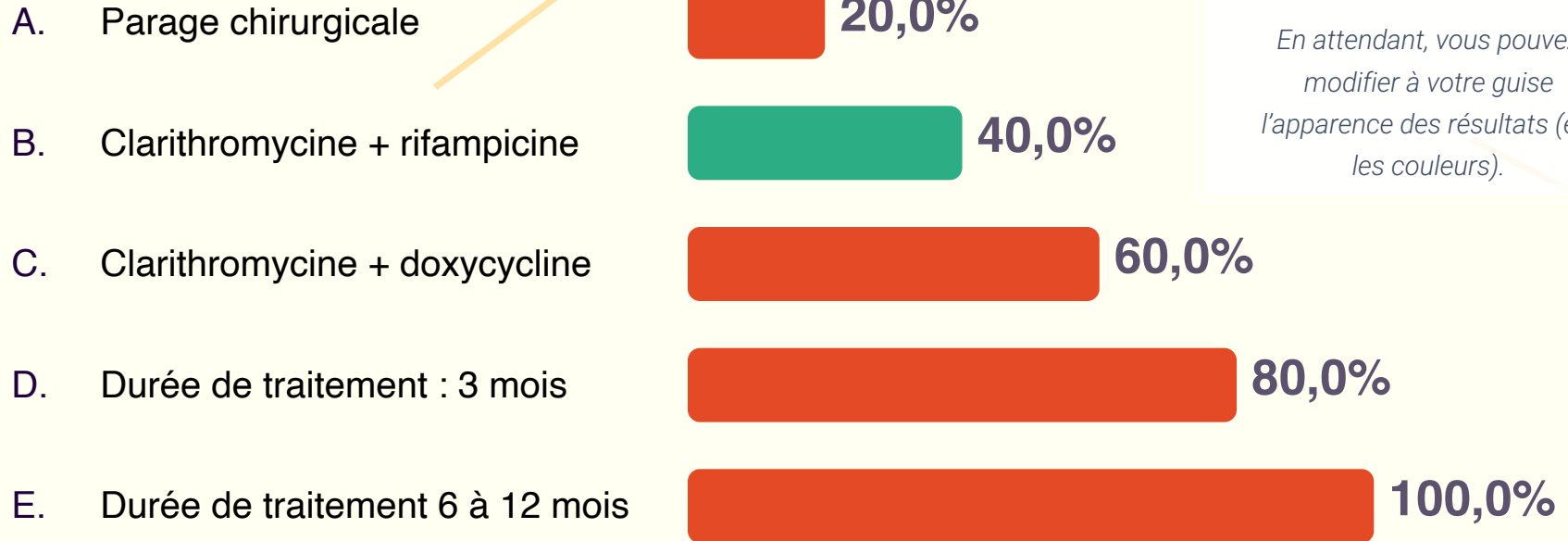
0

0

Fermé

Cette présentation Sendsteps a été chargée sans

# Parmi ces propositions concernant le traitement, quelle(s) est/sont la/les proposition(s) vraie(s) ?



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



**clarithromycine (7,5mg/kg  
x 2 / j)  
+  
rifampicine (10mg/kg/j  
)  
Durée : 8 semaines**



M0



M1



M3

# Ulcère d'origine infectieuse en Guyane : 3 hypothèses principales

Bactério :  
**Ecthyma S**

Mycobac :  
**Ulcère de  
Buruli**



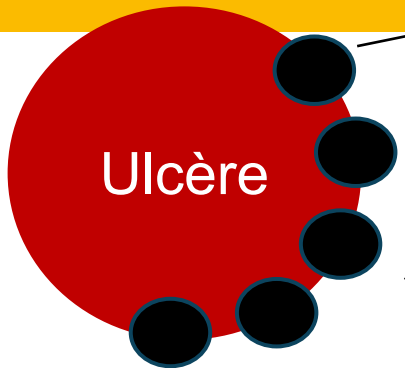
Parasito :  
**Leishmanio  
se**

# Tableau des étiologies infectieuses des ulcères (hors génitaux)

Mycobactériologie	Bactériologie	Parasitologie	Mycologie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuberculose cutanée</li> <li>- Lèpre (état réactionnel : Phénomène de Lucio</li> <li>- <b>MNT :</b> <i>M. ulcerans</i>+++, <i>M. Marinum</i> ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ecthyma streptococcique ++</b></li> <li>- Nocardiose</li> <li>- Ecthyma gangrenusum</li> <li>- <i>Bacillus anthrax</i></li> <li>- Tréponématose</li> <li>- Ricktsioses</li> <li>- Tularémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Leishmaniose ++</b></li> <li>- Trypanosomiase</li> <li>- Amibiase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mycose sous cutanée : sporotrichose</li> <li>- Localisation cutanée mycose systémique (coccidioidomycose, blastomycose, histoplasmosse...)</li> </ul>

1 - Ulcères infectieux en milieu tropical – Livre : Dermatologie Infectieuse – Mourad Mokni & al.

2 - Guide de l'examen clinique et du diagnostic en dermatologie – D. Lipsker



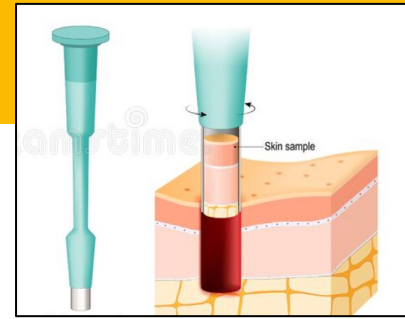
**Anatomopathologie**

**Bactériologie**

**Mycobactériologie  
(culture / PCR)**

**Parasitologie  
(culture RPMI)**

**Mycologie**



# Différentes formes cliniques de *M. ulcerans*



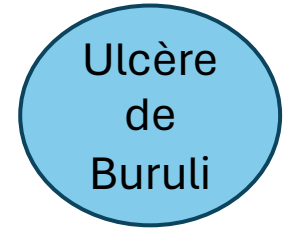
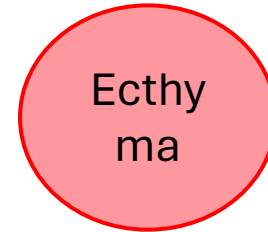
Organisation  
mondiale de la Santé

TRAITEMENT DE L'INFECTION À MYCOBACTERIUM ULCERANS (ULCÈRE DE BURULI)

- OMS

# Conclusion

- **3 étiologies principales** d'ulcère infectieux au retour de Guyane :
- **Décollement des berges** = *M. ulcerans*
- **Biopsies des berges**
- **Clarithromycine/rifampicine (8 semaines)**
- **Réaction paradoxale**



## Cas clinique médecine tropicale n°4

*A physician is someone who knows everything and does nothing. A surgeon is someone who does everything and knows nothing*

Dr Julia BROCHARD - LIBOIS  
CH Saint-Nazaire

Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé  
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne  
souhaite  
pas répondre

- **Intervenant** : Julia BROCHARD - LIBOIS
- **Titre** : Cas clinique médecine tropicale n°4

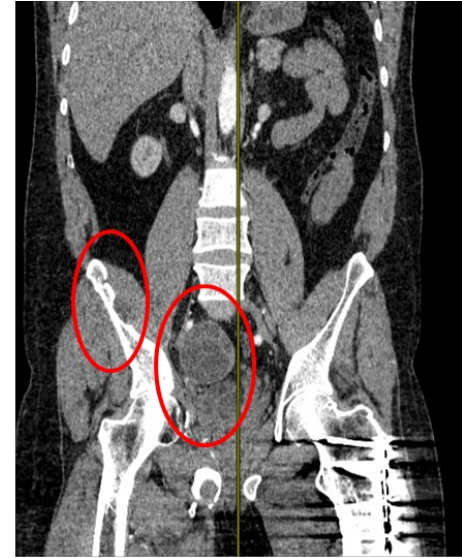
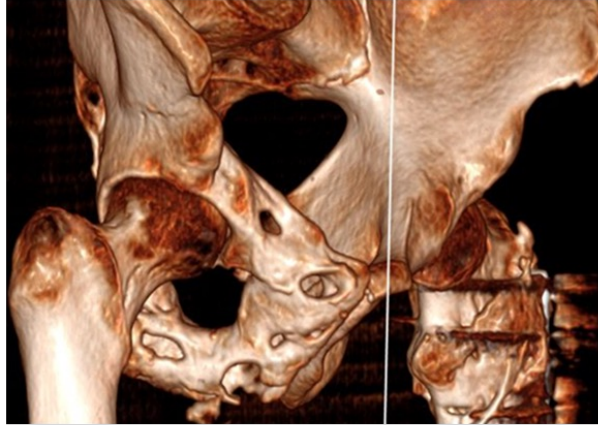
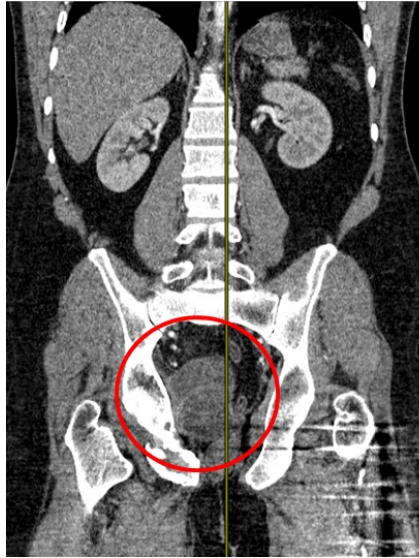
- Consultant ou membre d'un conseil scientifique  OUI  NON
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents  OUI  NON
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement  
ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations  OUI  NON
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique  OUI  NON



# Histoire

- ❖ Patient de 40 ans, irakien
- ❖ Traumatisme balistique en 2007 en Irak : splenectomie + hepatectomie partielle + ostéosynthèse fémorale G
- ❖ Douleurs FID + hanche droite puis apparition d'une fistule inguinale droite depuis 2009
- ❖ Arrivée en France début 2016
- ❖ Majoration douleur inguinale + écoulement qui devient purulent puis fièvre
- ❖ Passage aux urgences le 14/07/2016
- ❖ Appel le 15/07 pour « patient avec des abcès pelviens qui aura un drainage radiologique dans la journée »

# Imagerie



Collections pelviennes liquidiennes, trajet fistuleux à la peau à travers le cotyle, ostéolyse du cotyle et ischiopubienne  
Pas d'autre lésion

# Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ? (une ou plusieurs réponses possibles)

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

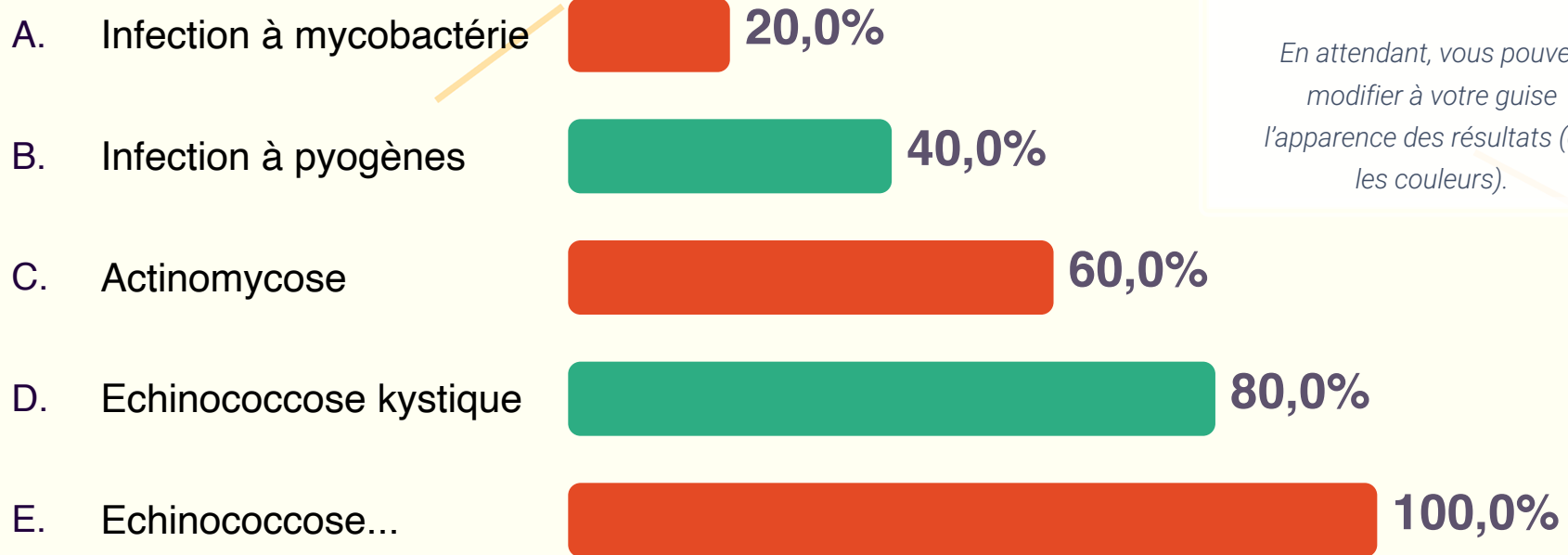
- A. Infection à mycobactérie
- B. Infection à pyogènes
- C. Actinomycose
- D. Echinococcose kystique
- E. Echinococcose alvéolaire

0  0 

 Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*

# Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ? (une ou plusieurs réponses possibles)



Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



# Prise en charge

En discutant avec le patient et en regardant les documents scannés :

- Kystes hydatiques pelviens avec extension osseuse depuis 2008
- Plusieurs chirurgies en Irak pour résection osseuse mais pas d'exérèse des kystes à proprement parler
- Traitement médical par mebendazole par cure séquentielles de 15j tous les mois depuis 2009 pendant plusieurs années

## Sérologie *Echinococcus granulosus* positive

### Echinococcoses (kyste hydatique et échinococcose alvéolaire) – Dépistage

		Valeurs de référence
Anticorps totaux par hémagglutination	640	inf. à 160
IgG par ELISA	158 kU/L	inf. à 10

### Echinococcoses (kyste hydatique et échinococcose alvéolaire) – Confirmation

IgG par Western Blot

Présence d'une bande à 7 kDa et d'une bande diffuse à 17 kDa.  
Profil en faveur d'une hydatidose (*E. granulosus*).

# Que faites-vous ?

- A. Antibiothérapie probabiliste large spectre
- B. Traitement antiparasitaire
- C. Ponction sous contrôle radiologique
- D. Indication chirurgicale à froid
- E. PAIR

*La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.*

0 

0 

 Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*

# Que faites-vous ?

A. Antibiothérapie probabiliste large spectre

20,0%

B. Traitement antiparasitaire

40,0%

C. Ponction sous contrôle radiologique

60,0%

D. Indication chirurgicale à froid

80,0%

E. PAIR

100,0%

*Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.*

*En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).*



# Chirurgie

- Chirurgie conjointe digestive / orthopédique : Exérèse kystes intrapéritonéaux + exérèse osseuse
- Prélèvements per op :
  - Scolex
  - *Finegoldia magna* + *E. coli* BLSE





# Quel traitement anti-parasitaire proposez-vous ?

La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.

- A. Albendazole
- B. Mebendazole
- C. Metronidazole
- D. Albendazole + praziquantel
- E. Praziquantel

0  0 

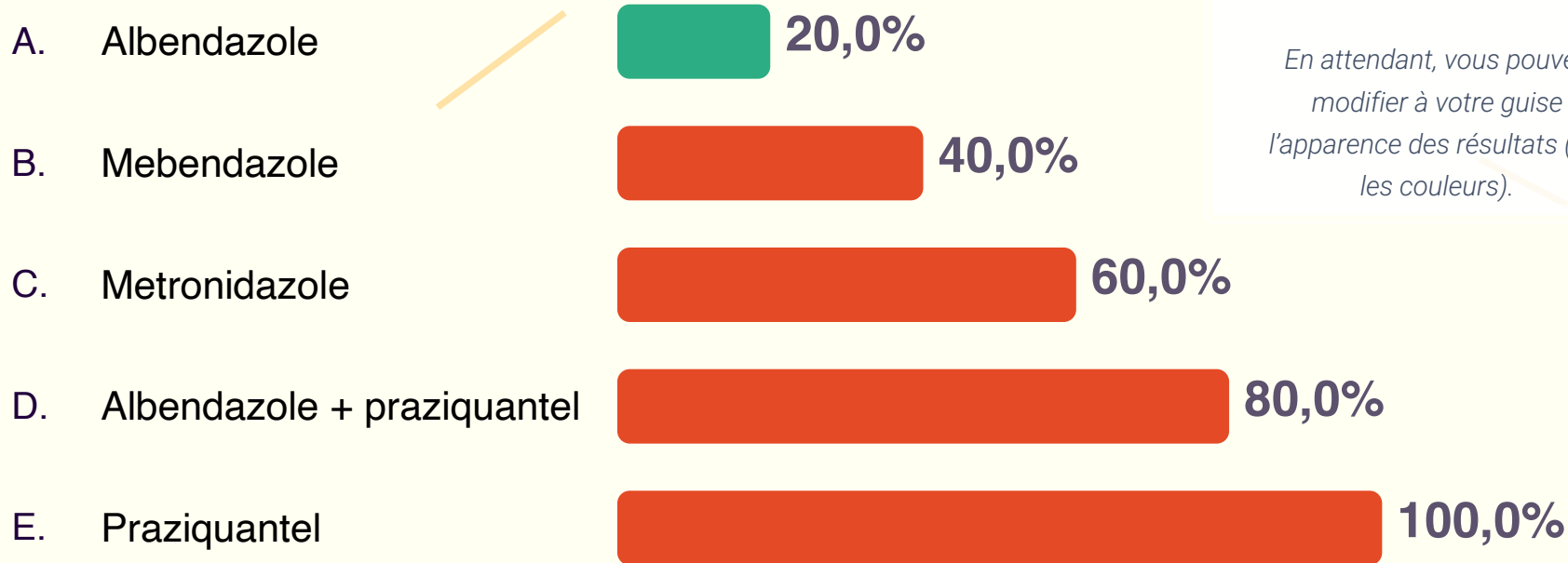
 Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*

# Quel traitement anti-parasitaire proposez-vous?

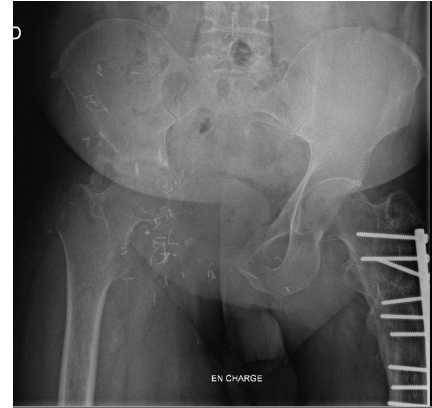
Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.

En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).



# Evolution

- Tigecycline + Ertapenem pendant 8 semaines
- Albendazole poursuivi
- Bonne évolution
- Cicatrisation cutanée
- Marche avec des cannes
- IRM à 6 mois : bonne évolution, pas de récurrence de kystes
- Mais patient douloureux (douleurs de hanche mécaniques + syndrome post thrombotique) demandeur d'une prise en charge reconstructive...



# Quel suivi proposez vous ?

- A. Sérologie tous les 6 mois
- B. Pas de suivi sérologique
- C. Surveillance imagerie
- D. Surveillance clinique seule
- E. Accord d'un point de vue infectiologique pour une PTH

*La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.*

0 

0 

 Fermé

*Cette présentation Sendsteps a été chargée sans*

# Quel suivi proposez vous ?

A. Sérologie tous les 6 mois

20,0%

B. Pas de suivi sérologique

40,0%

C. Surveillance imagerie

60,0%

D. Surveillance clinique seule

80,0%

E. Accord d'un point de vue infectiologique...

100,0%

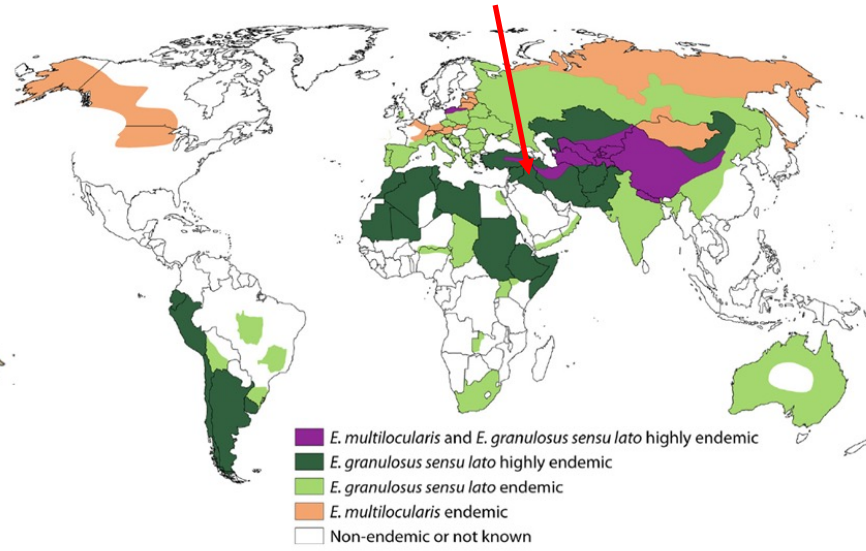
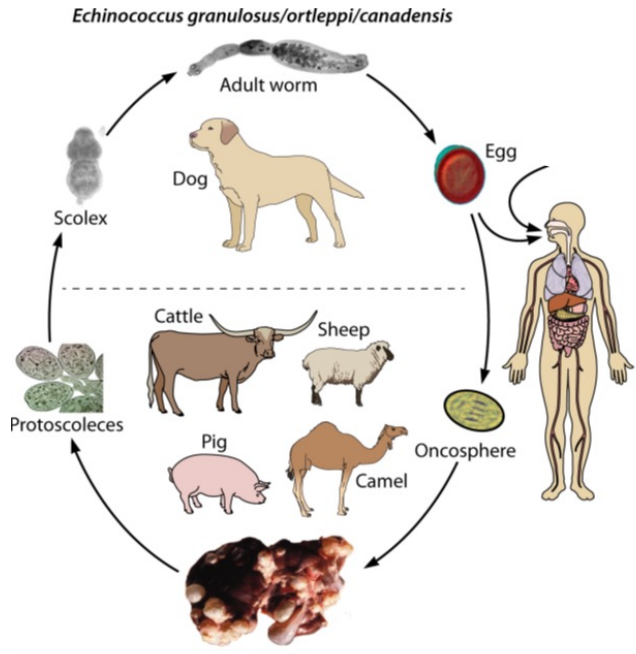
*Nous initialiserons ces exemples de résultats au 0 une fois la session et la présentation démarrées.*

*En attendant, vous pouvez modifier à votre guise l'apparence des résultats (ex. les couleurs).*



- Pas de RCP à l'époque, dossier discuté avec CNR et C. Bastid (Marseille)
- IRM suivi / 6 mois
- Arrêt de l'albendazole à 2 ans post chirurgie
- Aucun signe de récurrence à 5 ans
- Chirurgie de PTH non réalisée car balance bénéfice-risque non en faveur et multiples problématiques intercurrentes
- Perdu de vue depuis 2021

# Echinococcosse kystique



# Hydatidose osseuse

- Localisation rare : 1 à 4 % (rachis > os longs > pelvis)
- Surinfections bactériennes fréquemment associées
- Traitement chirurgical au maximum ++ (type chirurgie carcinologique) à discuter de façon collégiale
- Traitement associé par albendazole, durée indéfinie
- Si chirurgie délabrante ou incomplète : traitement médical suppressif à discuter
- Cases report sur intérêt éventuel de la radiothérapie



# Thérapeutique médicamenteuse

## ❖ **ALBENDAZOLE :**

- Parasitostatique
- Faible absorption, améliorée par repas **riche en graisse**
- Administration continue +++
- **Dosage ABZ-sulfoxyde pic**
- Surveillance NFS et bilan hépatique

## ❖ **PRAZIQUANTEL**

- Protoscolicide
- Augmente la biodisponibilité de l'ABZ
- EI digestifs, céphalées, anorexie
- Possible bénéfique d'une association ABZ + PZQ en pré et post geste, notamment en cas de rupture du kyste

## ❖ **MEBENDAZOLE**

- Parasitostatique
- Si intolérance albendazole

- ❖ Dosage pharmacologique de l'albendazole :
  - A partir de J10 d'instauration du traitement
  - Au pic (T+4h après la prise du matin)
  - A adresser au laboratoire de pharmacologie du CHU de Besançon
  - Objectif entre 1.5 et 3  $\mu\text{mol/L}$
- ❖ Risque de récurrence : 25%
- ❖ Pas de rythme / modalités définis pour le suivi
- ❖ Suivi sérologique à discuter
- ❖ Etudes en cours sur des biomarqueurs sanguins prédictifs de récurrence

# Actualités

- Possibles cas autochtones en régions PACA et Corse
- Observatoire français de l'échinococcose kystique (OFREKYS)
  
- Prévention :
  - Contrôle vétérinaire et vermifugeage des chiens
  - Lavage des mains
  - Cuire tout végétal sauvage cueilli près du sol
  - Les œufs sont détruits par la chaleur.
  - La congélation, l'alcool, le vinaigre ou l'eau de Javel NE TUENT PAS LE PARASITE.

- ❖ Merci au Dr Noémie Tissot, CHRU Besançon
- ❖ RCP le mercredi
- ❖ [cnr-echino@chu-besancon.fr](mailto:cnr-echino@chu-besancon.fr)

