

# La distomatose hépato-biliaire à *Fasciola hepatica* : A propos du premier cas observé à la Clinique des maladies infectieuses Ibrahima DIOP Mar du CHU de Fann à Dakar (Sénégal)

SEYDI M.<sup>1\*</sup>, SOUMARE M.<sup>1</sup>, SOW M.S.<sup>1</sup>, KA E.F.<sup>2</sup>, DIOP S.A.<sup>1</sup>, DIOP B.M.<sup>1</sup>, SOW P.S.<sup>1</sup>

## RESUME

La distomatose hépato-biliaire à *Fasciola hepatica* : A propos du premier cas observé à la clinique des maladies infectieuses Ibrahima DIOP Mar du CHU de Fann à Dakar (Sénégal)

La fasciolose hépato-biliaire est une anthroponose cosmopolite, rare au Sénégal. Nous rapportons le premier cas observé à la clinique des maladies infectieuses du CHU de Dakar. Il s'agit d'une patiente de 25 ans d'origine cap verdienne qui présentait une hépatomégalie douloureuse non fébrile avec hyperéosinophilie. L'échographie abdominale mettait en évidence une masse hétérogène siégeant au niveau du lobe droit du foie. L'origine parasitaire des lésions fortement suspectée à la tomographie assistée par ordinateur a été confirmée par la positivité de la sérologie utilisant l'antigène *Fasciola hepatica*. La parasitologie des selles avait mis en évidence des œufs de *Fasciola hepatica*. L'enquête clinique et épidémiologique avait retrouvé une notion de consommation habituelle de fruits de mer et de fruits sauvages de nature non précisée. La distomatose hépatobiliaire a été rarement diagnostiquée au Sénégal. Une étude prospective permettrait de mieux évaluer la place de cette affection parmi les helminthiases. Malgré l'indisponibilité du médicament de référence, le triclabendazole, notre patiente a été traitée avec succès par l'association praziquantel- albendazole qui constitue pour nous une alternative valable.

**Mots-clés** : Distomatose hépato-biliaire - Sénégal

## ABSTRACT

Hepatobiliary distomatosis: About the first case diagnosed at the Infectious Diseases Clinic Ibrahima DIOP Mar in Fann University Hospital Teaching in Dakar, Senegal

The fascioliasis hepatobiliary anthroponose is rare in Senegal. We report the first case diagnosed at the Infectious Disease Clinic Ibrahima DIOP Mar in Fann University Hospital Teaching in Dakar, Senegal. This hepatobiliary distomatosis case was diagnosed on patient from Cape verde islands. She was 25 years old with hepatomegaly, liver pain and hypereosinophilia. There was no fever. Ultrasound showed a heterogeneous process in the right part of the liver. The parasitic origin of the lesions suspected from the CT scan was confirmed by serological study using *Fasciola hepatica* antigen which was positive. Stools examination for parasites revealed *F. hepatica* eggs. The clinical and epidemiological investigation found revealed consumption of seafood of an unknown nature and the onset of symptoms in rainy season. The distomatosis hepatobiliary has been rarely diagnosed in Senegal. Therefore, it is necessary to carry out a prospective study in order to determine the real prevalence of this disease in our country.

Our patient was successfully treated by the association Praziquantel-albendazol which is for us a valid alternative of triclabendazole which is not available in Senegal

**Key words**: Hepatobiliary distomatosis -Senegal

## INTRODUCTION

La distomatose humaine à *Fasciola hepatica* est une anthroponose cosmopolite qui sévit de manière variable selon les années et les pays. L'homme s'infecte par la consommation de végétaux crus sauvages ou cultivés tels que le cresson, le pissenlit, le mâche et la menthe. Plus de 300.000 cas cliniques de distomatose humaine à *Fasciola hepatica* ont été rapportés dans le monde depuis 1970 (OMS., 1995). En Afrique, cette parasitose semble rarement diagnostiquée. En effet selon les données de la littérature, sur 7071 cas de fasciolose humaine colligés de 1973 à 1998 en provenance de 51 pays, seuls 487 cas (soit 7%) étaient recensés en Afrique (Esteban et al., 1998). Au Sénégal, seuls deux cas de distomatose hépatobiliaire ont été décrits par Ka et al. (2002) chez des patients originaires du Cap vert.

Entre 2002 et 2006, aucun cas en dehors de celui-ci n'a été rapporté au Sénégal. C'est donc dire que c'est une affection rarement observée dans notre pays. C'est pourquoi nous rapportons ce cas de fasciolose qui par ailleurs a été le premier cas observé à la clinique des maladies infectieuses Ibrahima Diop Mar du CHU de Fann de Dakar. Cependant jusqu'à ce jour, aucun cas autochtone n'a été signalé au Sénégal.

1 - Clinique des Maladies Infectieuses Ibrahima Diop Mar, CHU de Fann, BP 5035, Dakar (Sénégal)

2 - Service de Médecine interne- Néphrologie, CHU A. Le Dantec, Dakar, Sénégal.

\*Correspondances et tirés à part : Docteur Moussa SEYDI, BP 15.499 Dakar Fann (Sénégal)

e.mail : seydi.moussa@caramail.com

## I. OBSERVATION

Une femme de 25 ans cap verdienne est reçue en consultation à la clinique des maladies infectieuses du CHU de Fann à Dakar (Sénégal) le 28 octobre 2005 pour douleur de l'hypochondre droit, vomissements, anorexie et amaigrissement. Le début de la symptomatologie remonterait à environ dix semaines avant la date de la consultation et était marqué par la survenue d'une douleur de l'hypochondre droit suivie cinq jours plus tard de vomissements verdâtres post-prandiaux. Toute cette symptomatologie avait évolué dans un contexte d'amaigrissement progressif de plus de 13 kg avec asthénie et baisse de l'appétit. Il n'existait pas de notion de fièvre. L'enquête sur les antécédents et le mode de vie avait permis de noter l'existence d'un reflux gastro-oesophagien traité avec succès et une consommation régulière de fruits de mer et de plantes sauvages de nature non précisée. A l'arrivée, la patiente avait un état général altéré, des muqueuses bien colorées, anictériques, une température à 37,5°C, un pouls à 78 battements par minute, une tension artérielle à 120/80mmHg, une fréquence respiratoire à 18 cycles par minute, un poids à 55 kilos pour une taille de 1,77m (index de masse corporelle = 17,7). L'examen hépatobiliaire avait mis en évidence une hépatomégalie légèrement douloureuse à la percussion avec une flèche hépatique à 13,5 cm sur la ligne médio-claviculaire droite. Le reste de l'examen clinique



**Figure 1 :** Formations hypodenses d'allure kystique siégeant au niveau du lobe droit du foie

ne mettait pas en évidence d'autres anomalies. Devant cette hépatomégalie douloureuse non fébrile avec altération de l'état général, certains examens biologiques et radiologiques ont été demandés. C'est ainsi que le bilan biologique sanguin effectué en première intention avait montré les anomalies suivantes : syndrome inflammatoire modéré (avec taux de CRP à 24mg/l et vitesse de sédimentation à 48mm à la première heure), hyperleucocytose à 14 000 globules blancs/mm<sup>3</sup> (avec une hyper éosinophilie à 3500 éléments/mm<sup>3</sup>), discret syndrome de cytolyse hépatique avec un taux d'ASAT égal à 44 UI/ml. Les autres résultats des examens biologiques sanguins effectués en première intention étaient normaux ; en particulier le taux d'hémoglobine (13g/mm<sup>3</sup>), le taux d'ALAT (15 UI/ml), le taux de bilirubine

total (3,02 mg/l), le taux de bilirubine libre (1,58 mg/l), le taux de bilirubine conjuguée (1,44mg/l), la créatininémie (7 mg/l). La recherche de l'antigène Hbs était négative. Le taux d'alpha foetoprotéine égal à 3,67 ng/ml était dans les limites de la normale. A l'échographie abdominale, on notait un foie augmenté de volume, hétérogène avec présence d'une lésion arrondie au niveau du segment VIII de 30 mm encapsulée à contenu liquidien avec un niveau de sédimentation. Il existait par ailleurs plusieurs lésions non collectées mal limitées, disséminées au niveau du foie droit avec présence d'adénopathies hilaires hépatiques en faveur d'abcès hépatiques. La tomodynamométrie abdominale mettait en évidence une hépatomégalie hétérogène caractérisée par l'existence de multiples masses d'allure kystique évocatrices d'une localisation hépatique d'une parasitose (figure 1). Devant la symptomatologie clinique, les anomalies biologiques et radiologiques, un examen parasitologique des selles a été effectué et a montré la présence d'œufs de *Fasciola hepatica*. La sérologie de la distomatose, effectuée au laboratoire Marcel Mérieux de Lyon, est revenue positive à l'électrosynérèse et à l'hémagglutination avec un titre supérieur 2560 (valeurs de référence inférieur à 320). Cette positivité a été confirmée par le Western blot. Au vu de ces résultats, le diagnostic de distomatose hépatique à *Fasciola hepatica* a été retenu et un traitement en ambulatoire à base de praziquantel à raison de 75 mg/Kg/jour et d'albendazole à raison de 400 mg/jour pendant sept jours a été administré. Sous ce traitement, l'évolution clinique a été favorable avec régression et disparition des vomissements, reprise de l'appétit et gain pondéral.

L'évolution des paramètres biologiques et de l'image tomodynamométrique n'a pu être documentée, la patiente n'étant pas revenue pour la visite médicale de suivi

## II. DISCUSSION

La distomatose à *Fasciola hepatica* est une parasitose dont les principaux réservoirs sont les ruminants. L'affection est acquise par ingestion d'un végétal semi-aquatique contaminé, le plus souvent le cresson sauvage cru. L'hôte intermédiaire de *Fasciola* est le *Limnea truncatula*. Nozais et al. (1998) pensaient qu'en plus de *Limnea truncatula*, l'existence de *Limnea natalensis* hôte intermédiaire de *Fasciola gigantica* ou aux deux à la fois serait possible au Cap Vert. Aucun cas autochtone de fasciolose hépatobiliaire n'a été diagnostiqué au Sénégal. Notre cas ainsi que les deux cas antérieurement rapportés (Ka et al., 2002) étaient importés du Cap Vert, de même que le cas rapporté à Paris (Nozais et al., 1998). La réalisation d'une enquête épidémiologique dans ce pays permettrait de mieux y déterminer la prévalence ainsi que les facteurs favorisants en vue d'une meilleure prévention par des campagnes d'information, d'éducation et de communication. Dans cette observation, les premiers symptômes remonteraient au mois de septembre, en pleine saison pluvieuse. Au Cap Vert, la saison sèche s'étend de novembre à juillet, suivie d'une saison pluvieuse d'août à octobre. Cela concorde avec les données de la littérature concernant l'influence des données climatiques sur la survenue de cette affection (Becq-Giraudon et al., 1997).

Notre patiente a présenté, une douleur abdominale, des vomissements, une hépatomégalie et une altération de l'état général avec anorexie et amaigrissement. Tous ces signes ont déjà été décrits au cours de la distomatose hépatobiliaire (Nozais et al., 1998 ; Rondelaud et al., 2006 ; Szymkowiak et al., 2000). A ce propos, Szymkowiak et al. (2000) avaient noté dans une étude portant sur 69 cas de distomatoses humaines à *Fasciola hepatica* survenues dans le département de la haute vienne entre 1981 et 1998 un amaigrissement dans 33,3% des cas, une anorexie dans 63,7% des cas et une asthénie dans 13,0% des cas, une douleur de l'hypochondre droit dans 47,8% des cas, un trouble du transit dans 85,5% des cas et une fièvre dans 44% des cas. A coté d'une localisation hépatique habituelle du ver, justifiant son nom de grande douve (ou de douve géante) du foie, d'autres localisations atypiques ont été décrites. C'est ainsi que Park et al. (1984) avaient mis en évidence des vers de *Fasciola hepatica* au niveau du cæcum et Chitchang et al. (1982) au niveau de la tête du pancréas. Nozais et al. (1998) quant à eux avaient décrit une forme hépatogastrique et l'examen anatomopathologique avait mis en évidence des œufs de grande douve au niveau des prélèvements de nodules provenant de l'estomac et du foie du patient.

Chez notre patiente la tomодensitométrie abdominale avait permis d'évoquer une parasitose (hydatidose ou distomatose) à localisation hépatique. La fasciolose a été retenue grâce aux résultats de la sérologie revenue positive chez notre patiente et grâce à l'examen parasitologique des selles qui avait mis en évidence des œufs de *Fasciola hepatica*. Dans les études antérieures (Ka et al., 2002), cet examen parasitologique des selles n'avait pas mis en évidence les œufs de *Fasciola hepatica*.

L'une des plus anciennes molécules utilisées dans le traitement de la fasciolose hépatique était la déhydroémétine qui n'est plus commercialisée. Le praziquantel a été longtemps utilisé, à raison de 75mg/kg pendant 5 à 7 jours, avec une efficacité démontrée (Park et al., 1984). En effet, les deux dernières observations de distomatoses hépatobiliaires (Ka et al., 2002) de 2002 à Dakar étaient toutes traitées par cette molécule avec une guérison clinique et parasitologique. Le triclabendazole reste à ce jour le traitement de première intention. Il est prescrit chez l'homme en cure unique de 10mg/kg (Nozais et al., 1998). Il est bien toléré mais est contre indiqué chez la femme enceinte et chez l'alcoolique. L'association praziquantel-albendazole a fait preuve d'efficacité dans le traitement des distomatoses (Zhonggua et al. 1995). Notre patiente a été traitée par cette association. La guérison était marquée par la disparition des signes cliniques et des anomalies biologiques. Habituellement le traitement d'une fasciolose hépatobiliaire entraîne une guérison sans séquelles (Ka et al., 2002), Cependant des douleurs diffuses de l'hypochondre droit persistantes pendant plusieurs années et un amaigrissement ont été notés par Rondelaud et al. (2006) dans respectivement 7,3 et 2,1% des cas.

## CONCLUSION

La distomatose hépatobiliaire a été rarement diagnostiquée au Sénégal. Une étude prospective permettrait de mesurer la place de cette affection parmi les helminthiases. Malgré, l'indisponibilité du médicament de référence, le triclabendazole, notre patiente a été traitée par l'association praziquantel-albendazole qui constitue pour nous une alternative valable.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions le Docteur Macky Racine SY, Chef du Cabinet de Radiologie et d'Imagerie Médicale (CARIM)-Grand Yoff – BP 2792 Dakar (Sénégal) pour la réalisation de la tomодensitométrie abdominale ;

## REFERENCES

1. **BECQ-GIRAUDON B, ROBLLOT F, ROBLLOT P, TEXEREAU M. (1997).** Distomatoses. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Maladies infectieuses, 8-512-A- 10:8.
2. **CHITCHANG S, MITARNUM W, RATANANIKOM N. (1982).** *Fasciola hepatica* in human pancreas. A case report. J Med Ass Thailand, 65 (6) : 345-349.
3. **ESTEBAN JG, BARGUES MD, MAS COMAS S. (1998).** Géographical distribution, diagnosis and treatment of human fascioliasis: a review. Research and Reviews. Bulletin of the world Health Organization Parasitology, 77 (4) : 340 - 346.
4. **KA MM, MBENGUE M, DIOP BM, POUYE A, DAVEIGA JA, DIA D, WELLE A, NIR O, DIOP TM. (2002).** Deux observations inattendues de distomatoses hépatobiliaire à Dakar (Sénégal). Dakar med, 47 (2) : 202-205.
5. **NOZAIS JP, THOMAS I, BRICAIRE F, DANISM, GENTILINI M. (1998).** A propos d'un cas de fasciolose hépatogastrique en provenance de Cap-Vert. Bull. Soc. Path. Exot., 91 (2) : 148-150.
6. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1995).** Lutte contre les trématodes alimentaires. Rapport technique Genève : OMS, 849 : 26-48.
7. **PARK C, KIM H, RO SY, GUTTIERREZ Y. (1984).** Human ectopic fascioliasis in the caecum. Am J Surg Pathol, 8 (1): 73-77.
8. **RONDELAUD D, DREYFUSS G, VIGNOLES P. (2006).** Clinical and biological abnormalities in patients after fasciolosis treatment. Med Mal Infect, 36 (9) : 466-468.
9. **SZYMKOWIAK D, RONDELAUD D, DREYFUSS G, BOUTEILLEB, DARDÉML. (2000).** Etude épidémiologique de 69 cas de distomatose humaine à *Fasciola hepatica* survenus dans le département de la Haute-Vienne entre 1981 et 1998 Med Mal Infect, 30 (5) : 262-269.
10. **ZHONGGUO JI, SHENG CHONG XUE YU JI, SHENG CHONG BING ZA ZHI. (1995).** Efficacy of praziquantel combined with albendazole in the treatment of clonorchiasis. Chinese journal of parasitology & parasitic diseases, 13 (1) : 61-63.