

ITEM N°311 - HYPEREOSINOPHILIE

OBJECTIFS TERMINAUX

I. Devant une éosinophilie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

POUR MIEUX COMPRENDRE

Polynucléaire éosinophile :

- différenciation et maturation médullaire sous l'effet de l'interleukine 5 ;
- répartition quasi-exclusivement tissulaire (< 1% dans sang circulant) ;
- rôle important dans la défense contre les parasites, ainsi que dans les réactions allergiques et inflammatoires ;
- chiffre physiologique éosinophiles sanguins compris entre 50 et 450/mm³ (variations au cours du nyctémère).

Parmi les parasitoses,

- seules les helminthoses (vers) provoquent des hyperéosinophilies ;
- dans les helminthoses, l'hyperéosinophilie varie dans le temps : courbe en archet de Lavier ;
- elle est maximale en phase d'invasion, et peut subir une réascension lors d'une réinfestation, d'un nouveau cycle parasitaire interne comme dans l'anguillulose, ou lors d'une thérapeutique antiparasitaire (par libération massive d'antigènes) ;
- l'intensité de l'éosinophilie est plus marquée pour les parasitoses tissulaires (filarioses, bilharzioses, distomatoses, toxocarose...) ;
- après traitement de la parasitose, l'hyperéosinophilie disparaît lentement ;
- en l'absence de thérapeutique, elle peut persister.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Affirmer l'éosinophilie

Polynucléaires éosinophiles > 500/mm³.

En pratique, bilan étiologique nécessaire si taux > 700/mm³, confirmé.

Possibilité d'élévations modérées et transitoires, non pathologiques.

Etablir l'anamnèse

Interrogatoire recherche d'une des 3 grandes causes : parasitaire, allergique, médicamenteuse. L'étiologie parasitaire doit être recherchée en première intention

- Antécédents atopiques et allergiques.
- Médicaments pris de manière continue ou intermittente, y compris auto-médication.
- Exposition à des toxiques (contexte professionnel).
- Mode de vie : rural ou citadin, exposition à animaux, habitudes alimentaires, telles que consommation de cresson sauvage.
- Voyages récents ou anciens, en recherchant l'exposition à des risques parasitaires : contact avec eaux douces stagnantes, consommation de viande ou poisson cru ou mal cuit, séjour en forêt équatoriale africaine, etc.
- Recherche de manifestations cliniques, même antérieures, éventuellement passées inaperçues : prurit cutané ou anal, lésions cutanées, toux, dyspnée, fièvre, diarrhée, douleurs abdominales, signes urinaires.

Affirmer l'étiologie parasitaire

- La distinction entre parasitoses autochtones et exotiques "tropicales" est parfois difficile en raison de la fréquence des voyages et du caractère possiblement ancien de l'infestation parasitaire. (Cf. F24-1 p. 191, Chap. 24, E. PILLY 2008).

- Après voyage tropical, une multi-infestation parasitaire doit être systématiquement recherchée.
- La recherche de parasite doit être orienté en fonction du contexte épidémiologique et clinique.
- Pour les helminthoses intestinales, la recherche des oeufs ou vers dans les selles n'est positive que à partir du 2-3^e mois qui suit l'infestation (délai nécessaire à la maturation parasitaire).
- En fonction du contexte, examen parasitologies des urines et du suc dermique, frottis sanguin.
- Les tests sérologiques sont disponibles pour la plupart des parasitoses, mais leur interprétation est délicate.
- L'échographie abdominale peut apporter des arguments au diagnostic de distomatose ou surtout d'hydatidose.
- L'histologie peut parfois être contributive : intestin, vessie (bilharziose), muscle (trichinose), foie (toxocarose).

PRINCIPALES CAUSES PARASITAIRES D'HYPEREOSINOPHILIE

HELMINTHOSES INTESTINALES (Cf. E. PILLY 2008 Chap. 111, p. 545)

Oxyurose, ascaridiose, tricocéphalose, ankylostomose, anisakidose, anguillulose (strongyloïdose), taeniasis (*Taenia saginata* et *solium*), cysticerose (*Taenia solium*), botriocéphalose, toxocarose

DISTOMATOSE (Cf. E. PILLY 2008 Chap. 112 p. 550)

TRICHINELLOSE (Cf. E. PILLY 2008 Chap. 116 p. 563)

HYDATIDOSE (Cf. E. PILLY 2008 Chap. 115 p. 560)

ÉCHINOCOCCOSE ALVÉOLAIRE (Cf. E. PILLY 2008 Chap. 115 p. 561)

BILHARZIOSE (Cf. E. PILLY 2008 Chap. 113 p. 552)

FIALARIOSES (Cf. E. PILLY 2008 Chap. 114 p. 556)

**DOSSIERS CLINIQUES : DC 2008-114 ; DC 2008-115 ;
DC 2008-75 ; DC 2008-83**