

A. Makinson. CHRU et IRD. Montpellier.



M. C 58 ans, sans antécédents

- **Voyage à Madagascar du 11 au 28 novembre**
 - Chimio prophylaxie par atovaquone + proguanil bien suivie
 - Vaccination à jour
 - Baignade en eau douce
- **Aucun autre voyage Outre Mer**
- **Début décembre : syndrome dysentérique**
 - Coproculture : shigellose (ofloxacine)
 - Régression des symptômes
- **10 Janvier : récurrence du syndrome dysentérique**
- **14 Janvier : myalgies (mollets), steppage, dysurie sur 24 h**
- **Hospitalisation le 15 Janvier :**
 - Apyrétique, déficit des membres inférieurs, Romberg

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- 1. Syndrome de Guillain-Barré (post shigellose)**
- 2. Toxicité de l'ofloxacine**
- 3. Neuropaludisme**
- 4. Poliomyélite**
- 5. Syndrome de la queue de cheval**

1. Syndrome de Guillain-Barré

2. Toxicité de l'ofloxacine

3. Neuropaludisme

4. Poliomyélite

5. Syndrome de la queue de cheval

Quel(s) examen(s) programmez-vous ?

- 1. IRM cérébrale**
- 2. NFS plaquettes**
- 3. Ponction lombaire**
- 4. IRM du rachis**

1. IRM cérébrale

2. NFS plaquettes

3. Ponction lombaire

4. IRM du rachis

NFS plaquettes : GB : 6000/mm³ PN éosino : 110/mm³ (5214 début décembre)
Hb : 14,7 g/dl Plaquettes : 325 000/mm³

CRP : 4,5 mg/dl

Ponction lombaire :

- « eau de roche »
- 7 cellules (quelques PN éosinophiles)
- Glycorachie : 2,9 mol/l (glycémie : 4,5 mmol/L) Protéïnorachie : 0,57 g/L



IRM du rachis dorso-lombaire du 15 Janvier

(A)T1 sans injection de gadolinium

(B)T1 avec injection de gadolinium

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- 1. Mal de Pott**
- 2. Myélite herpétique ou VZV**
- 3. Myéloradiculite bilharzienne**
- 4. Myélite toxique**
- 5. Lymphome**
- 6. Neurosyphilis**

1. Mal de Pott

2. Myélite herpétique, VZV

3. Myéloradiculite bilharzienne

4. Myélite toxique

5. Lymphome

6. Neurosyphilis

Comment faire la preuve de la myélite bilharzienne ?

- 1. Examen parasitologique des urines**
- 2. Sérologie de la bilharziose**
- 3. Biopsie médullaire**
- 4. Traitement d'épreuve**
- 5. Examen parasitologique des selles**

1. Examen parasitologique des urines
2. Sérologie de la bilharziose
3. Biopsie médullaire
4. Traitement d'épreuve
5. Examen parasitologique des selles

- EPU : négatif
- Sérologie bilharziose
 - IFI : 1/320 ($>1/80$)
 - HA : 1/320 ($>1/32$)
- EPS : œufs de *Schistosoma mansoni*



Diagnostics d'une myélite aiguë

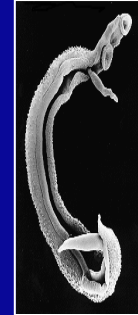
Myélite aiguë	Etiologies
Infectieuse	
Virale	HSV, VZV, EBV, CMV, VIH, HTLV-1, HHV6, entérovirus, coxachivirus, oreillons, WN, dengue, VHC (cryo)
Bactérienne	Syphilis, Lyme, mycoplasme, brucellose, chlamydia, BK, Whipple
Parasitaire	Bilharziose, toxoplasmose, toxocarose
Post-vaccinale	Variole, rage, rubéole, choléra, rougeole, oreillons, VHB, encéphalites à tiques, tétanos poliomyélites, typhoïdes, diphtérie, rage
Maladies de système et vascularites	PAN, Wegener, Churg Strauss, Horton, Takayashu, Behcet, Cogar, Kawasaki, angéite isolée SNC, sarcoïdose, LED et/ou APL, Behcet, cryoglobulinémie
Sclérose en plaque	
Neuromyérite optique (Syndrome de Devic)	
Syndrome paranéoplasique	Hodgkin
Acute Disseminated Encephalomyelitis	Post infectieuse ou post vaccinale
Myélite post-radique	radiothérapie
Myélite aiguë idiopathique	Diagnostic d'élimination
Myéloradiculite	Tuberculeuse, neurosarcoïdose, myéloradiculite syphilitique et lymphome

Pas de consensus sur le bilan d'une myélite ou d'une myéloradiculite

Myéloradiculite bilharzienne

Physiopathologie :

- Migration d'œufs ou de larves de trématodes par le plexus de Batson (sans valves) aux veines pré-vertébrales puis épidurales
- Granulomes péri ovulaires
- Vascularite associée ?



Diagnostic :

- Intérêt de la sérologie bilharziose chez le sujet non immun
- Aspect évocateur IRM (*S. mansoni*)
- Elimination des diagnostics différentiels
- Eosinophilie sang et LCR (50%)

Prise en charge :

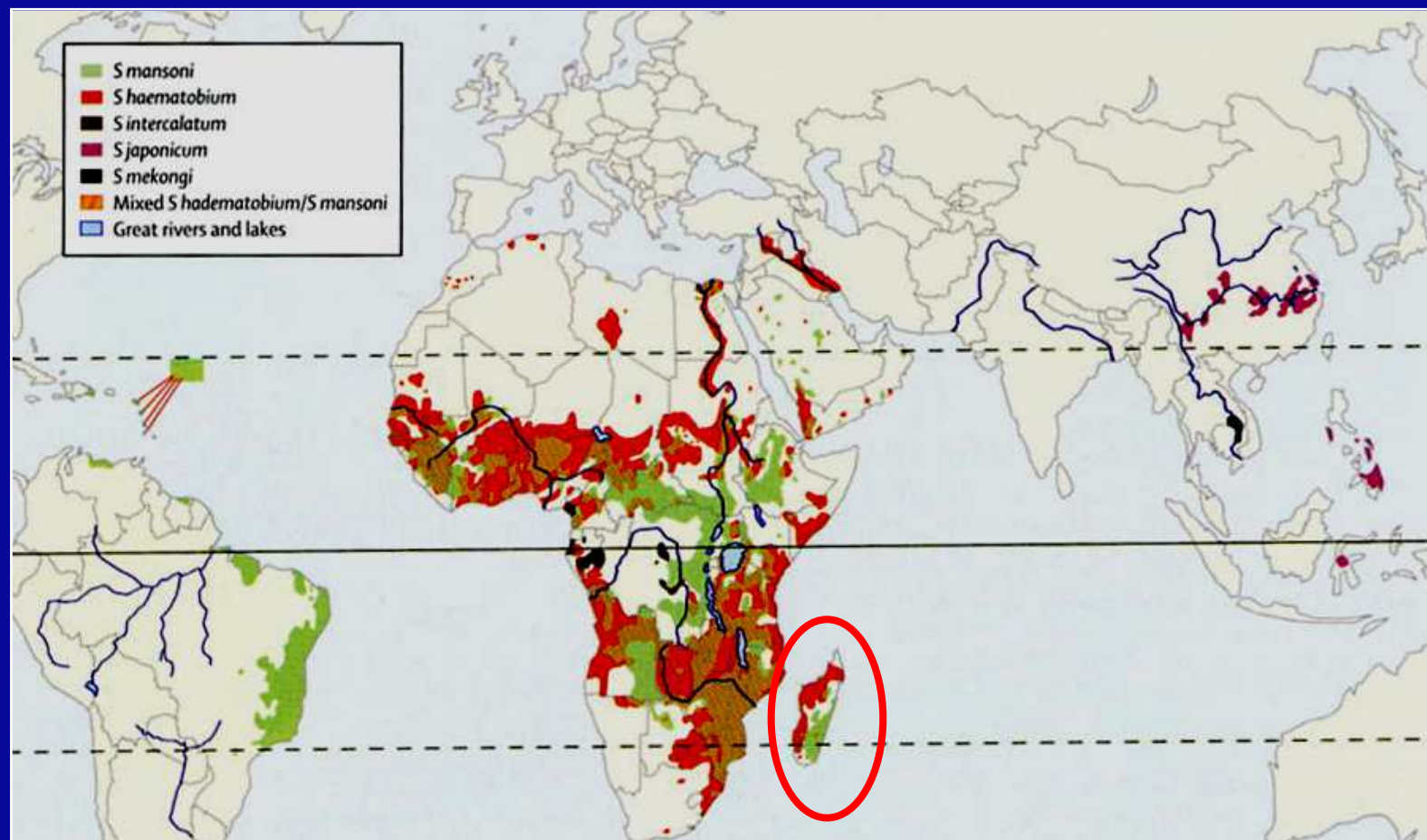
- Pas d'étude randomisée, 2 « petites » études prospectives (1) (2)
- Consensus de la société brésilienne de médecine tropicale (3)
 - Praziquantel (50 mg/kg) en 2 doses à 4 h d'intervalle
 - 5 bolus 15 mg/kg méthylprednisolone puis 1 mg/kg/j prednisolone et décroissance sur 6 mois (ou moins si récupération neurologique rapide)

1-Ferrari, T.C. et al. J clin Neurosci, 2004.11(3): 246-53

2-Lambertucci et al. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 40(5):574-581

3-Silva, L.C. et al. Clin Infect Dis, 2004.39(11): 1618-24

Répartition des bilharzioses



Evolution de M. C.

- 5 bolus de solumedrol 500 mg/jr puis relais 1 mg/kg/jr de prednisolone avec décroissance progressive et praziquantel 40 mg/kg/jour 3 jrs de suite
- Le 23 Janvier : disparition des signes cliniques
- IRM dorso-lombaire du 6 Mars : T1 avec et sans gadolinium, et séquences T2

