

L'étrange cas de Mme B.

Pierre-Louis Conan

Maladies infectieuses et tropicales
Hôpital d'Instruction des Armées Bégin

Acte I - Novembre

- Femme de 36 ans
- Auxiliaire de vie

- Originaire du Togo – dernier séjour 2 ans auparavant

- Antécédents :
 - accès palustres
 - G3P3 - césarienne (juin – *placenta praevia* - prématuré)

- Pas d'allergie
- Pas de traitement chronique

Acte I - Novembre

- Depuis 4 mois
- Accès cycliques stéréotypés
 - Epigastralgies +/- dysphagie aux solides
 - Vomissements
 - Signes négatifs : pas de fièvre, pas de troubles du transit, pas de manifestation extra-digestives
- Perte de poids non quantifiable
- Examen clinique : dénutrition isolée

Acte I - Novembre

- Numération formule sanguine : normale
- Anomalies :
 - créatininémie 38 $\mu\text{mol/L}$
 - CRP 17,7 mg/L
 - TSH abaissée
- Endoscopies digestives (Clinique privée): gastrite ?
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien : épaissement colique aspécifique, angiome hépatique

Acte I - Novembre

- Défaillance multiviscérale
 - détresse respiratoire
 - défaillance macro-hémodynamique avec cœur pulmonaire aigu
 - coma
- Biopsies duodénales + LBA: *Strongyloides stercoralis*
- Ponction lombaire : *Enterococcus faecalis*

Strongyloïdose disséminée
Méningite bactérienne à *Enterococcus faecalis*



Préparez-vous à voter



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/>.

Acte I - Diagnostic d'anguillulose maligne chez *une patiente* a priori immunocompétente intubée sédatée

- A. Ivermectine en intra-rectal
 - B. Ivermectine en sous-cutané
 - C. Ivermectine en sous-cutané + albendazole per os
 - D. Flubendazole en intra-duodéal + ivermectine en sous-cutané + albendazole per os
- La question s'ouvrira lorsque vous démarrerez votre session et votre présentation.*

0 

0 

 Fermé

Acte I - Diagnostic d'anguillulose maligne chez une patiente a priori immunocompétente intubée sédatur

A. Ivermectine en intra-rectal



B. Ivermectine en sous-cutané



C. Ivermectine en sous-cutané + albendazole per os



D. Flubendazole en intra-duodéal + ivermectine en sous-cutané + albendazole per os



Acte I – Les coupables

- Prise de corticothérapie dans la prévention de la maladie des membranes hyalines du prématuré
- Découverte d'une leucémie/lymphome à cellules T de l'Adulte (ATLL)
 - Sérologie HTLV1 positive

Acte II – 8 mois après - La patiente présente une récurrence des douleurs et des larves sont à nouveau retrouvées dans les selles.
Que proposez vous ?

- A. Ivermectine + albendazole
- B. Flubendazole sublingual
- C. Traitement de l'entourage.
- D. Probable contamination. Pas de traitement.

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

0 

0 

● Fermé



Acte II – 8 mois après - La patiente présente une récurrence des douleurs et des larves sont à nouveau retrouvées dans les selles. Que proposez vous ?

A. Ivermectine + albendazole

25,0%

B. Flubendazole sublingual

50,0%

Cures mensuelles jusqu'à
Négativisation de la
sérologie (6-12 mois)
Avis CNR

C. Traitement de l'entourage.

75,0%

D. Probable contamination. Pas de traitement.

100,0%

Acte III - Mme B va beaucoup mieux et toutes ces aventures lui ont donné envie de retourner au Togo voir la famille. Elle va y passer plusieurs semaines. Prévoyez-vous une cure d'éradication systématique au retour ?

- A. Oui
- B. Non
- C. Ça dépend
- D. On déconseille le séjour

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

0 

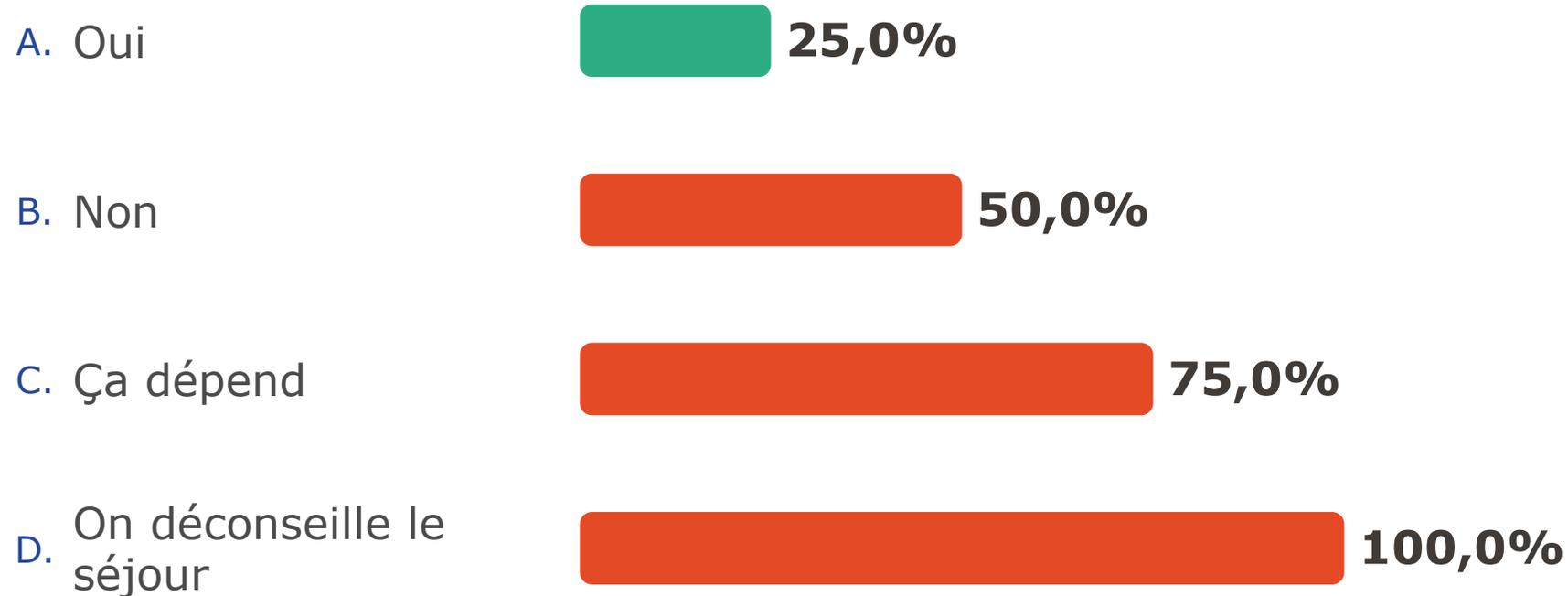
0 

● Fermé



Acte III - Mme B va beaucoup mieux et toutes ces aventures lui ont permis de retourner au Togo voir la famille. Elle va y passer plusieurs semaines. Prévoyez-vous une cure d'éradication systématique au retour ?

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).

Prophylaxie secondaire
chez une patiente
HTLV1+

Discussion - Strongyloïdose

Manifestations rares : Arthrite, syndrome néphrotique, malabsorption chronique, lésions hépatique, asthme

Réservoir environnemental
(excréments humains)

Contamination par
voie percutanée

Dissémination hématogène
Espaces alvéolaires
Expectoration puis passage
dans le tube digestif

Duodénum - femelle
parthénogénique – 50 œufs par jour

Cycle externe

Cycle interne

Auto-réinfection donc infection chronique

Strongyloïdose aiguë

Anguillulose chronique

Larva currens / urticaire
Toux chronique, pneumonie
Troubles digestifs, anorexie

Hypereosinophilie (75%)

HTLV1

Corticothérapie et autres immunosuppresseurs

Alcool, Diabète de type 2

Transplantations

VIH (?)

Altération de
l'immunité



Augmentation de la
migration larvaire

Spectre clinique

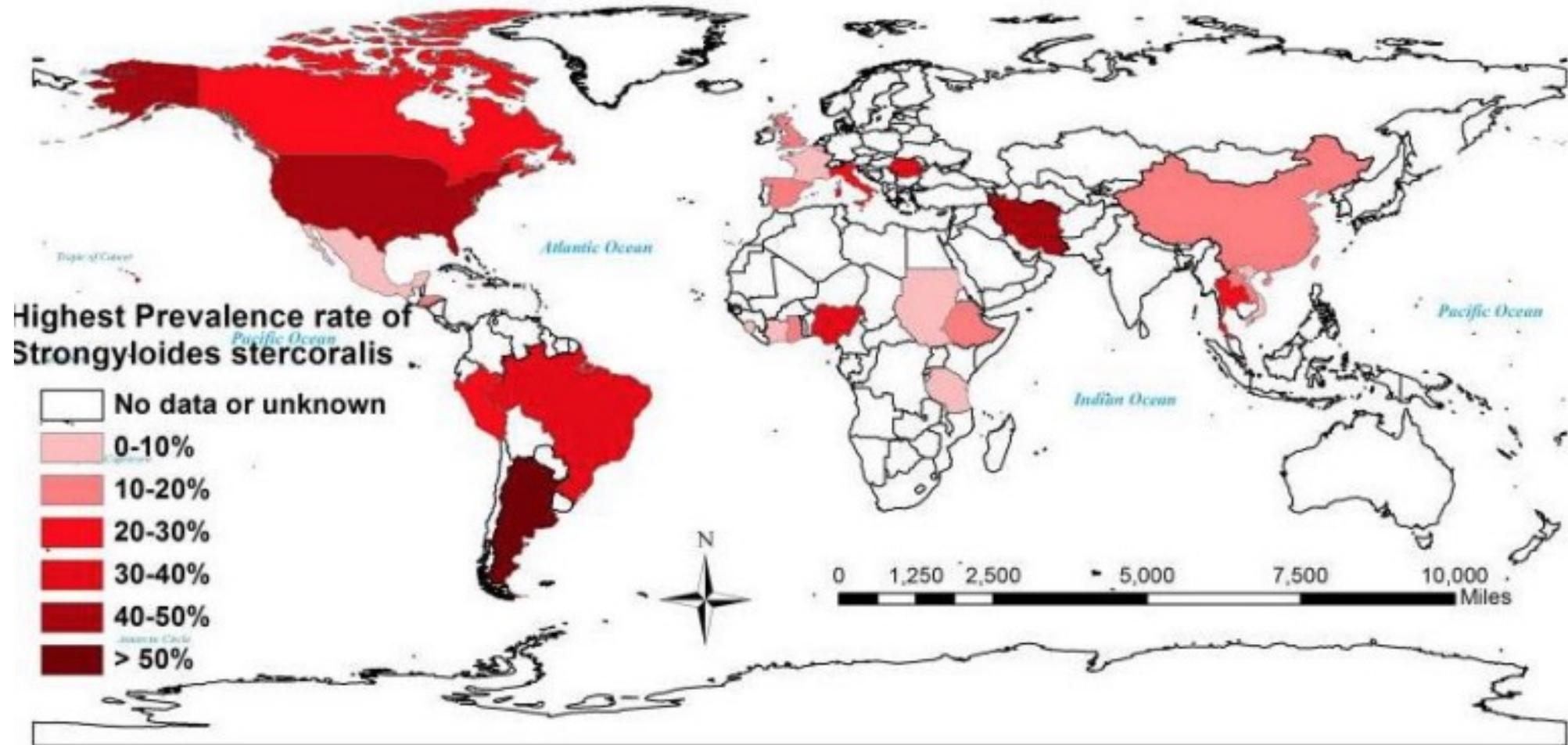
Asymptomatique -
paucisymptomatique

Symptômes chroniques

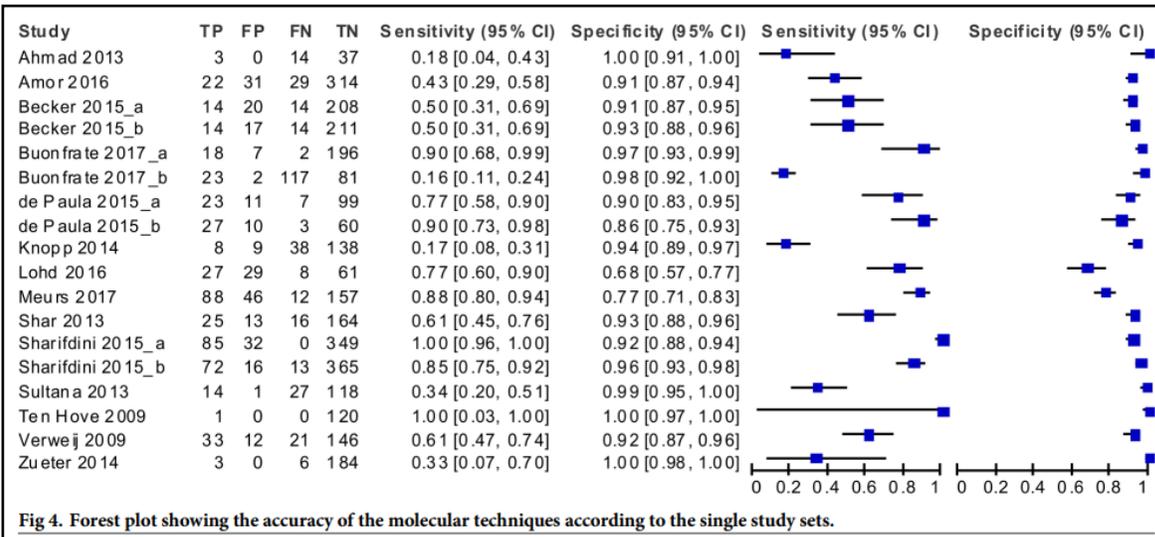
Strongyloïdose disséminée
hyper-infestation

Mortalité 80 - 100%

« de retour de zone d'endémie »



Discussion - Biologie moléculaire



Avantages

- Détection de larves mortes (moins de centres de détection)
- Moins opérateur dépendant
- Gain de sensibilité (*choix des amorces*)
- Coinfections
- Moins de contaminations
- Quantification
- Détection urinaire ?

Mais

Coût

- Personnel de biologie moléculaire
- Intérêt pour le suivi ?
- Nécessaire évaluation de chaque méthode

Interpretative criteria to define: Index vs. Reference Test	Effect (95% CI)	Number of studies	Mean Prevalence (95% CI)	What do these results mean?
All PCR ^a vs. Serology or parasitological methods ^b	<u>Sensitivity:</u> 61.8% (42.0–78.4) <u>Specificity:</u> 95.3% (92.0–97.2)	17	21.1% (13.8 to 28.4)	Assuming (based on the mean prevalence) 21 out of 100 patients with SSI, eight would be missed by a single PCR test (38% of 21). Of the 79 patients without SSI, four (5%) would have a false positive result of the PCR test.
All PCR vs. parasitological methods only	<u>Sensitivity:</u> 71.8% (52.2–85.5) <u>Specificity:</u> 93.5% (90.3–95.6)	14	18.5% (13.4 to 23.6)	Assuming 18 out of 100 patients with SSI, five would be missed by a single PCR test. Of the 82 patients without SSI, five would have a false positive result of the PCR test.
Real-time PCR vs. Serology or parasitological methods	<u>Sensitivity:</u> 56.5% (39.2–72.4) <u>Specificity:</u> 95.4% (91.7–97.5)	14	20.5% (11.6 to 29.4)	Assuming 20 out of 100 patients with SSI, nine would be missed by a single PCR test. Of the other 80, four will have a false positive result of the PCR test.
Real-time PCR vs. parasitological methods only	<u>Sensitivity:</u> 64.4% (46.2–77.7) <u>Specificity:</u> 93.9% (90.3–96.3)	12	20.3% (9.9 to 30.8)	Assuming 20 out of 100 patients with SSI, seven would be missed by a single PCR test. Of the other 80, five would have a false positive result of the PCR test.

Vasquez-Rios, *J Parasit Dis*, 2019

Buonfrate, *PLOS Neglected Tropical diseases*, 2018

Discussion - Traitements

- Forme non compliquée

- Ivermectine 200 µg/kg/j 2 jours (1 dose ?)
- *Albendazole 400 mg/12 heures 3-7 jours*
- *Moxidectine 8 mg ?*

Contraindication si haut risque de
loaose

Aucun référentiel
Combinaisons possibles

- Forme compliquée

- Diminution de l'immunodépression
- Ivermectine 200 µg/kg/j jusqu'à 2 semaines de négativation des prélèvements
- Si malabsorption
 - Ivermectine SC 200µg/kg/j jusqu'à négativation des prélèvements *
 - Ivermectine IR 200 µg/kg/j jusqu'à négativation des prélèvements *
 - Relai per os dès que possible

* *Formulations vétérinaires*

Buonfrate, Lancet infectious diseases, 2019
Hoffmann, Lancet infectious diseases, 2021

Discussion – Recommandations voyageurs

- Prophylaxie primaire non évoquée dans les recommandations
- Sérologie systématique non recommandée en l'absence de symptômes (hors migrants)
- Excellent profil de tolérance de l'ivermectine
 - Risque accru dans les populations sub-sahariennes
- Dose unique ivermectine coût-efficace (migrants)



Ce dont il faut se rappeler avant d'avoir tout oublié

- Traitement sous-cutané de sauvetage
 - *Biais de publication*
- Association à des sepsis bactériens (translocation digestive)
- PCR utile dans le diagnostic en association à la recherche parasitologique classique et à la sérologie. Suivi ?
- Discuter une sérologie et /ou un « déparasitage » systématique chez les immunodéprimés voyageurs (HTLV1, immunodépression iatrogène, alcool)