



CAS CLINIQUE

Un merlu un peu cru

**Jean-Philippe Talarmin¹, Elodie Le Breton²,
Karine Bideau³, Isabelle Plantin⁴, Lydie
Khatchatourian¹, Fabien Pinard³**

¹Service des Maladies Infectieuses

²Laboratoire de microbiologie

³Service d'Hépatogastroentérologie

⁴Hémovigilance

Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille, Quimper, France

Reçu le 4 février 2021 ; accepté le 9 février 2021

Disponible en ligne le 10 février 2021

MOTS CLÉS

Anisakidose

Anisakis

Poisson

Résumé

L'anisakidose est une zoonose émergente, rare dans notre pays et probablement sous-diagnostiquée. L'infestation des poissons de consommation courante est cependant fréquente. Nous rapportons un cas d'anisakidose après ingestion de poisson insuffisamment cuit, traitée par extraction des larves. La prévention est indispensable afin d'éviter une augmentation des cas liés aux changements d'habitudes alimentaires.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jp.talarmin@ch-cornouaille.fr

Présentation du cas

Une femme de 55 ans est hospitalisée pour des troubles digestifs apparus quatre jours auparavant, à type de douleurs épigastriques intenses et de vomissements. Elle ne présente aucun antécédent particulier, ne prend aucun traitement. Il n'y a pas d'autres cas dans l'entourage, pas de facteur déclenchant identifié.

L'examen physique initial retrouve une patiente apyrétique, sans signe de gravité. L'abdomen est souple, indolore, sans masse palpée. Le reste de l'examen est sans particularité.

La biologie à l'admission retrouve une lymphopénie modérée (0,56 G/l, N=1,5-4), un bilan hépatique, un ionogramme sanguin, et une fonction rénale normaux. Les polynucléaires éosinophiles sont normaux, à 0,14 G/l. L'ECG et les enzymes cardiaques sont normaux. La CRP est discrètement élevée à 19,9 mg/l.

Le scanner abdominal réalisé aux urgences met en évidence un épanchement liquidien intrapéritonéal de moyenne abondance, quelques microlithiases vésiculaires, et une prise de contraste linéaire sous-muqueuse de la paroi antérieure de l'antré, pouvant faire évoquer un ulcère.

Une fibroscopie œsogastroduodénale est alors pratiquée, retrouvant une gastrite fundique modérée, et deux parasites d'environ 2 cm au niveau du fundus et pré-pylorique, évoquant une anisakidose (Fig. 1).

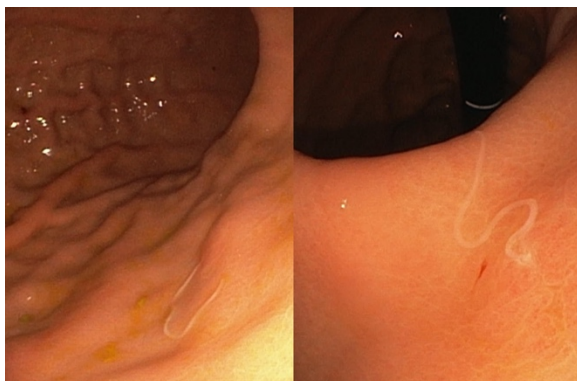


Figure 1. Visualisation de deux parasites au niveau du fundus et pré-pylorique à la fibroscopie gastrique.

Devant la mauvaise tolérance de la fibroscopie, une nouvelle endoscopie est réalisée sous anesthésie générale, permettant d'extraire 6 vers impactés dans la muqueuse gastrique (Fig. 2). L'examen parasitologique de ces vers confirme le diagnostic d'anisakidose (Fig. 3).

Après extraction des parasites, l'évolution est rapidement favorable, avec disparition de l'ensemble des symptômes. La reprise de l'interrogatoire identifie une consommation de merlu peu cuit la veille du début des troubles. Le contrôle échographique réalisé un mois plus tard montre la régression de l'épanchement intrapéritonéal.

Discussion

L'anisakiase ou anisakidose est une parasitose digestive décrite pour la première fois en 1960 par Van Thiel aux Pays-Bas (1).

Il s'agit d'une zoonose émergente, liée à la fixation sur la muqueuse gastrique ou intestinale de larves de nématodes de la famille des Anisakidae, le plus souvent du complexe *Anisakis simplex* (2). Les parasites adultes vivent dans les estomacs de cétacés (phoques, baleines, dauphins) et de pinnipèdes (phoques, otaries, morses).

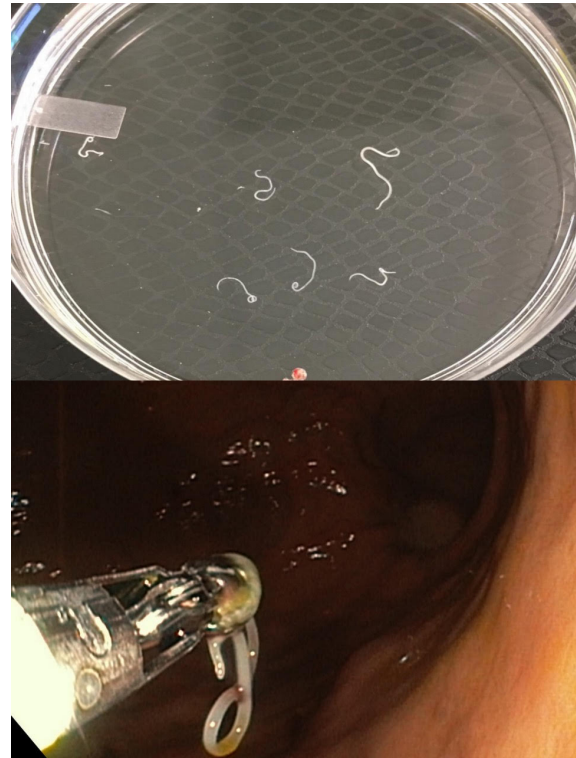


Figure 2. Extraction endoscopique de 6 vers impactés dans la muqueuse gastrique.

Les œufs émis par la femelle fécondée, expulsés dans les déjections du mammifère marin, vont éclore dans l'eau et donner des larves L1, qui muent en larves L2 ; celles-ci sont ensuite ingérées par de petits crustacés marins, dans lesquels elles subissent une maturation vers le stade de développement L3, stade infectant pour l'hôte définitif. L'Homme est un hôte accidentel, qui se contamine en ingérant les larves au stade L3, par le biais de la consommation de poissons crus ou insuffisamment cuits (3). Les larves sont alors en impasse parasitaire et ne peuvent plus évoluer, mais engendrent des manifestations cliniques diverses.

Les manifestations aiguës, à type d'épigastalgies survenant dans les heures suivant l'ingestion du repas contaminant, sont provoquées par la fixation d'une ou plusieurs larves à la muqueuse gastroduodénale ; la soudaineté et l'intensité des douleurs contrastent avec la présentation habituelle des pathologies gastriques (douleurs moins intenses des gastrites, plus progressives des ulcères). Les vomissements et la normalité de la palpation abdominale peuvent également être évocateurs. En cas d'anisakidose intestinale, les douleurs abdominales sont plus diffuses, et surviennent plus tardivement (4). En l'absence de prise en charge durant la phase aiguë, des manifestations chroniques peuvent apparaître, suite à la formation d'un granulome éosinophile autour d'une larve enchâssée dans la muqueuse, simulant alors une pseudotumeur. Des manifestations allergiques sont également décrites (angio-œdème, urticaire, asthme, anaphylaxie). (3,5,6)

Le diagnostic de l'anisakidose, pouvant être suspecté sur l'anamnèse, repose essentiellement sur l'endoscopie digestive, permettant l'observation directe des larves (3). Le scanner peut avoir un intérêt pour évoquer le diagnostic, en révélant un œdème sous-muqueux, éventuellement associé à une ascite (7,8) ; il permet également d'écartier d'autres pathologies abdominales ayant des présentations cliniques proches. Le diagnostic

également d'écartier d'autres pathologies abdominales ayant des présentations cliniques proches. Le diagnostic des réactions allergiques à *Anisakis spp.*, quant à lui, est difficile, et fait appel aux tests cutanés et au dosage des IgE et des IgG4 spécifiques (3). A noter que bien qu'il s'agisse d'une helminthiase, l'hyperéosinophilie est inconstante dans l'anisakidose (4).

Le traitement repose sur l'extraction de toutes les larves visualisées lors de l'endoscopie, permettant une amélioration clinique rapide (3). L'intérêt des traitements antiparasitaires n'est pas démontré (4). En cas d'allergie, outre la prise en charge des manifestations aiguës, le traitement repose essentiellement sur l'éviction de l'allergène.

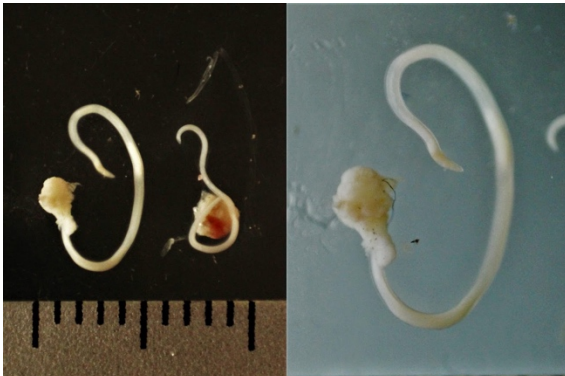


Figure 3. Larves d'*Anisakis spp.*

L'infection est cosmopolite, avec environ 20 000 cas rapportés chaque année dans le monde (incidence estimée à 0,32 cas/100 000 habitants (3)), particulièrement dans les pays développés ayant une importante industrie de la pêche, une consommation de poisson par habitant élevée, ou des habitudes alimentaires comportant des poissons ou calamars crus (3,6). Si le Japon est le pays où la maladie est la plus souvent diagnostiquée, l'Europe est également concernée, en particulier l'Espagne, les Pays-Bas, et l'Allemagne (5,6). L'infection reste cependant peu décrite (environ 20 cas déclarés/an dans la plupart des pays européens) (5). Cette incidence est néanmoins sous-estimée, et le nombre de cas réels est probablement bien supérieur ; ainsi, certaines données suggèrent qu'en Espagne l'anisakidose concernerait jusqu'à 8000 voire 20 000 personnes/an, alors que le nombre de cas rapportés annuellement est aujourd'hui aux environs de 150 (2,3,9).

En France, des cas isolés d'anisakidose sont régulièrement rapportés, mais peu d'études portant sur la prévalence de la maladie sont disponibles. Une étude rétrospective, réalisée entre 2010 et 2014 sur l'ensemble des laboratoires de Parasitologie-Mycologie des Centres Hospitaliers Universitaires français, a permis d'identifier 37 cas d'anisakidose, dont 7 confirmés, 12 possibles, et 18 allergiques (5). L'incidence était de 7.4 cas/an toutes manifestations confondues, de 3.8 cas/an en excluant les cas de manifestations allergiques, et de 1.4 cas/an en ne considérant que les anisakidoses confirmées. L'âge médian des patients était de 42 ans (11-69), avec une nette prédominance féminine (25 femmes pour 12 hommes) (5).

Outre les cas rapportés dans cette étude, 6 cas d'allergies sévères aux anisakidés ont été signalés par le Réseau National d'Allergovigilance sur la même période, chez 5 femmes et un homme, âgés de 38 à 80 ans (10). Il s'agit donc d'une parasitose rare dans notre pays, même si elle

asymptomatiques ou pauci-symptomatiques). Des cas groupés sont parfois rapportés, comme par exemple durant l'été 2018 dans le Finistère, où 4 cas ont été signalés chez des personnes ayant consommé du poisson cru ou uniquement mariné (<https://www.bretagne.ars.sante.fr/risque-anisakiase>).

La prévention de l'anisakidose est une préoccupation majeure pour la filière de la pêche, et de nombreuses dispositions réglementaires ont été prises afin de tenter de maîtriser le risque parasitaire dans les produits de la mer. Ainsi, le règlement européen n°853/2004 (<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:26:0022:0082:FR:PDF>) impose aux professionnels la réalisation de contrôles visuels sur les produits de la pêche, l'interdiction de mise sur le marché des produits parasités, et l'obligation d'une congélation pour certains produits dont le mode de préparation ou de consommation présente un risque particulier.

Malgré ces mesures, le niveau d'infestation par les Anisakidae chez les poissons commercialisés en France reste élevé. Récemment, un programme de surveillance national portant sur 7 espèces de poissons, analysées au stade de la distribution, a mis en évidence des taux d'infestation allant de 29.7% (lieu noir) à 88.9% (merlan) (13) ; pour le merlu, espèce consommée par notre patiente, il était estimé à 70.3%. L'infestation peut être parfois massive : le filet de poisson le plus contaminé contenait 261 larves, et le flanc le plus contaminé en comptait plus de 600 (13).

La prévention de l'anisakidose implique également pour le consommateur certaines précautions avant la consommation de poisson, afin de ne pas ingérer de larves vivantes d'*Anisakis*. Pour les poissons destinés à être consommés crus ou peu cuits, la congélation préalable permet de tuer les larves, à une température de -35°C pendant 15 heures, de -20°C pendant 24 heures, ou dans un congélateur domestique pendant 7 jours (4). Il est nécessaire de rappeler ces conseils au grand public, afin d'éviter une augmentation du nombre de cas induits par les nouvelles habitudes alimentaires, notamment la consommation de poisson cru sous forme de sushis et sashimis.

Conclusion

L'anisakidose est une zoonose émergente, restant rare dans notre pays, mais probablement sous-diagnostiquée en raison de symptômes peu spécifiques et de formes parfois pauci-symptomatiques. Le fort taux d'infestation des poissons de consommation courante, malgré les mesures prises par la filière de la pêche, incite à communiquer auprès des consommateurs sur les mesures préventives à appliquer avant de consommer du poisson cru ou peu cuit. Les médecins doivent être sensibilisés au diagnostic, afin de pouvoir l'évoquer et rechercher des arguments d'anamnèse à l'interrogatoire devant une symptomatologie digestive aiguë.

Références

1. van Thiel P, Kuipers FC, Roskam RT. A nematode parasitic to herring, causing acute abdominal syndromes in man. *Trop Geogr Med.* juin 1960;12:97-113.
2. Bao M, Pierce GJ, Pascual S, González-Muñoz M, Mattiucci S, Mladineo I, et al. Assessing the risk of an emerging zoonosis of worldwide concern: anisakiasis. *Sci Rep.* 13 mars 2017;7:43699.

3. Adroher-Auroux FJ, Benítez-Rodríguez R. Anisakiasis and Anisakis: An underdiagnosed emerging disease and its main etiological agents. *Res Vet Sci.* oct 2020;132:535-45.
4. Shimamura Y, Muwanwella N, Chandran S, Kandel G, Marcon N. Common Symptoms from an Uncommon Infection: Gastrointestinal Anisakiasis. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2016;2016:1-7.
5. Yera H, Fréalle É, Dutoit E, Dupouy-Camet J. A national retrospective survey of anisakidosis in France (2010-2014): decreasing incidence, female predominance, and emerging allergic potential. *Parasite.* 2018;25:23.
6. Pravettoni V, Primavesi L, Piantanida M. Anisakis simplex: current knowledge. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* août 2012;44(4):150-6.
7. Shibata E, Ueda T, Akaike G, Saida Y. CT findings of gastric and intestinal anisakiasis. *Abdom Imaging.* avr 2014;39(2):257-61.
8. Takabayashi T, Mochizuki T, Otani N, Nishiyama K, Ishimatsu S. Anisakiasis presenting to the ED: clinical manifestations, time course, hematologic tests, computed tomographic findings, and treatment. *Am J Emerg Med.* déc 2014;32(12):1485-9.
9. Herrador Z, Daschner Á, Perteguer MJ, Benito A. Epidemiological Scenario of Anisakidosis in Spain Based on Associated Hospitalizations: The Tip of the Iceberg. *Clin Infect Dis.* 18 juin 2019;69(1):69-76.
10. Dupouy-Camet J, Touabet-Azouzi N, Fréalle É, Van Cauteren D, Yera H, Moneret-Vautrin A. Incidence de l'anisakidose en France. Enquête rétrospective 2010-2014. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2016;(5-6):64-70.
11. Fiorenza EA, Wendt CA, Dobkowski KA, King TL, Pappaionou M, Rabinowitz P, et al. It's a wormy world: Meta-analysis reveals several decades of change in the global abundance of the parasitic nematodes *Anisakis* spp. and *Pseudoterranova* spp. in marine fishes and invertebrates. *Glob Change Biol.* mai 2020;26(5):2854-66.
12. Rahmati AR, Kiani B, Afshari A, Moghaddas E, Williams M, Shamsi S. World-wide prevalence of Anisakis larvae in fish and its relationship to human allergic anisakiasis: a systematic review. *Parasitol Res.* nov 2020;119(11):3585-94.
13. Gay M, Lailier R, Bourgau O, Rudloff L, Guillotteau S, Midelet G. Niveaux d'infestation par les Anisakidae chez sept espèces de poisson prélevées au stade de la distribution en France. *Bull Epidémiologique Santé Anim - Aliment.* 2019;(87(3)):1-7.