

BOBO-DICULASSO DU 7 AU 11 AVRIL 1975

UN CAS DE DISTOMATOSE
EN HAUTE-VOLTA

PLOUVIER (S), LOUIERE (R) COLETTE (J.) FROST(A.)

BAUDOUIN (C.) SEBENIN (B.)

TRAVAIL DE LA SECTION PARASITOLOGIE ET DE LA SECTION BIOLOGIE
DU CENTRE - MURAS .

EN COLLABORATION AVEC LE LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ABIDJAN (COTE D'IVOIRE) ET DE LA
MISSION O.R.S.T.O.M. AUPRES DE L'O.C.C.G.E.

31 MARS 1977

O. R. S. T. O. M.

Collection de Référence

n° 8573

Parasit. 33
Ent. Med.

- RÉSUMÉ -

La distomatose n'a jamais été décrite en HAUTE-VOLTA avant ce premier cas observé dans la région de BOBO-DIOULASSO . Cependant cette parasitose semble devenir plus fréquente en Afrique Occidentale . Le diagnostic parasitologique exact entre Paragonimus et Foëchilorchis congolensis n'a pas été possible sur les données recueillies dans cette observation .

- INTRODUCTION -

Le 1er cas de distomatose découvert en HAUTE-VOLTA a posé un double problème parasitologique et épidémiologique . Le Parasite n'a pas été déterminé avec précision . Cette parasitose n'a jamais été décrite en HAUTE-VOLTA . Elle est exceptionnelle en Afrique de l'Ouest .

Tel était donc le contexte épidémiologique lorsqu'en Mars 1974, le laboratoire d'Anatomie Pathologique du Centre MURAZ (Docteur SALICU F.) reçut un fragment fixé dans le liquide de BOURN

Les renseignements cliniques qui accompagnaient cet échantillon annonçaient qu'il s'agissait " d'une biopsie partielle d'un ganglion retro-auriculaire gauche évoluant depuis un an à contenu semi-caséux évocateur de tuberculose " .

Le prélèvement avait été effectué chez un garçon de 13 ans, originaire de BANFORA .

- ANATOMIE PATHOLOGIQUE -

Il n'y eut aucune difficulté à éliminer :

- un parenchyme ganglionnaire
- une adenite tuberculeuse sur les signes histologiques .

Par contre, il se posa d'emblée un diagnostic étiologique précis sur la constatation " d'une réaction épithélioïde giganto-cellulaire centrée sur des oeufs de 60 à 80 microns évoquant une parasitose dont l'identité restait à authentifier " .

Après coloration à l'Émalun-Bosine-Safran la préparation histologique examinée frappe par :

1°/ l'existence d'importantes réactions de :

- fibrose
- nécrose
- vasodilatation
- inflammation .

2°/ la présence d'oeufs .

Cet ensemble évoluant au sein de tissu cellulaire sous-cutané .

1/- La fibrose

Sans constituer une coque arrondie, kystique continue, elle se retrouve en périphérie de la lésion centrale sous forme d'épais trousseaux . Peu cellularisée, épaisse, bien tranchée du reste de la préparation, on note à son niveau :

- des îlots de nécrose minimes
- des capillaires dilatés modérément
- des infiltrats inflammatoires mononucléés de petite taille .

Tous ces aspects sont disséminés de la couche superficielle à la couche la plus profonde .

2/- La nécrose, l'inflammation et la vasodilatation sont par contre intimement mêlées .

La nécrose évolue sous forme de plaques éosinophiles en nappe s'intriquant à une réaction plasmocytaire prédominante . On note quelques lymphocytes, de rares éosinocytes . Les capillaires sont extrêmement dilatés, bourrés d'hématies sans polynucléaires, vides d'embols ovulaires .

3/- Les oeufs !

Ils se répartissent exclusivement dans la masse nécrotico-hémorragique inflammatoire par petits amas de 3 à 4 unités . Leur taille est de 60 à 80 microns, ils sont cernés par un lisère net brun clair . Selon leur plan de coupe, ils apparaissent soit arrondis, soit ovoïdes et dans ce cas, ils sont munis d'un opércule, d'un clapet . Optiquement vides le plus souvent, ils peuvent receler en leur intérieur des éléments cellulaires arrondis éosinophiles à renforcement " nucléaire " .

4/- Relations oeufs cellules inflammatoires .

Il est peu fréquent que l'oeuf entraîne la formation d'un granulome vrai . Le plus souvent, il existe une réaction épithélioïde péri-ovulaire . On ne retrouve que rarement des cellules géantes . Quand elles existent elles sont contigues, juxtaposées à l'oeuf . Cette pauvreté en cellules géantes est paradoxale compte tenu de l'importance du processus nécrosant .

Somme toute, les lésions histologiques sont celles d'une inflammation subaiguë. Quelques particularités cependant doivent attirer l'attention :

- la nécrose très importante
- la vasodilatation
- la plasmocytose
- la rareté des éosinophiles
- la pauvreté en cellules géantes.

- DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE PROBABLE -

Cette identification est restée impossible en l'absence du vers adulte. La morphologie des oeufs évoque cependant incontestablement l'oeuf de distome.

L'examen en lumière polarisée pratiqué par LOUBIERE constitue une technique originale non signalée dans la littérature à notre connaissance, mais il n'a pas fourni de données complémentaires (12).

- COMMENTAIRES -

Avant le premier cas de LIBERT (11) rapporté au CAMEROUN la distomatose fut considérée comme une parasitose d'Extrême-Orient. ZAËRA (19) mit l'accent sur le caractère endémique de cette affection en Afrique. Le ZAËRE (8) la GAMBIE (1), le NIGERIA (15) connurent quelques cas sporadiques.

La distomatose restait pourtant inconnue en Afrique de l'Ouest jusqu'en 1974 (7 - 8 - 16 - 18) .

Il semble que l'épidémiologie de cette parasitose évolue actuellement devant les cas décrits récemment en COTE D'IVOIRE (6 - 9 - 12) .

Les lésions histopathologiques de ce premier cas VOLTAÏQUE sont comparables à celles décrites au niveau des tissus pulmonaires (2 - 3 - 5 - 10 - 13 - 14) et hépatiques (4) et rétro-auriculaires (8 - 17) .

L'absence de vers adulte n'a pas permis de trancher entre Paragonimus et Foëchilorchis congolensis .

La négativité de 3 examens de crachats après coloration par la méthode de Ziehl, la localisation évoqueraient plutôt le 2^e parasite .

Il n'existe pas de POTADOMA, vecteurs de Paragominus en HAUTE-VOLTA . L'éthnie du malade n'a pas la réputation de consommer cru le crabe d'eau douce indispensable pour le cycle d'infestation humaine .

- CONCLUSION -

Le premier cas de distomatose décrit en HAUTE-VOLTA a posé le problème non résolu d'un diagnostic parasitologique précis entre Paragominus et F. congolensis .

Rare en Afrique de l'Ouest cette parasitose ne doit peut-être cette rareté qu'à l'absence de recherche systématique .

- B I B L I O G R A P H I E -

- (1) - BOWESMAN .C. Surgery and clinical pathology in the tropics -
Edinburgh and London.-Livingstone 1960 p.187 .
- (2) - CARRE J.C. , FONTAN.R., SACDEFRASEUTH.S., THOMAS.J.
La distomatose à paragonimus Presse Médicale 1970 - 78-51 .
- (3) - CARRE JC. Les distomatoses pulmonaire à Faragonimus J.Fr. Med.
Tho. 1970 . 24-167 .
- (4) - CHASTEL C. THOMAS J. BORDAHANDY R. - Distomatose hepaticque et abcès
distomiens sous-cutanés abdominaux Med. Trop. 1971 31-3 .
- (5) - CONSTANT Y. LAGARDE B. - Distomatose pulmonaire Med.Trop. 1962 22,6-
718 . 727 .
- (6) GOULIBALY N. CORNET L. DOUCET J. LOUBIERE R. - Paragonimose pulmonaire
associée à une Bilharzirose en COTE D'IVOIRE Nouv. Pr.Med. 1975,4.12-886
- (7) - DARRAS A. VANDEPITTE J. A new case of paragonimiasis in Congo
Ann. Soc. Belge. Med.Trop. 1960 - 40 - 725 - 731 .
- (8) - FAIN A, VANDEPITTE J. -Description du nouveau distome vivant dans des
kystes retro-auriculaires chez l'homme du Congo Belge Ann.Soc.
Belge Med. Trop. 1957 - 37 - 251 - 258 .
- (9) - GENTILINI M. - 1975 - Communication personnelle .
- (10) - JOYBUX CH. SICE A. - Precis de Medecine des pays chauds
MAGNON editeur 1950 - 204 - 209 .
- (11) - LIBERT C. A case of paragonimiasis west Afric Med.J. 1932 5-3 - 51-52 .
- (12) - LOUBIERE R. 1975 - Communication personnelle .
- (13) * MUSGRAVE J. Paragonimiasis in Philippine Islands Phil.J.of Science
1907 2 - 15 .
- (14) - NEVEU--LEMAIRE-M. traité d'helminthologie medicale et
vétérinaire 1936 - 207 - 214 .
- (15) - NWOKOLO C. Endemic paragonimiasis in Africa. Bull.Wld.Hlth.
Org. 1974 - 50 - 569 - 571 .
- (16) - SIROL J. KERPELESC J. PAFINUTTO JF. - La paragonimose pulmonaire
en Afrique Bull- Soc Path.Ex 1960 60-5 533 - 555 .

(17) - VANDEFITTE J. JOE A. DELAECHE J. TABARY MJ.
Quatre cas d'abcès rétro-auriculaires chez les Congolais produits
par un nouveau distome. Ann. Soc. Belge. Med. Trop. 1957-37

(18) - VAN HOOFF L. - Ann. Soc. Belge. Med. Trop. 1933- 13 - 473 .

(19) - ZAHERA - West Afric. Med. J. 1952 - 1 - 75 - 82 .