

ANGUILLULOSE GASTRIQUE ET IMMUNODEPRESSION LIEE AU VIH : A PROPOS D'UN CAS.

MAHASSADI K¹, DOUKOURÉ B², BOKA BM², KISSI H¹, BATHAIX F¹, ATTIA KA¹,
DIOMANDÉ MI², NDRI-YOMAN T¹

RESUME

L'anguillulose est une parasitose digestive qui sévit à l'état endémique dans les zones intertropicales du globe. L'anguillule dans sa forme adulte est localisé préférentiellement au niveau duodénale. Les localisations gastriques du parasite sont peu

fréquentes. Nous rapportons un cas d'anguillulose gastrique chez un jeune ivoirien infectée par le VIH dont les signes cliniques étaient des douleurs et vomissements.

MOTS-CLÉS : ANGUILLULOSE, VIH, ESTOMAC

SUMMARY

Strongyloidiasis is parasitic infection frequently observes in tropical area of the world. The larva localises preferentially in the duodenum. The parasite involves rarely the stomach. We report a HIV infected patient with gastric strongyloidiasis without hyperinfection. The manifestations were abdominal pain and vomits.

An erythematous gastritis with hypertrophic folds was seen in gastroscopy. The parasites were founded in gastric biopsy. Treatment with thiabendazole was administrated with success. No larvas were founded after a second gastric biopsy.

KEY WORD : STRONGYLOIDIASIS, HIV, STOMACH

-
- 1- Service d'Hépatogastroentérologie, CHU de Yopougon
 - 2- Service d'Anatomie Pathologique, CHU de Cocody

Correspondance : Mr DOUKOURE Brahim

Tél : 00 (225) 23 51 78 04

Service d'Anatomie Pathologique

UFR Sciences médicales, Abidjan

Email : doukbrahim@yahoo.com

INTRODUCTION

L'anguillulose est une parasitose digestive qui sévit à l'état endémique dans les régions intertropicales du globe. Les anguillules sont localisées essentiellement au niveau du duodénum [1]. La localisation gastrique

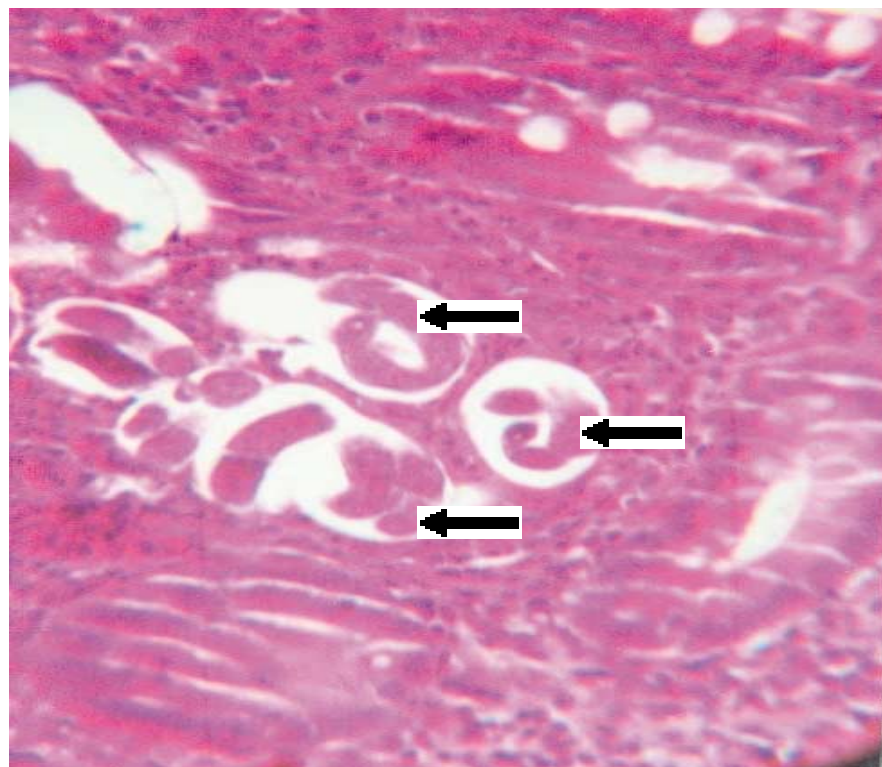
de l'anguillulose est peu décrite dans la littérature [2-4]. Nous rapportons un cas d'anguillulose gastrique chez un jeune ivoirien associé à une immunodépression liée au VIH en Côte d'Ivoire.

HISTORIQUE

MR O. S, âgé de 20 ans consultait le 02 mai 2000 pour des douleurs abdominales de siège épigastrique, accompagnées de vomissement post-prandiaux immédiats et un amaigrissement. L'interrogatoire révélait qu'un mois auparavant, il se plaignait de douleurs épigastriques calmées par la prise d'antiacides à base de gels d'aluminium (Maalox®). Il n'était pas ulcéreux connu. L'abdomen était modérément douloureux à la palpation. La gastroscopie réalisée le

même jour montrait une gastropathie antrale érythémateuse à gros plis. Le duodénum était endoscopiquement normal de même que le fundus et la calotte tubérositaire. Il n'existait pas d'ulcère gastro-duodénale ni de sténose organique antro-pylorique. Trois biopsies au niveau de l'antra et du duodénum ont été systématiquement faites pour un examen anatomopathologique. Des larves d'anguillules ont été retrouvées au sein des biopsies antrales et duodénales (figure 1).

Figure1 : Larves d'anguillules au sein de la muqueuse gastrique (HES*40)
*Strongyloidiasis larva in gastric mucosa (HES*40)*



La recherche de larves d'anguillule dans les selles était négative. La sérologie VIH était positive (VIH 1), les CD4 à 154/mm³, le taux d'HB à 9,6 gr/dl. Une hyperéosinophilie sanguine modérée à 300/mm³ était retrouvée à la numération. La radiographie pulmonaire et l'échographie abdominale étaient normales. Le patient reçut 2 comprimés de

Thiabendazole (Mintézol®) par jour pendant 3 jours. Une nouvelle gastroscopie avec des biopsies antro-fundiques et duodénales a été réalisé deux semaines après le traitement. Les muqueuses gastriques et duodénales étaient endoscopiquement normales. Les biopsies ne montraient plus de larves d'anguillules.

COMMENTAIRE

La présence des parasites à l'examen histologique de la biopsie gastrique traduit effectivement que notre patient présentait une anguillulose gastrique en dehors de toute atteinte extra digestive.

La localisation de l'anguillule est essentiellement duodénale, gîte naturel de reproduction du parasite. Les localisations dans d'autres segments du tube digestif et les atteintes extra digestives sont décrites principalement en cas d'anguillulose maligne survenant dans un contexte d'immunodépression quelqu'en soit la cause, avec des manifestations cliniques sévères [5]. Les atteintes essentiellement gastriques sont peu décrites dans la littérature. Elles peuvent survenir chez le sujet immunocompétent ou immunodéprimé notamment par le VIH [2-4]. Cependant, il n'a pas été établi de lien entre l'infection liée au VIH et l'anguillulose [6].

Les signes cliniques sont peu spécifiques. Il peut s'agir de douleurs abdominales banales, de vomissements avec amaigrissement progressif comme ce fut le cas chez notre patient [2-4]. Les lésions gastriques endoscopiques sont également peu spécifiques allant d'une simple gastrique érythémateuse à l'existence d'un véritable ulcère gastrique hémorragique [7,8].

Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer la localisation gastrique des anguillules. L'augmentation du PH gastrique favoriserait le développement du parasite dans l'estomac. Les larves infestantes proviendraient alors du duodénum par migration rétrograde ou directement du larynx après la remontée de l'arbre trachéobronchique au cours du cycle normal de migration du parasite vers le tube digestif [3,9]. Chez notre patient la prise d'antiacide à visé symptomatique du fait des douleurs abdominales qu'il présentait serait vraisemblablement le facteur ayant favorisé la localisation et le développement du parasite au niveau de l'estomac.

Notre patient ne présentait en effet, aucune manifestation clinique évocatrice d'une anguillulose maligne et aucune autre localisation digestive ou extra digestive des anguillules n'a été retrouvée.

Le traitement de l'anguillulose fait appel à l'Ivermectine ou au Thiabendazole.

Ces deux molécules sont efficaces quelque soit la forme clinique de la maladie [1,10].

Chez notre patient, une évolution clinique satisfaisante a été obtenue sous Thiabendazole avec disparition des parasites à la biopsie gastrique de contrôle.

CONCLUSION

L'anguillulose gastrique est peu fréquente et la symptomatologie clinique peu évocatrice. Le diagnostic est le plus souvent fortuit et repose sur la découverte de larve d'anguil-

lule à l'examen anatomo-pathologique de la biopsie gastrique. Le traitement est efficace et le pronostic est en général bon en l'absence de forme maligne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

1. GENTILLINI M. Anguillulose. In *Médecine Tropicale*. Eds Flammarion-Sciences, Paris, 1993 : 188-91.
2. WURTZ R, MIROT M, FRONDA G, PETERS C, KOCKA F. Short report : gastric infection by *Strongyloides stercoralis*. *Am J Trop Med Hyg* 1994 ; 51 : 339-40.
3. KIM J, JOO HS, KIM DH, LIM H, KANG YH, KIM MS. A case of gastric strongyloidiasis in Korean patient. *The Korean Journal of Parasitology* 2003 ; 41 : 63-7.
4. MEINE GC, DIETZ J, ROCHA M, MATTOS T, de SOUZA AR, CONTELETTI FR. Atypical gastric presentation of strongyloidiasis in HIV-infected patient-case report. *Dig Liver Dis*. 2004 ; 36 : 760-2.
5. GACHOT B, BOUVET E, BURE A, DECRE D, WOLFF M, VACHON F. HIV infection et anguillulose maligne. *Rev Prat* 1990 ; 40 : 2129-30.
6. Viney ME, Brown M, Omoding NE et al. Why does HIV infection not lead to disseminated strongyloidiasis ? *J Infect Dis* 2004; 190: 2175-80.
7. Thompson BF, Fry LC, Wells CD et al. The spectrum of GI strongyloidiasis: an endoscopic-pathologic study. *Gastrointest Endosc* 2004 ; 59 : 906-10.
8. Dees A, Batenburg PL, Umar HM, Menon RS, Verweij J. *Strongyloides stercoralis* associated with a bleeding gastric ulcer. *Gut* 1990 ; 31: 1414-5.
9. LARNER AJ, HAMILTON MI. infective complications of therapeutic gastric acid inhibition. *Aliment Pharmacol Ther* 1994 ; 8 : 579-84.
10. DATRY A, THELLIER M, ALFA-CISSÉ O, DANIS M, CAUMES E. L'ivermectine, un antiparasitaire à large spectre. *Press Med* 2002 ; 31 : 605-9.