



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



INFECTIONS PARASITAIRES

Schistosomose : une parasitose qui n'est plus uniquement tropicale

Schistosomiasis: A parasitosis that is no longer only tropical

A. Berry*, J. Fillaux, X. Iriart

Service de parasitologie-mycologie, institut fédératif de biologie, CHU de Toulouse, TSA 40031, 31059 Toulouse cedex 9, France

MOTS CLÉS

Schistosomose ;
Schistosoma
haematobium ;
Corse ;
Bulin ;
Hydrise ;
Transmission

KEYWORDS

Schistosomiasis;
Schistosoma
haematobium;
Corsica;
Bulinus;

Résumé La schistosomose (bilharziose) est une parasitose d'importation assez fréquente, diagnostiquée le plus souvent chez des voyageurs ou migrants. La contamination se fait classiquement en zones tropicales, après exposition à une forme larvaire, la furcocercaire, présente dans certains cours d'eau ou lacs qui hébergent l'hôte intermédiaire, le bulin. En fonction de l'espèce, cette parasitose peut occasionner des atteintes très variées : uro-génitales, coliques ou hépatiques et être responsable de complications sévères après plusieurs années d'évolution : dysurie, insuffisance rénale, stérilité, cirrhose hépatique et hypertension portale. Son diagnostic n'est pas toujours aisé, car moins de 50 % des patients infectés excrètent des œufs dans les selles ou les urines, mais la mise en évidence de ces éléments par examen microscopique permet un diagnostic de certitude. De par leur meilleure sensibilité, les sérodiagnostics ont contribué à améliorer le diagnostic, même si leur interprétation nécessite une bonne expertise. Sur le plan thérapeutique, le praziquantel, lorsqu'il est prescrit précocement, assure une guérison définitive, sans séquelle. L'identification en Corse, à partir de 2014, d'un foyer de transmission de schistosomose uro-génitale avec plus d'une centaine de cas recensés, ne doit plus nous faire percevoir cette parasitose comme un danger lointain mais comme une menace bien réelle en Europe du Sud.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary Schistosomiasis (bilharziasis) is a common parasitic disease, most often diagnosed in travelers or migrants. The contamination is usually done in tropical areas, after exposure to the larval stage, the furcocercaria, present in some rivers or lakes, which contains the intermediate host, the bulin. This parasite can cause different types of damage in different organs depending on the species involved: uro-genital, colic or liver. More or less quickly, complications may occur such as dysuria, renal impairment, sterility, liver cirrhosis and portal hypertension. The diagnosis is not always easy as fewer than 50 % of infected patients excrete eggs in the stool or urine, but the evidence of these elements by microscopic examination

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : berry.a@chu-toulouse.fr (A. Berry).

Hybrid;
Transmission

provides proof of diagnosis. Because of their better sensitivity, immunodiagnosis have contributed to improved diagnosis even if their interpretation requires good expertise. Therapeutically, praziquantel, when prescribed early, ensures a definite cure without sequelae. Identification in Corsica, from 2014, of an outbreak of uro-genital schistosomiasis with more than a hundred cases recorded, should no longer make us perceive this parasitosis as a distant danger but as a real threat in Southern Europe.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

Les schistosomoses (bilharzioses) sont des maladies parasitaires qui sévissent presque exclusivement en zone tropicale ou subtropicale. Elles sont dues à des trématodes (vers plats non segmentés) vivant à l'état adulte dans le système circulatoire veineux de l'Homme et à l'état larvaire dans un mollusque d'eau douce. L'Homme est infecté par voie trans-cutanée lors d'un contact avec de l'eau contaminée.

Quatre-vingt-douze pour cent des cas sont rapportés en Afrique, où sévissent les deux espèces majoritaires : *Schistosoma mansoni* et *S. haematobium* responsables respectivement de la schistosomose hépato-intestinale et urogénitale. Les vers adultes, de 1 à 1,5 cm de long, vivent en couple dans les veinules péri-vésicales pour *S. haematobium* ou mésentériques pour *S. mansoni* et les autres espèces. Leur durée de vie varie de 3 à 10 ans avec des extrêmes allant jusqu'à 40 ans. La majorité des œufs pondus par les femelles vont migrer vers la lumière vésicale ou colique et seront éliminés dans le milieu extérieur avec les excréta. Une minorité va rester bloquée dans la sous-muqueuse de l'organe cible ou s'emboliseront dans les veinules portes hépatiques ou les artérioles pulmonaires. La rétention des œufs dans les tissus est responsable de lésions granulomateuses inflammatoires qui évoluent vers la fibrose et la calcification. Ce sont donc ces œufs qui sont à l'origine des lésions et symptômes observés au cours de la phase chronique de la maladie.

La découverte en 2014 d'un foyer de transmission de schistosomose urogénitale en Corse fut un événement qui est apparu de prime abord surprenant, voire improbable, mais qui était en fait prévisible et même annoncé. En effet, en 1966, le parasitologue Jean-Marie Doby concluait par ces phrases une de ses publications qui traitait de l'épidémiologie du bulin en Corse « ...Le premier cas certain de schistosomose humaine autochtone n'est donc pas inconcevable. La Corse réunit dès à présent, et sans aucun doute encore pour plusieurs années, en été du moins, l'ensemble des conditions requises pour réaliser à l'occasion la chaîne épidémiologique assez inhabituelle pour la France : œufs de schistosome, bulins, Homme. » [1]. Il aura fallu attendre près de 50 ans pour que cet événement se produise...

La découverte

En début d'année 2014, de manière concomitante à Toulouse et à Düsseldorf, deux enfants ont été suivis pour l'exploration d'une hématurie macroscopique évoluant depuis quelques semaines et dont le diagnostic étiologique posait problème. Finalement, l'examen anatomopathologique des biopsies vésicales, réalisé en raison de la présence de lésions polypoides, a mis en évidence des œufs de schistosome. La morphologie caractéristique des œufs retrouvés à l'examen parasitologique des urines authentifiait une infection à

S. haematobium. Ces deux familles, qui n'avaient jamais séjourné en zone d'endémie bilharzienne, avaient pour seul point commun d'avoir passé des vacances en août 2013 dans le village de Sainte Lucie de Porto Vecchio, en Corse du sud, et de s'être baignées dans la rivière le Cavu, identifiant ainsi la probable zone de contamination (Fig. 1). Par la suite, cette hypothèse a été renforcée par la mise en évidence d'une importante population de *Bulinus truncatus* dans le Cavu, l'hôte intermédiaire de *S. haematobium*. Il s'est avéré que la plupart des membres des deux familles (et de 2 familles supplémentaires amies de la famille index Toulousaine ayant passé leurs vacances ensemble en Corse) étaient infectés. Sur un total de 16 personnes exposées, l'examen parasitologique des urines était positif chez 8 d'entre elles et 5 personnes supplémentaires avaient un immunodiagnostic sérologique positif pour *Schistosoma*. Le taux d'attaque était ainsi de plus de 80 % dans ce groupe [2,3].

Suite à cette découverte, la Direction générale de la santé a lancé une campagne nationale d'information et de dépistage. L'organisme « Santé publique France », anciennement « Institut de veille sanitaire », a mis en place un dispositif de recensement des cas autochtones de schistosomose urogénitale. Leur signalement était effectué auprès des Agences régionales de santé (ARS) pour quantifier l'ampleur et la durée du phénomène et identifier d'éventuels nouveaux sites de transmission autochtone en France métropolitaine [4,5].

Données épidémiologiques et parasitologiques

Le haut niveau de fréquentation du Cavu en période estivale, estimé à plusieurs milliers de personnes par jour [6], associé à un taux d'attaque élevé observé lors des premiers cas dépistés, laissait présager plusieurs milliers d'infection. Au cours de l'année 2014, près de 37 000 sérologies schistosomose ont été réalisées par les principaux laboratoires effectuant ce diagnostic, contre 5000 à 7000 par an de 2011 à 2013, attestant de l'importance du dépistage. En juillet 2015, plus de 100 cas autochtones en lien avec des baignades dans la rivière Cavu ont été signalés aux ARS [7-9]. L'ensemble des cas rapportait au moins une baignade en 2013 dans le Cavu et 77 % (67/87) pendant la 1^{re} quinzaine d'août 2013. À partir d'un travail de modélisation des résultats des tests de dépistages réalisés en France, le nombre de cas d'infections contractées en Corse en 2013 a été évalué et s'élèverait à environ 300 cas [10].

Ce nombre relativement limité de cas s'explique vraisemblablement par une transmission limitée dans le temps (1^{re} quinzaine d'août) et dans l'espace (deux zones de contamination dans le Cavu ont été identifiées).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8746036>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8746036>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)