

Une granulomatose digestive révélant une Bilharziose : une observation particulière

Wafa Letifi, interne en médecine interne (1)

Imen Chabchoub(1), Chifa Dammak(1), Yosra Bouattour(1), Nesrine Regaieg(1), Mouna Snoussi(1), Raida Ben Salah(1), Feten Frikha(1), Sameh Marzouk(1), Zouhir Bahloul(1)
(1) Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

La bilharziose est une maladie parasitaire due le plus souvent à *S. mansoni* ou *S. haematobium*, observée classiquement chez les voyageurs en zone tropicale et tout individu se baignant en eau douce contaminée par les larves du parasite. Les larves pénètrent la peau de l'hôte et migrent vers les organes cibles, où elles se transforment en vers entourés d'un granulome réactionnel. C'est le granulome Bilharzien. Nous exposons ici le cas d'un homme hospitalisé pour exploration d'une granulomatose digestive qui s'est avérée en rapport avec une Bilharziose.

Cas clinique

Un homme, 41ans

ATCDS: Diabète insulino-dépendant

Motif: une dyspnée et une toux évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général (AEG).

Il est consommateur de lait cru

et rapportait la notion de voyages en Egypte il y a 6 ans.

La biologie: SIB: CRP=300, Hyperéosinophilie= 1500 PNE/mm³.

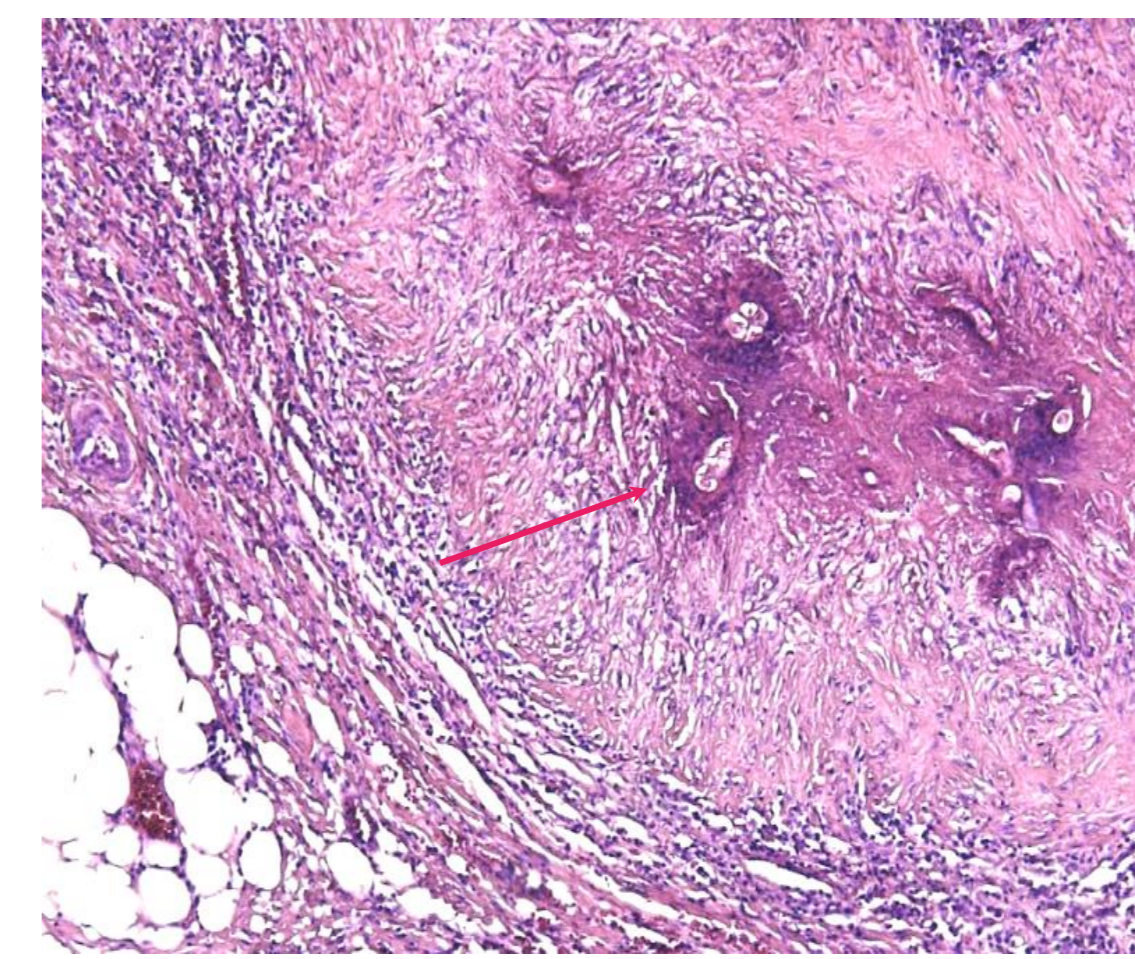


Fig1. Lame d'anapath montrant des oeufs de Bilharzies.

L'enquête initiale:

La sérologie de Wright: positive.

enquête tuberculeuse, les sérologies des germes atypiques, toxoplasmose, hépatites virales, VIH, VZV, HSV, EBV : négatives.

PCR Covid19: négatif.

TDM-TAP: un foie augmenté de taille truffé de lésions hypodenses, ainsi qu'un épaississement irrégulier appendiculaire d'allure suspecte.

Anapath: une inflammation granulomateuse nécrosante appendiculaire et une hépatite granulomateuse non nécrosante, sans signes de malignité.

Le diagnostic de brucellose était initialement retenu.

TT: Traité par doxycycline x1 mois sans amélioration

=> association de ciprofloxacine et rifampicine.

Evolution: apparition d'un ictère cutanéomuqueux, cholestase + cytolyse hépatique avec persistance d'une HE (1100-3300/mm³) et du SIB.

L'enquête élargie:

hémocultures, EPS, EPU, coproculture, la sérologie syphilis, hydatique, aspergillose et toxocarose = négative.

La sérologie de wright= négative à 2 reprises

AAN, ANCA, anticorps anti-tissus du foie = négatifs, dosage des **Igg4 sériques** = normal.

Pas d'arguments cliniques/biologiques permettant de retenir une sarcoïdose, un lymphome ou une néoplasie solide.

Une biopsie hépatique a été refusée par le patient.

Devant une granulomatose digestive => CTFD a été entamée mais sans bénéfice clinique ni sur le taux d'éosinophiles après 15 jours de traitement, d'où son arrêt => Un traitement antituberculeux d'épreuve (Ethambutol, Zyvoxide et Ciprofloxacine) a donc été instauré.

Evolution = apparition d'une ascite de moyenne abondance + d'épisodes d'hématémèse en rapport avec une rupture de varices œsophagiennes.

Une relecture des lames d'AP = des œufs de Bilharzies. (Fig1)

=> **La sérologie de bilharziose** a donc été demandée: **présence d'anticorps spécifiques.**

Le diagnostic de Bilharziose a donc été retenu

Toutefois, le patient est décédé dans un tableau d'insuffisance hépatique avec défaillance multiviscérale avant de recevoir le traitement.

Conclusion

Une infection parasitaire doit être évoquée devant une infiltration granulomateuse viscérale avec HE sanguine. Étant grave de par ses complications, la bilharziose hépatique mérite d'être recherchée devant la notion de voyage aux zones d'endémie. Le traitement repose sur le Praziquantel permettant la régression du granulome et l'éradication du parasite.

