

# PRESENTATION DE CAS

Dr Lionel Gaspard  
 Superviseur: Dr Yves Jackson  
 Le 10 août 2011

1

# Cas de M. G-F, 35 ans

Motif de consultation: paresthésies du pied droit

2

## CAMSCO

- Originaire du Honduras, depuis 3 ans en Suisse
- J-2: pendant la conduite de son véhicule
  - paresthésies du pied droit
  - clonies
  - perte de connaissance estimée à 20 min
- **Antécédents personnels** : aucun
- **Anamnèse familiale**: négative pour une affection neurologique

3

## HABITUDES/STATUS

- **Habitudes** :
  - tabac : nihil
  - OH : excessif 1x/ semaine
  - toxiques : nihil
  - médicaments : nihil
- **Status neurologique: normal**

4



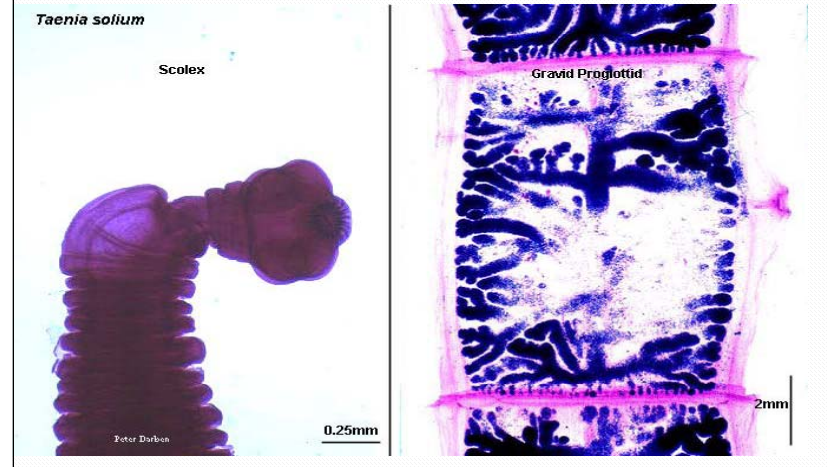
## DEFINITION

- maladie parasitaire atteignant le système nerveux central due au **taenia du porc, *Taenia Solium***

9

## TAENIA SOLIUM (2): VER ADULTE

- <http://home.austarnet.com.au/~wormman/paraimg/TSOLICYS.JPG>



10

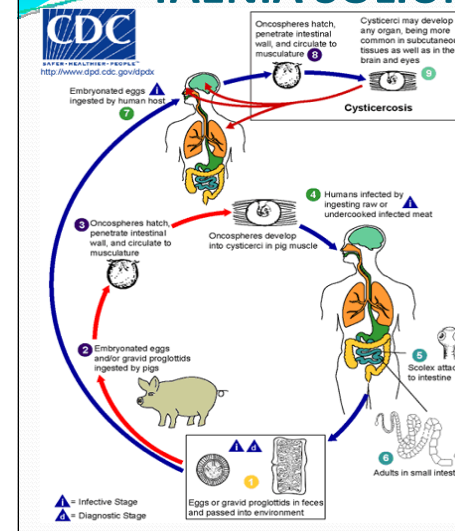
## TAENIA SOLIUM (3): OEUF

- Oeuf de Taenia (diamètre 50µm) : Parasitology Center Inc., Scottsdale, Arizona



11

## TAENIA SOLIUM (4): CYCLE



- hôte définitif** : porc
- hôte accidentel** : l'homme
- mode de contamination humaine**
  - viande de porc crue ou insuffisamment cuite contaminée par des larves: **taeniasse intestinale**
  - féco-orale homme à homme par les œufs: **cysticercose**

12

## EPIDEMIOLOGIE (1)

- une des premières causes d'épilepsie acquise dans les pays en voie de développement de haute endémicité
- Période d'incubation de quelques mois à 30 ans
  - majorité des patients symptomatiques dans les 7 ans
- Sexe ratio : homme = femme
- 75% des patients ont moins de 40 ans

13

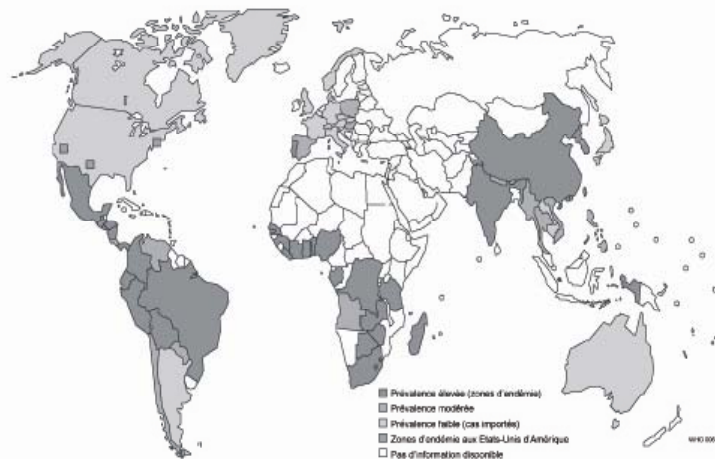
## EPIDEMIOLOGIE (2)

- Mortalité > 50'000 décès /an (OMS)
- Séroprévalence dans certaines communautés rurales d'Amérique du Sud : 10-25%
- Augmentation de sa fréquence dans les pays non-endémiques
  - ← la migration de porteurs sains ou malades du parasite
  - ← l'essor du tourisme dans les zones endémique (rare)

14

19/10/2011

Distribution géographique de l'endémie cysticerquienne



Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'OMS, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières. Les lignes en pointillés représentent les frontières sur lesquelles un accord complet peut encore ne pas exister.

Source OMS

15

19/10/2011

## CLASSIFICATION ET CLINIQUE

| MALADIE                      | STADE DE VIE              | ORGANES ATTEINTS   | CLINIQUE   |
|------------------------------|---------------------------|--|--|
| TAENIAESE                    | VER ADULTE                | Intestin   | douleurs abdominales, nausée, diarrhées et constipations, boulimie, perte de poids, éosinophilie   |
| CYSTICERCOSE (EXTRA-NEURALE) | LARVE                     | tissus s.c fascia intermusculaires muscles squelettiques | Fièvre, douleurs musculaires, nodules sous-cutanés   |
|                              |                           | coeur (5%)   | asymptomatique   |
|                              |                           | ophtalmique (1 à 3%)                                     | <input type="checkbox"/> Cédème papillaire<br><input type="checkbox"/> kyste sous rétinien<br><input type="checkbox"/> Trouble du champ visuel<br><input type="checkbox"/> nerf optique<br><input type="checkbox"/> chiasma (kystes de la citerne supra-sellaire)<br><input type="checkbox"/> voies rétro-chiasmiques (kystes intraparenchymateux) |
| NEUROCYSTICERCOSE            | LARVE VIVANTE OU INVOLUEE | Système nerveux central                                  | <input type="checkbox"/> Épilepsie<br><input type="checkbox"/> hydrocéphalie/ HTIC<br><input type="checkbox"/> atteinte des nerfs crâniens<br><input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral<br><input type="checkbox"/> compression radiculaire rachidienne  |

16



## NEUROCYSTICERCOSE: Clinique (1)

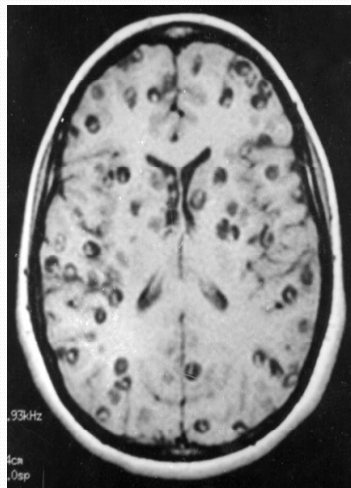
- asymptomatique (80 % des cas) selon des études post-mortem
- spécifique en fonction
  - **de la localisation** : parenchyme nerveux central, espace sous-arachnoïdien ou système ventriculaire
  - **le nombre et la taille**
  - **de la réaction inflammatoire**: largage de substances antigéniques au moment de **la mort de la larve**.

## NEUROCYSTICERCOSE: Clinique (2)

| LOCALISATION  | CLINIQUE  | PHYSIOPATHOLOGIE   |
|---|---|--|
| PARENCHYMEUSE<br>LA + FRÉQUENTE   | <b>Epilepsie</b><br>• Généralisée (60 %)<br>• Partielle: formes motrices surtout  | <b>inflammation lors de la mort de la larve &gt; calcification</b>   |
| EXTRA-PARENCHYMEUSE<br>• système ventriculaire<br>• citernes de la base | <b>Hypertension intracrânienne/ hydrocéphalie sans HTIC</b>   | <b>obstruction du flux du LCR</b><br>➢ présence du parasite<br>➢ réaction inflammatoire arachnoïdienne, épendymaire ou de la fibre résiduelle post-infectieuse |
| SOUS-ARACHNOÏDIENNE<br>(scissure sylvienne)                             |   | <b>kystes géants</b> avec effet de masse si diamètre > 1-2 cm.   |
| SOUS-ARACHNOÏDIENNE   | <b>Dysfonctionnement des nerfs crâniens</b><br>➢ atteinte des paires VI, VII et IX<br><br><b>Accident vasculaire cérébral</b> | <b>Compression par kyste</b><br><br><b>endartérite</b> des vaisseaux pénétrants de petit calibre provoquant des infarctus                                      |
| MOËLLE ÉPINIÈRE ET NERFS RACHIDIENS<br>(1%)                             | <input type="checkbox"/> Paraplégie ou para-parésie<br><input type="checkbox"/> Troubles sphinctériens et douleurs            | <b>compression radiculaire</b> > moëlle épinière   |

## PHASE INITIALE

source medscape



- Larves vivantes

## PHASES EVOLUTIVE ET SEQUELLAIRE

IRM avec kyste pariéto-occipital gauche (source medscape)



CT avec lésions calcifiées (source radiopedia)



## EVOLUTION NATURELLE

| FORMES  | PRONOSTIC                             | PATHOPHYSIOLOGIE   |
|---|---------------------------------------|--|
| FORMES INTRA-PARENCHYMATEUSES                                 | - FAVORABLE<br>- ÉPILEPSIE RÉSIDUELLE | <input type="checkbox"/> dégénérescence du parasite<br><input type="checkbox"/> persistance d'une cicatrice calcifiée  |
| FORMES LEPTO-MÉNINGÉES ET INTRA-VENTRICULAIRES OU MEDULLAIRES | MORBIDITÉ ET MORTALITÉ ACCRUES        | <input type="checkbox"/> croissance parasitaire<br><input type="checkbox"/> hypertension intracrânienne/hydrocéphalie<br><input type="checkbox"/> arachnoïdite |

## TESTS DIAGNOSTICS

| TESTS DIAGNOSTICS | PERFORMANCES | AVANTAGES   | INCONVENIENTS  |
|-------------------|--------------|---|--|
| CT ou IRM         | Bonne        | <input type="checkbox"/> Localisation<br><input type="checkbox"/> Nombre<br><input type="checkbox"/> Suivi de l'évolution des lésions sous traitement | <b>Différenciation kyste et tumeur difficile si lésion unique</b>  |
| SEROLOGIE         | moyenne      | <b>Confirmation si lésions multiples</b>  | <input type="checkbox"/> négative chez 1/3 des patients à foyer unique, calcifié ou en dégénérescence<br><input type="checkbox"/> A utiliser en combinaison avec la neuroimagerie et l'épidémiologie   |
| EXAMEN DES SELLES | mauvaise     |   | <input type="checkbox"/> seulement 15% des patients sont porteurs d'un ver intestinal<br><input type="checkbox"/> souvent infructueux: l'expulsion des œufs y est intermittente<br><input type="checkbox"/> similarité des œufs de T. Solium et de T. Saginata<br><input type="checkbox"/> présence du scolex/proglottides rare dans les selles. |

## TRAITEMENT (1): LES ANTI-PARASITAIRES

|                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| ALBENDAZOLE<br>OU<br>PRAZIQUANTEL | INDICATIONS                                    | PRÉSENCE DE KYSTES VIABLES  |
|                                   | EFFICACITE                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60-85% DES KYSTES CÉRÉBRAUX VIABLES TUÉS</li> <li>• DIMINUTION DU NOMBRE DE CRISES D'ÉPILEPSIE</li> </ul>  |
|                                   | COMPLICATIONS EN LIEN AVEC LA MORT DU PARASITE | <p><b>RÉACTION INFLAMMATOIRE PARENCHYMATEUSE SEVÈRE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; aggravation transitoire de la symptomatologie neurologique</li> <li>&gt; mort par HTIC</li> <li>• entre le 5e et 7e jour après le début du traitement</li> <li>• Contrecarrées                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o par les stéroïdes</li> <li>→ dexaméthasone: 0,2-0,5mg/kg/j</li> <li>→ prednisone 1mg/kg/j</li> <li>→ méthylprednisolone i.v: 12-20mg/kg/j</li> <li>o diurétiques osmotiques : mannitol (2g/kg/j)</li> </ul> </li> </ul> |
|                                   | CONTRE-INDICATION                              | CHARGE PARASITAIRE ÉLEVÉE (>100KYSTES)  |
|                                   | SCHEMA THERAPEUTIQUE                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ALBENDAZOLE: 15 mg/kg/jour x 8j + stéroïde</li> <li>• PRAZIQUANTEL: 75 mg/kg en 3 doses x 1 jour + stéroïde</li> </ul>   |

## TRAITEMENT (2)

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| ANTI-EPILEPTIQUES | Pas traitement prophylactique en l'absence de crise |   |
| CHIRURGIE         | INDICATIONS   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• lésions épileptogènes ou compressives</li> <li>• obstruction de la circulation du LCR</li> </ul>                                   |
|                   | PRINCIPE  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• résection chirurgicale</li> <li>• la mise en place de drains ventriculaires pour diminuer l'hypertension intracrânienne</li> </ul> |

## MESSAGES A RETENIR

- **Maladie parasitaire atteignant le SNC, transmission féco-orale**
- **Une des premières cause d'épilepsie acquise dans les pays en voie de développement de haute endémicité**
- **Diagnostic basé surtout sur l'imagerie cérébrale associée à la sérologie et l'épidémiologie**
- **Traitement multi-modal: antiparasitaire, anti-épileptique et/ou chirurgie**
- **Risque d'HTIC et de décès avec le traitement antiparasitaire lors de la présence d'un grand nombre de kystes (>100 kystes)**

25

## Suite du cas

- **Traitement :**
  - pas de ttt anti-parasitaire car lésion séquellaire
  - acide valproïque 500 mg 2x/j + corticostéroïde 30j.
- **Evolution**
  - 2<sup>E</sup> crise car a stoppé de lui-même le traitement
  - EEG avril 2011: persistance du foyer lent en regard de la lésion sous jacente
    - reprise du traitement à 1000 mg/j
  - EEG juillet 2011: pas de foyer épileptique mais perturbation des tests hépatiques
    - acide valproïque 500 mg/j pour au moins 1 an en raison de la perturbation des tests hépatiques
    - inaptitude à conduire pendant 6 mois sans crise

26

## REFERENCES

- **Images:**
  - <http://home.austarnet.com.au/~wormman/WLIMAGES.HTM#tsoli>
- **Thèse n°10621 de Karim BURKHARDT (Genève 2010)**
- **Lutte contre la neurocysticercose rapport du secrétariat: OMS 6 mars 2003**
- **Vademecum clinique 17<sup>e</sup> édition**

27