

DISTOMATOSE HEPATIQUE

DEFINITION

La distomatose est une anthroponose due à la présence accidentelle chez l'homme de vers plats, appelés douves. La classification clinique repose sur la localisation des adultes : distomatoses hépatobiliaires, distomatoses intestinales, distomatoses pulmonaires. **Seule sera abordée ici la distomatose hépatique**, due à *Fasciola hepatica* (*Fh*) ou à *Fasciola gigantica* (*Fg*). La contamination, le cycle évolutif et les tableaux cliniques des deux parasites sont comparables. *Fg* sévit sur le continent Africain, tandis que *Fh* est commune en Europe et en France notamment.

Fh appartient à l'embranchement des Plathelminthes, à la classe des Trématodes, au groupe des Distomes et à la famille des Fasciolidae.

– **L'adulte** : est un ver plat et foliacé, hermaphrodite, de couleur rosée, qui mesure entre 2 et 3 cm de long. Il possède un cône céphalique antérieur, avec 2 ventouses dont l'une borde un orifice buccal.

– **L'œuf** : est ovoïde, de forme allongée, operculé et non embryonné à la ponte. Il mesure de 120 à 140 microns.

Synonymes : fasciolose = fasciolase = distomatose à *Fasciola hepatica*.

BIOPATHOLOGIE

■ EPIDEMIOLOGIE

La distomatose à *Fh* est une zoonose cosmopolite, qui sévit là où il y a des élevages de bovins et d'ovins, car c'est avant tout une maladie liée au péril fécal animal. De plus, elle nécessite un climat assez chaud et surtout humide. Elle existe partout en France, avec 50 à 100 cas déclarés par an. La contamination se fait par la consommation de cresson sauvage, de pissenlit ou de mâche cueillis dans des zones d'élevage et sur lesquels sont fixées des larves enkystées.

Les épidémies ont un caractère saisonnier et se déclarent plutôt à l'automne ou en hiver.

■ CYCLE EVOLUTIF

Il nécessite la présence de deux hôtes :

- un hôte intermédiaire, qui est un mollusque d'eau douce (limnée) ;
- un hôte définitif : herbivore (bœuf, mouton) ou accidentellement l'homme.

Les douves adultes vivent dans les canaux biliaires des bovins et des ovins. Elles pondent des œufs, qui sont emportés avec la bile puis rejetés avec les selles. Les œufs s'embryonnent dans le milieu extérieur, si les

conditions de température, de lumière et d'oxygène sont suffisantes. Ils vont éclore dans l'eau, et libérer ainsi une larve ciliée nageuse appelée **miracidium**. La larve va nager, jusqu'à la rencontre d'un mollusque (la limnée) dans lequel elle va pénétrer. Le cycle se poursuit à l'intérieur du mollusque ; les *miracidium* se transforment en plusieurs stades successifs pour devenir des **cercaires** ou formes infectieuses.

Puis les cercaires vont quitter le mollusque et nager jusqu'à ce qu'elles se fixent sur une plante aquatique. Elles se transforment ainsi en **métacercaires** ou formes infestantes du parasite. L'animal ou l'homme, se contamine par ingestion de métacercaires fixées sur les plantes aquatiques. Les métacercaires vont se transformer en douvules dans l'intestin de leur hôte, perforer la paroi digestive, traverser la paroi intestinale, pénétrer dans le foie et atteindre les canaux biliaires où ils vont devenir adultes, environ 3 mois après la contamination.

■ CLINIQUE

L'incubation dure environ 15 jours, la distomatose hépatique va évoluer en 2 phases :

- **La phase d'invasion** : ou phase toxi-infectieuse, survient 2 à 4 semaines après la contamination et correspond à la migration des douvules vers les canaux biliaires.

Plusieurs formes cliniques existent : de la forme aiguë typique à des formes ectopiques plus rares. Parmi les symptômes courants, on retrouve : une altération de l'état général (asthénie, anorexie), une fièvre irrégulière et prolongée, des douleurs de l'hypocondre droit, une hépatomégalie, des diarrhées, des nausées, et des manifestations allergiques (urticaire, œdème de Quincke).

- **La phase d'état** : ou phase d'angiocholite chronique, apparaît 3 à 6 mois après la contamination, faisant suite à une période d'amélioration transitoire. Elle correspond à l'installation des vers dans les canaux biliaires et sa gravité est en relation directe avec le nombre de vers installés. Elle comprend des troubles digestifs (diarrhées, vomissements, ictère, coliques hépatiques) et des crises d'urticaire associés à un mauvais état général (asthénie persistante et amaigrissement).

Non traitée, la maladie évolue vers la chronicité, voire une cirrhose ou encore des formes compliquées de lithiase biliaire. Cependant, les formes paucisymptomatiques, voire asymptomatiques sont nombreuses.

INDICATIONS DE LA RECHERCHE

Diagnostic étiologique d'une symptomatologie clinique évocatrice, dominée par des troubles hépatobiliaires et associée à une notion d'ingestion de cresson, de pissenlit ou autre végétal sauvage.

Diagnostic étiologique d'une hyperéosinophilie isolée.
 Diagnostic différentiel avec une autre helminthiase.

RECOMMANDATIONS PREANALYTIQUES

■ PRELEVEMENT – CONSERVATION – TRANSPORT

Se reporter au référentiel des examens de biologie médicale Biomnis en ligne pour les conditions de prélèvement et conservation-transport.

■ QUESTIONS A POSER AU PATIENT

Notion de consommation de végétaux sauvages crus, type cresson ?

Notion d'épidémie familiale ? Signes cliniques et date de début ?

Traitement en cours ?

METHODES DE DIAGNOSTIC

■ DIAGNOSTIC DIRECT

Il consiste en une recherche d'œufs dans les selles mais n'est possible qu'à partir du 3^e mois après le début de la contamination. Il comprend :

- **un examen direct à l'état frais**,
- **un examen après concentration** (technique de Ritchie...) car l'élimination des œufs de *Fh* dans les selles est faible et même négative dans 35 % des cas, malgré la répétition de l'examen.

■ DIAGNOSTIC INDIRECT

Le diagnostic sérologique est essentiel en phase d'invasion, car c'est le seul test accessible pendant cette période; de plus, un traitement précoce est plus efficace. Il est également utile en phase d'état où la mise en évidence des œufs est difficile. Il se positive dès la 3^e semaine après l'infestation. Il existe des réactions croisées avec les bilharzies, plus rarement avec les *Ascaris* et les filaires.

Les techniques disponibles sont :

- **La technique d'hémagglutination indirecte (HAI) :** simple et rapide, détecte les IgG et les IgM, mais se négative rapidement. Un titre supérieur ou égal à 320 est en faveur d'une distomatose.
- **L'immunofluorescence indirecte (IFI) :** est effectuée sur coupes à la congélation de douves adultes. C'est une technique rapide, sensible et relativement spécifique.
- **La réaction de fixation du complément (RFC) :** manque de sensibilité et de spécificité.
- **La technique immunoenzymatique (ELISA) :** est très sensible.
- **L'immunoélectrophorèse :** utilise un antigène standardisé. Elle permet la révélation de plusieurs arcs de précipitation dont l'arc 2, spécifique de la fasciolose.
- **L'électrosynérèse :** est rapide et spécifique.

- **L'immunoempreinte (Western Blot) :** un test est commercialisé; il permet une confirmation sensible, spécifique et est d'interprétation plus objective.

■ DIAGNOSTIC NON SPECIFIQUE

- **Hyperleucocytose** avec hyperéosinophilie > 5000/mm³. Elle évolue selon la courbe de Lavier : débute précocement vers le 15^e jour, atteint un maximum vers la 10^e semaine et diminue très progressivement vers une valeur résiduelle supérieure à la normale.
- **IgE totales et spécifiques :** élevées.
- **Bilan hépatique :** perturbé avec hyperbilirubinémie, augmentation des PAL et des transaminases en phase d'état.

Le diagnostic de certitude repose sur la découverte

INTERPRETATION

d'œufs de *Fh* dans les selles ou dans le liquide de tubage duodénal, mais il est difficile et n'est possible que pendant la phase d'état.

Le diagnostic de la maladie est posé le plus souvent en phase d'invasion grâce aux résultats des tests sérologiques. Le titre des anticorps augmente pendant la période d'invasion, se stabilise à la période d'état, pour se négativer au bout d'un an sous traitement efficace. Il est très facile à interpréter, si l'on met en évidence l'arc 2 spécifique de *Fh* à l'IIEP ou les bandes P8-9, P27-28 ou P60 au Western Blot. Dans le cas de résultats négatifs ou dissociés, il faudra multiplier les techniques et renouveler les tests 2 à 3 semaines plus tard.

Traitement médicamenteux : *Triclabendazole*

TRAITEMENT

(Egaten®) : 10 mg/kg en 1 prise. C'est un médicament efficace à tous les stades de la maladie et, de plus, bien toléré.

Traitement chirurgical : nécessaire en cas d'obstruction des voies biliaires.

Prophylaxie : surveillance du bétail, délimitation des zones à risque, agrément des cressonnières, lutte anti-mollusques

POUR EN SAVOIR PLUS

- Becq-Giraudon B., Roblot F., Roblot P., Texereau M., Distomatoses. In: Encycl Med Chir. Maladies infectieuses, 1997 ; 8-512-A-10 : 8 pages.
- Mougeot G., Distomatose, Conduite des examens en parasitologie, Masson éditeur, Paris, 1995: p. 90 à 91.
- Kamoun P, Fréjaville J.-P., Diagnostic sérologique des distomatoses. In: Guide des examens de laboratoire, 4^e édition, Paris, Flammarion, 2002: p. 291 à 293.