FILARIOSES

# I. Introduction

* Règne : métazoaires.
* Embranchement : Némathelminthes.
* Classe : nématodes.
* Nématodoeses transmissibiles par des arthropods (> 200M personnes atteintes).
* 9 espèces filariennes dércites chez l’homme.
* Les espèces pathog\_nes :
* Filariose lymphatiques :
	+ Wuchuerira Bancrofti +++.
	+ Brugia malayi.
	+ Brugia timori.
* Filarioses sous-cutanées :
	+ Loa loa ou Loase à Loa loa.
	+ Onchocercose à Onchocerca volvulus.
* Peu ou pas pathogènes tels que mansonelloses :
* Mansonella perstants.
* M. steptocerca.
* M. ozzardi.
* M. rodhaini.

# II. Cycle et modes de contamination comparables



* Hôte intermédiaire : insecte.
* Hôte définitif : homme.
* Cycle :
* L’insecte pique l’homme.
* Larves infestantes pénètrent dans le revêtement cutané : adultes mâles et femmes.
* Embryons ou microfilaires sans évolution chez l’homme.
* Piqure d’insecte prélève les microfilaires 🡪 larves infestantes 🡪 transmission à d’autres hommes.

# III. Filariose lymphatique

## 1. Epidémiologie

* Zones inter et sub tropicales.
* Incidence globale plus asiatique qu’africaine.
* Hôte définitif : homme - hôte intermédiaire : moustique.

## 2. Agent pathogène

* Wucherira bancrofti +++.
* Brugia malayi.
* B. timori.
* Vers adultes :
* Vers (nématodes) filiformes ronds, blancs.
* Mâles 5 cm et femelles 10 cm.
* Vivipares.
* Réservoir naturel : vaisseaux lymphatiques de l’hôte définitif (homme), elles peuvent y vivre 15 à 20ans.
* Femmes fécondées émettent des microfilaires (embryons) :
* Pas retrouvé dans le liquide lymphatique mais dans le sang circulant.
* Longueur de 300μm.
* Passent dans le sang la nuit (on dit qu’elles ont une périodicité nocturne).

## 3. Clinique

* Asymptomatique.
* Phase aigue (localisation des vers adultes dans système lymphatique) :
* Incubation 3 mois – 1an.
* Signes généraux (fièvre, asthénie).
* Lymphangites aigues des membres (inférieurs +++) :
	+ Œdème inflammatoire douloureux.
	+ Adénite régionale satellite.
	+ Progression centrifuge (de la racine vers l’extrémité des membres).
	+ Fugaces.
	+ Récidivantes.
* Atteinte organes génitaux : lymphangite du scrotum, orchite.
* Phase chronique :
* Ralentissement circulation lymphatique + réactions insulaires réactionnelle.
* Evolution sur plusieurs dizaine d’années :
	+ Varices lymphatiques 🡪 rupture (chylothorax, chylurie).
	+ Eléphantiasis : stase lymphatique scrotum, sein, membres supérieur et inférieurs.

## 4. Diagnostic biologique

* Mise en évidence des microfilaires dans le sang circulant :
* Etat frais.
* Coloration au MGG (frottis sanguins ou goutte épaisse).
* Prélever le patient la nuit (car périodicité nocturne de sortie de W. bancrofti et B. malayi).
* NFS : hyperéosinophilie constante.
* Sérologies :
* Pas de périodicité.
* Intérêt si pas de filarémie détectable.

## 5. Traitement

* Manifestations aigues :
* Symptomatique (AINS).
* Parasitologique : microfilaricides à dose croissante.
	+ Diéthylcarbamazine ou Notézine®

Ivermectine ou Mectizan®.

Albenzarole ou Zentel®.

* + Peu efficace contre les filaires adultes.
* Lésions tardives : chirurgie.

# IV. Filariose à Loa Loa

## 1. Epidémiologie

* Strictement africaine.
* Hôte définitif : homme – hôte intermédiaire : taon.

## 2. Agent pathogène

* Adultes :
* Vers ronds, blanchâtres.
* 2 à 7cm de long.
* Vivent sous la peau pendant 15ans.
* Femelles émettent embryons ou microfilaires qui passent dans le sang le jour : périodicité diurne.

## 3. Clinique

* Phase d’incubation muette pendant 3 mois.
* Passage du vers adulte sous la conjonctive :
* Extraction possible.
* Photophobie, larmoiement, sensation de corps étranger.
* Reptation du vers adulte sous la peau :
* Fourmillement désagréable.
* Prurit localisé.
* Cordon palpable, mobile, se déplaçant à 1cm/h.
* Œdème de Calabar :
* Erythémateux.
* Unilatéral.
* Prurigineux.
* Fugace et migrateur (quelques heures à quelques jours).
* Membres supérieurs, face ou thorax.

## 4. Diagnostic biologique

* Mise en évidence de la microfilaire :
* Dans le sang : état frais et coloration au MGG (frottis, goutte épaisse).
* Effectué le jour.
* Numération microfilaires (longueur de 300μm).
* Mise en évidence des filaires adultes :
* Passage sous les téguments ou cheminement sous-conjonctival : extraction possible ou vaccinostyle ou après petite scarification.
* Filaire mortes calcifiées visibles en radiologie.
* NSF : hyperéosinophilie.
* Sérologies : pas de périodicité, intérêt si pas de filarémie détectable.

## 5. Traitement

* Diéthylcarbamazine (Notézine®) :
* Doses très progressivement croissantes.
* Associé à antihistaminiques ou corticoïdes.
* Si > 50 microfiliaires/mm3 sang 🡪 accident de lyse filarienne possible : fièvre, céphalées, nausées, athralgies, encéphalite filarienne.
* Ivermectine (Mectizan®) :
* En cure unique.
* Excellent microfilaricide mais peu actif sur les adultes.

# V. Onchocercose

## 1. Epidémiologie

* Filariose cutanée (la deuxième après Loa Loa).
* « Cécité des rivières ».
* Afrique +++. Amérique centrale et du Sud.
* Hôte intermédiaire : simulie (moucheron). A l’origine d’une piqure très douloureuse

## 2. Agent pathogène

* Onchoncerca volvulus.
* Adultes :
* Mâles 2-3cm de long – femelle 50cm.
* Longévité de 15ans.
* Vivent dans le derme : libre (comme LoaLoa) ou dans des nodules fibreux appelés onchocercomes.
* Embryons ou microfilaires :
* 300 μm de long.
* Se déplacent dans le derme.
* **Pas de périodicité**.

## 3. Clinique

* Asymptomatique.
* Syndrome cutané :
* Prurit isolé évoluant vers des lésions de grattage cicatricielles (lombes, fesses, cuisses).
* Peau épaissie, pachydermie, aspect de peau de lézard.
* Dépigmentation bilatérale des crêtes tibiales.
* Syndrome kystique :
* Onchocercomes : nodules dus à l’nkystement des adultes.
* Kystes indolores, durs, fibreux.
* Trochanter, crête iliaque, gril costal.
* Pas de suppuration ni de calcification.
* Syndrome oculaire :
* Après 10 – 15 ans d’évolution.
* Kératite, choriorétinite, cécité +++.

## 4. Diagnostic biologique

* Mise en évidence des microfilaires :
* Dans le derme après réalisation d’une biopsie cutanée exsangue.
* Dans la chambre antérieure de l’œil après examen à la lampe à fente.
* Mise en évidence des filaires adultes :
* Dans un nodule après incision d’un onchocercome.
* NFS : hyperéosinophilie.
* Sérologies.

## 5. Traitement

* Ivermectine (Mectizan®) : en cure unique.
* Diéthylcarbamazine (Notézine®) : associé à antihistaminique ou corticoïdes.

## 6. Prévention

* Campagne de masses en zones d’endémie avec lutte anti-vectorielle et traitement de masse des populations.

# VI. Dracunculose (--QE : ne tombera pas car pas le temps de le faire en cours)

## 1. Epidémiologie

* Très répandue en Afrique sahélienne, moyen Orient, ouest de l’inde.
* CF. SUR INES