

CHOLÉCYSTITE ALITHIASIQUE ASSOCIÉE À UNE LEISHMANIOSE VISCÉRALE CHEZ UN IMMUNOCOMPÉTENT

Les cholécystites alithiasiques représentent 2 à 12 % des cholécystites (1). Elles accompagnent des infections [sida, septicémies, dengue (2,3)] ou des affections sévères dont elles peuvent aggraver le pronostic. Les localisations hépatiques sont fréquentes dans la leishmaniose viscérale (LV) et leur incidence est estimée à 50% en Inde. Les manifestations digestives sont rares et souvent de découverte fortuite [œsophage, estomac, duodénum, colon (4)] et essentiellement rapportées chez des sidéens (2). Nous rapportons une observation de LV chez un immunocompétent, compliquée d'une cholécystite alithiasique d'évolution favorable sous traitement symptomatique et anti-leishmanien.

Un homme de 35 ans, sans antécédent, est hospitalisé quatre mois après son retour de Djibouti pour une altération fébrile de l'état général avec amaigrissement de 12 kilogrammes évoluant depuis 6 semaines. L'examen clinique révèle une splénomégalie ferme stade II de Hackett associée à une hépatomégalie. Les examens biologiques mettent en évidence une tricytopenie avec leucopénie à 1,9 G/l (polynucléaires neutrophiles à 1 G/l, lymphocytes à 0,7 G/l), une thrombopénie à 111 G/l et une anémie microcytaire à 100 g/l d'hémoglobine, un syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation à 58 mm à la première heure, protéine C réactive à 35 mg/l, hypergammaglobulinémie polyclonale à 19 g/l) et une cytolysé hépatique (6N) sans cholestase. La radiographie du thorax est normale, l'échographie abdominale et le scanner thoraco-abdominal confirment la présence d'une hépatomégalie homogène (flèche à 17 cm) sans anomalie de l'arbre biliaire ni de la vésicule et une splénomégalie hétérogène associée à des adénopathies des hilus hépatique, splénique et rétro-sternales. Les sérologies VIH 1 et 2 sont négatives. Ce tableau évoquant une LV, un myélogramme avec myéloculture sont effectués à l'entrée et sont négatifs. Ils sont refaits et complétés par des sérologies (IFI), une PCR sur le sang périphérique et sur la moëlle ainsi que par des biopsies ostéo-médullaire, hépatique et ganglionnaire. Le diagnostic est porté sur la culture ganglionnaire au 30^e jour et par la myéloculture au 32^e jour qui isolent une *Leishmania donovani* zymodème MON 268. Au 10^e jour d'hospitalisation apparaissent des douleurs de l'hypochondre droit qui s'amendent spontanément en 5 jours puis réapparaissent au 35^e jour, 5 jours après le début du traitement par Ambisome® (18 mg/kg en 6 perfusions de J1 à J5 et à J10), avec défense localisée et signe de Murphy franc. L'échographie visualise une vésicule tendue contenant du sédiment sans calcul visible avec épaississement pariétal à 5 mm sans épanchement périphérique mais avec des douleurs provoquées par le passage de la sonde qui reproduit les douleurs spontanées en regard de l'aire vésiculaire. Le diagnostic de cholécystite alithiasique est porté et une surveillance médico-chirurgicale est débutée. Un traitement symptomatique est mis en route associant antispasmodiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et antalgiques par voie intraveineuse. Les symptômes s'amendent en 5 jours. Trois

mois plus tard, le patient est asymptomatique et l'échographie abdominale est normale.

Il s'agit donc d'un patient ayant présenté une LV contractée à Djibouti comme le suggère le zymodème traitée par Ambisome® (dose totale de 18 mg/kg) dont l'évolution s'est compliquée d'une cholécystite alithiasique. Le diagnostic de cholécystite alithiasique est habituellement posé devant l'association d'un tableau clinique de douleurs de l'hypochondre droit et de la présence en échographie trans-pariétale d'une vésicule tendue alithiasique contenant le plus souvent un sédiment important associée à un épaississement pariétal supérieur à 4 mm avec aspect parfois dédoublé et épanchement liquidien périphérique (3). Sa physiopathologie est mal connue : ischémie, atonie vésiculaire avec augmentation de la viscosité biliaire en cas de nutrition parentérale, ou encore greffe infectieuse (3). Le patient n'était pas sous alimentation parentérale mais, en l'absence de cholécystectomie et d'étude histologique de la vésicule biliaire, on ne peut pas éliminer une ischémie ou une greffe infectieuse.

Trois observations de cholécystites survenant au cours d'une LV ont été rapportées dans la littérature (4-6). Seule *L. Donovanii* est impliquée comme dans notre observation. Il s'agit d'une cholécystite lithiasique (4), d'une cholécystite gangréneuse (5) et d'une cholécystite alithiasique (6). Dans deux de ces observations, une cholécystectomie a été réalisée et l'examen histologique ou la culture sur milieu NNN a mis en évidence des leishmanies au sein de la muqueuse vésiculaire (4, 6) plaidant en faveur d'un rôle direct des leishmanies dans ces cholécystites. Dans notre observation en l'absence de cholécystectomie, l'implication directe du parasite ne peut être prouvée. Dans le cadre habituel des cholécystites alithiasiques (états de choc, réanimation, grands brûlés, cholécystites iatrogènes, infections sévères) l'indication opératoire est la règle sauf si le malade ne peut supporter une laparotomie. Une ponction échoguidée avec drainage percutané est alors indiquée. Notre observation montre aussi que l'on peut, sous réserve d'une surveillance médico-chirurgicale stricte, traiter de façon non invasive médicalement une cholécystite alithiasique associée à une LV.

T. COTON, P. KRAEMER, F. SIMON, J. J. MORAND, J. J. DEPINA, T. LONJON, P. HOVETTE

• Travail du Service de pathologie digestive (T.C., MC, Spécialiste des Hôpitaux des Armées), du Service de pathologie infectieuse et tropicale (P.K., FS, Médecins des hôpitaux des Armées; P.H., Chef de service, Professeur agrégé), du Service de dermatologie (J.J.M., MC, Spécialiste des Hôpitaux des Armées), du Service de biologie médicale (J.J.D., MC, Biologiste des Hôpitaux des Armées et du Service de chirurgie viscérale et thoracique (T.L., MC, Chirugiens des Hôpitaux des Armées), Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, boulevard Laveran, 13998 Marseille-armées.

• Correspondance : P. HOVETTE, Service de Pathologie Infectieuse et Tropicale, HIA Laveran, BP 50, 13998 Marseille-armées.

• E-mail : hovette.lph@free.fr •

- 1 - SAVOCA PE, LONGO WE, PASTERNAK B, GUSBERG RJ - Does visceral ischemia play a role in the pathogenesis of acute acalculous cholecystitis? *J Clin Gastroenterol* 1990; **12** : 33-36.
- 2 - ROSENTHAL E, MARTY P, LE FICHOUX Y, CASSUTO JP - Clinical manifestations of visceral leishmaniasis associated with HIV infection : a retrospective study of 91 French cases. *Ann Trop Med Parasitol* 2000; **94** : 37-42.
- 3 - COTON T, DEBONNE JM, MOLINIER S *et Coll* - Cholécystite althiasique et dengue hémorragique. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; **23** : 789-790.
- 4 - FAHAL AH, EL HAG IA, EL HASSAN AM, HASHIM FA - Leishmanial cholecystitis and colitis in a patient with visceral leishmaniasis. *Trans R Soc Med Trop Hyg* 1995; **89** : 284.
- 5 - SIGH UK, OJHA P, SUMAN S, AGRAWAL AK. - Gangrenous cholecystitis due to Kala-Azar. *Ann Trop Paediatr* 1998; **18** : 253-254.
- 6 - CERMENO JR, CARABALLO AJ, GONZALEZ J - Acalculous cholecystitis in a patient with visceral leishmaniasis. *Trans R Soc Med Trop Hyg* 2001; **95** : 621-622.

MORBIDITÉ DES SCHISTOSOMES À L'OFFICE DU NIGER AU MALI APRÈS L'ARRÊT DE LA STRATÉGIE DE TRAITEMENT DE MASSE AU PRAZIQUANTEL

Schistosoma haematobium et *Schistosoma mansoni* constituent les deux espèces majeures de schistosomes humains rencontrées au Mali. Elles y posent un véritable problème de santé publique (1). A défaut de stratégies globales efficaces de lutte contre la maladie, la chimiothérapie apparaît aujourd'hui comme la méthode de lutte la moins onéreuse et la plus efficace (2). Elle occupe de ce fait une place de choix dans de nombreux programmes de contrôle (3,4) et contribue à la fois à réduire et à prévenir la morbidité (5). Son utilisation à grande échelle a été rendue possible grâce à l'avènement d'un antibilharzien oral efficace à dose unique et bien toléré comme le praziquantel. Depuis 1989 le programme national de lutte contre les schistosomoses (PNLSH) a développé plusieurs stratégies de lutte dont le traitement de masse annuel au praziquantel de toute la population dans les villages (6). Mais depuis 1996, il y a eu un relâchement des activités d'Education Pour la Santé (EPS) et de traitement de masse au praziquantel par manque de financement. Nous avons posé comme hypothèse que dans la zone de Molodo, depuis l'arrêt des traitements de masse en 1996, il y aurait eu une recrudescence de la prévalence de l'intensité d'infestation des deux espèces de schistosomoses et un regain de complications dues aux schistosomoses. Le but de cette étude est d'étudier l'épidémiologie et la morbidité des schistosomoses à Molodo.

Le village de Molodo dispose de nombreux canaux d'irrigation et les deux espèces de schistosomoses y sont endémiques (Fig. 1). Le taux de scolarisation y est de 72,42 % dont 81,13 % pour les garçons et 63,02 % pour les filles grâce à l'existence de 5 écoles. L'enquête de type transversal s'est déroulée du 17 au 23 avril 2001. En fonction d'une prévalence attendue $P=0,70$; un risque $\alpha=0,05$ et une précision $i=0,05$ la taille minimale de l'échantillon majoritaire



Figure 1 - Mali, localisation du village de Molodo dans le cercle de Niono.

itée de 10 % a été fixée à 320 enfants. Un tirage aléatoire des élèves dans les écoles a permis de choisir les élèves à enquêter. Les données ont été collectées par administration d'un questionnaire, par examen clinique des enfants, par la recherche d'hématurie microscopique avec les bandelettes réactives (haemastix du laboratoire Bayer). Un échantillon de selles et d'urine a été testé pour chaque enfant. L'horaire de collecte des échantillons d'urine se situait entre 10h et 14 heures. La recherche des œufs de *S. haematobium* a été réalisée par filtration de 20 ml d'urines sur papier Whatman. La technique du Kato-Katz a été utilisée pour la recherche des œufs de *S. mansoni* dans les selles. Un échographe de type Aloka SSD 500, muni d'une sonde courbe de 3,5mhz a été utilisé pour rechercher les lésions. Le protocole de Niamey (OMS TDR octobre 1996) a servi de guide pour la technique d'examen. L'examen a été réalisé sur le sujet en décubitus dorsal après réplétion vésicale. Les organes examinés étaient essentiellement : le rein, l'uretère, la vessie, le foie et la rate. L'analyse des données a été faite au logiciel Epi info version 6.04. Le test du χ^2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Un risque α de 0,05 % a été choisi.

Les analyses ont porté sur 346 élèves. La prévalence de la bilharziose uro-génitale était de 72 % (66,9 % - 76,6 %), et celle de la forme intestinale 68,2 % (60,9 % - 71,2 %). La prévalence de l'infection était comparable chez les garçons et les filles aussi bien pour *S. haematobium* ($p=0,13$) que

Tableau I - Répartition des différentes lésions échographiques par élève.

Lésions	n	%
Absentes	292	84,5
Irrégularité pariétale de la vessie	12	3,4
Déformation vésicale (vessie ronde)	3	0,9
Épaississement vésicaux	10	2,9
Masses vésicales	8	2,3
Pseudo Polypes vésicaux	3	0,9
Dilatation urétérale droite	1	0,3
Dilatation urétérale gauche	1	0,3
Dilatation modérée de la cavité pyélocalicielle droite	4	1,1
Dilatation modérée de la cavité pyélocalicielle gauche	3	0,9
Hydronéphrose droite	1	0,3
Hydronéphrose gauche	1	0,3
Fibrose péri portale	6	1,7
Agglutination vésicale	1	0,3
Total	346	100

pour *S. mansoni* ($p = 0,44$). Les fortes charges parasitaires de *S. haematobium* représentaient 24,6 % contre 35,1 % pour *S. mansoni*. A l'examen physique 29,3 % des enfants ont présenté une splénomégalie.

Parmi les lésions recherchées à l'échographie l'irrégularité de la paroi vésicale était la plus fréquemment rencontrée chez les élèves (3,5 %) (Tableau I). L'échographie a en outre révélé 2,9 % d'épaississement de la paroi, 2,3 % de masses vésicales et 0,9 % de polypes. L'échographie de la rate a montré l'augmentation de la longueur splénique chez 9,5 % des enfants. La fibrose hépatique a été retrouvée chez 6 cas/346 (1,7 %). Tous les cas de fibrose ont été observés chez les forts excréteurs avec un taux de 1,91 %.

Le taux de prévalence de la schistosomose uro-génitale était de 72 % (66,9 % - 76,6 %) classant ainsi Molodo comme zone hyper-endémique. Dabo et Coll avaient enregistré un taux moins élevé de 53,2 % à l'école publique de Molodo chez les enfants de 7 à 15 ans (en 1989 et 1990) (1). Ce rehaussement du niveau de prévalence pourrait s'expliquer par le relâchement des activités de lutte depuis 1996 et surtout en ce qui concerne le traitement de masse. Les taux de prévalence de la bilharziose uro-génitale étaient comparables selon le sexe ($P > 0,05$). Les garçons étaient plus infectés que les filles à Bamako (7) et en Tanzanie (8).

L'échographie a en outre révélé 2,9 % d'épaississement de la paroi, 2,3 % de masses vésicales et 0,9 % de polypes, taux nettement inférieurs à ceux de la série de Kéita et Coll qui trouvaient respectivement 26,6 % d'épaississement; 30,7 % de masses et 11,6 % de polypes vésicaux (9). Les complications échographiques ont été peu importantes par rapport aux taux de prévalence des schistosomoses. Il est probable que les élèves avaient eu accès au traitement par le praziquantel qui est disponible aussi bien dans les centres de santé qu'auprès de vendeurs ambulants de médicaments. L'OMS recommande des traitements de masse bi-annuels dès lors que le taux de prévalence excède 70 % dans la population (5). D'autres mesures devraient accompagner le traitement de masse comme en témoignent les études réalisées au Brésil (10) : changement de comportement de la popu-

lation, promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement.

En conclusion, les résultats de cette étude montrent que les taux de prévalence des schistosomoses sont toujours élevés mais les complications vues à l'échographie sont faibles. Nous recommandons la reprise des séances de traitement de masse au praziquantel chez les enfants d'âge scolaire chaque 2 ans, et le renforcement de la communication pour le changement de comportement des populations afin de réduire la transmission et d'éviter l'apparition des complications tardives des schistosomoses.

Remerciements • La présente étude a été financée grâce au concours de l'Organisation Mondiale de la Santé (Afropoc Mali). Nous lui adressons nos sincères remerciements. Nous exprimons notre reconnaissance au Maire de Molodo et sa famille, aux directeurs des écoles et à l'ensemble du corps enseignant.

H. SANGHO, A.D. KEITA, M. SACKO, Z. DIARRA, S.Y. SIMAGA, I. TRAORE

• Travail du Centre de recherche d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ((H.S., Assistant chef de clinique en Santé publique), Bamako, du Service de radiologie (A.D.K., Assistant chef de clinique en radiologie) CHU Point G Bamako, de l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP) (M.S., Parasitologue), Bamako, du Centre d'écoute de soins d'animation et de conseil (CESAC) (S.Y.S., Professeur de santé publique), Bamako et de la Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie (FMPOS) (I.T., Professeur de radiologie), Bamako, Mali.

• Correspondance : P. Hamadou SANGHO, Assistant chef de clinique, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS) BP 2109 Bamako, Mali.

• E-mail : drsangho@hotmail.com •

1 - DABO A, DOUCOURE B, KOITA O et Coll - Réinfections par *Schistosoma haematobium* et *mansoni* à l'Office du Niger au Mali malgré la prise répétée de praziquantel. *Med Trop* 2000; **60** : 351-355.

2 - JORDAN P - Schistosomiasis, research to control. *Am J Trop Med Hyg* 1977; **26** : 877-886.

3 - KATZ N. Experience com quimioterapia em grande escala no controle da esquistossomose no Brasil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1980; **22** : 40-51.

4 - LIESE B - The organization of schistosomiasis control programmes. *Parasitol. Today* 1986; **2** : 339-345.

5 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Guidelines for the evaluation of soil-transmitted helminthiasis and schistosomiasis at community level. Document WHO/CTD/SIP/98.1, Geneva, 45 pages

6 - TRAORE M - A Study of the epidemiology of schistosomiasis in Mali. Thesis, University of London (June 1994).

7 - SANGHO H, DABO A, COULIBALY H, DOUMBO O - Prévalence et perception de la schistosomiase en milieu scolaire péri-urbain de Bamako au Mali. *Bull Soc Pathol Exot* 2002; **95** : 292-294.

8 - NDYOMUGYENYI R, MINJAS JN - Urinary schistosomiasis in schoolchildren in Dar-es-Salaam, Tanzania, and the factors influencing its transmission. *Ann Trop Med Parasitol* 2001; **95** : 697-706.

9 - KANÉ M, TOURÉ B, SIDIBE S ET COLL - Aspects échographiques des lésions bilharziennes des voies urinaires. *Mali Médical* 2002; **TXVII** : 10-14.

10 - BARRETO ML, SILVA JT, MOTT KE, LEHMANN JS - Stability of faecal egg excretion in *Schistosoma mansoni* infection. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1978; **72** : 181-187.