HAL
open science

Étiologie d'une hydrocèle tropicale

Claude Guiguen, Brigitte Degeilh, Jean-Pierre Gangneux, Dominique Chabasse

To cite this version:

Claude Guiguen, Brigitte Degeilh, Jean-Pierre Gangneux, Dominique Chabasse. Étiologie d'une hydrocèle tropicale. Revue Francophone des Laboratoires, 2020, 2020 (522), pp.69–70. 10.1016/S1773-035X(20)30166-0 . hal-02948493

HAL Id: hal-02948493

https://univ-rennes.hal.science/hal-02948493

Submitted on 28 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Bio quizz/Parasitologie

Etiologie d'une hydrocèle tropicale

Claude Guiguen[1*], Brigitte Degeilh[1,2], Jean-Pierre Gangneux[3], Dominique Chabasse[4]

1- Professeur émérite de parasitologie-Mycologie, UFR des Sciences médicales, 2 Avenue du Professeur Léon Bernard 35043 Rennes cédex
2- Laboratoire de Parasitologie-Mycologie, Centre Hospitalier Universitaire, 2 Rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes cedex
3- Université de Rennes, centre hospitalier universitaire Rennes, Inserm, EHESP, IRSET (Institut de recherche en santé environnement travail), UMR_S 1085, 35000, Rennes, France
4- Professeur émérite de Parasitologie-Mycologie, Pôle Santé de l'Université d'Angers, 28 rue Roger-Amsler, 49045 Angers cedex

*Auteur correspondant : guiguenclaude@orange.fr

Eiméo P…, âgé de 36 ans, originaire de Nuku Hiva (Ile des Marquises, Polynésie française), vit en métropole depuis 1 an. Il consulte pour une augmentation indolore du volume des bourses associée à une orchi-épididymite remontant à plusieurs années. Aucun autre signe clinique n'est noté. Son état général est excellent, et aucune affection en cours n'est retrouvée lors de la consultation. L'examen clinique certifie l'orchi-épididymite. La palpation des bourses et la transillumination confirme la présence d'une hydrocèle bilatérale modérée *(figure 1)*.

1. **Quelles sont les principales causes d'hydrocèle uni ou bilatérale de l'adulte jeune ?**
2. **Quel diagnostic parasitaire envisagez-vous ? Quels sont vos arguments ?**
3. **Quels sont les examens pertinents pour confirmer le diagnostic parasitaire ?**
4. **Quelles précautions faut-il prendre pour réaliser l'examen parasitologique sanguin ?**
5. **Quelles sont les molécules de choix (posologie, durée) pour traiter la cause parasitaire de cette hydrocèle ?**

1. En premier il faut évoquer un cancer des testicules ou une inflammation due à une épididymite ou une orchite chronique. L'interrogatoire doit éliminer ou non un traumatisme testiculaire. Si le patient est originaire ou a vécu en zone d'endémie de filariose lymphatique ce diagnostic doit également être envisagé. Parfois aucune cause n'est mise en évidence on parle alors d'hydrocèle idiopathique.

2. Le diagnostic parasitaire le plus probable est celui d'une filariose lymphatique. Les arguments en faveur de cette hypothèse sont l'âge et surtout la provenance du sujet : ile des Marquises où la filariose lymphatique continue à sévir sous forme de petits foyers endémiques avec possible hydrocèle dans la population masculine et ce en dépit des traitements de masse contre cette filariose débuté en 1999. En effet la Polynésie française adhère au programme PacELF (Plan d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique). En 2010 une enquête de la Direction de la Santé montrait que 11,3% de la population portaient encore des microfilaires. Pour cette raison la Prise Observé Directe (POD) d'antifilariens a été institué ayant pour objectif d'atteindre un seuil inférieur à 1%,

Accepted Manuscript

ce qui a été obtenu dans la plupart des iles sauf les Iles Sous le Vent et les Marquises Sud [1].

3. Sur le plan biologique, il faut rechercher des microfilaires dans le sang à l'état frais ou après coloration soit sur un prélèvement sanguin capillaire au doigt soit sur un prélèvement au pli du coude avec anticoagulant type EDTA. Les techniques utilisées sont l'examen à frais entre lame et lamelle, le frottis et la goutte épaisse ainsi que la technique de leuco concentration : enrichissement par hémolyse (saponine) et centrifugation. Il est également possible de les rechercher dans le liquide chyleux d'un épanchement de la vaginale. Les microfilaires de *Wuchereria bancrofti*, agent de la filariose lymphatique, mesurent 300 µm et portent une gaine. La disposition des noyaux somatiques ainsi que la morphologie de l'extrémité caudale sont caractéristiques de l'espèce *(figure 2)* [2]. Pour une numération des microfilaires il est impératif d'analyser un volume calibré de sang : 20 50 ?mm^3 pour une goutte épaisse, 5 mL pour une leucoconcentration.
Le sérodiagnostic est utile chez les sujets filariens du fait du pauci parasitisme sanguin fréquent. Mais si le dépistage des anticorps est aisé, il existe de nombreuses réactions croisées avec les autres espèces de filaire ; la clinique est alors prépondérante.
La détection d'antigènes circulants par des tests immunochromatographiques rapides par carte peut être entreprise mais sont aujourd'hui essentiellement utilisés sur le terrain dans le cadre de programme de lutte contre la filariose lymphatique en zones d'endémie [3].
Une numération de la formule sanguine à la recherche d'une hyperéosinophilie sera également pratiquée. Elle est souvent modérée dans cette parasitose.
Sur le plan radiologique une échographie scrotale à la recherche de filaires adultes mobiles peut être pratiquée. La présence de filaires est alors pathognomonique « filaria dance sign » [4].

4. Les prélèvements sanguins doivent être effectués de nuit (entre 22 h et 3h du matin). En effet la périodicité de la microfilarémie est nocturne pour *W. bancrofti* chez un individu ayant un rythme nyctéméral normal [5].

5. Le traitement fait appel à l'ivermectine (Mectizan®, Stromectol®) à la dose de 200 µg/kg en prise unique ou à l'albendazole (Zentel®) à la dose de 400 mg en prise unique associé à la di-éthylcarbamazine (Notézine®) à la dose de 6mg/kg/j pendant 10 jours. Une activité antiparasitaire indirecte est obtenue par la lyse de *Wolbachia*, ~~synbiotes~~ symbiotes usuels des filaires en administrant une cycline au patient filarien [5].

Références

[1] La filariose lymphatique en Polynésie et la POD- Actu Santé Fenua https://actusantefenua.com
[2] Anofel. Filarioses humaines. In Parasitoses et Mycoses des régions tempérées et tropicales. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2016. p 157-73.
[3] Rebollo MP, Bockarie MJ. Shrinking the lymphatic filariasis map: update on diagnostic tools for mapping and transmission monitoring. Parasitology 2004;141:1912-7.
[4] Anofel. Filarioses (dont les dirofilarioses). In Parasitologie et mycologie médicales - Guide des analyses et pratiques diagnostiques. Elsevier Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2017. p 345-50.
[5] Desoubeaux G, Chesnay A, Chandenier J. Approches diagnostiques des filarioses en France métropolitaine. Revue Francophone des Laboratoire 2020 ; 519 : 72-80.

Accepted Manuscript

Légendes des figures

Figure 1 : Hydrocèle et orchi épididymite (eanofel – Carmes, Cayenne)

Figure 2 : Microfilaire de *Wuchereria bancrofti* dans une goutte épaisse colorée au Giemsa (eanofel - Gari-Toussaint, Nice)

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript