



Filariose oculaire à *Loa loa*

Ismaël Chehaibou^{1,2}, Cristina Georgeon¹, Vincent Borderie¹

Un homme de 40 ans d'origine camerounaise, résidant en France depuis treize ans, se présente aux urgences en raison de douleurs oculaires droites. Il décrit une gêne oculaire intermittente, initialement à bascule, à type de prurit, accompagnée de larmoiements et de photophobie évoluant depuis près de quatre ans et traitée à plusieurs reprises comme conjonctivite. Sur le plan général le patient rapporte un prurit diffus et des myalgies des membres supérieurs.

L'examen ophtalmologique retrouve une acuité visuelle à 10/10 et un tonus oculaire normal aux deux yeux. L'examen du segment antérieur de l'œil droit retrouve un cordon induré blanc, inerte, en sous conjonctival évocateur de ver mort, faisant suspecter le diagnostic de filariose oculaire (figure 1). L'imagerie en tomographie à cohérence optique (OCT) objective des formations hyperréfléctives rondes, sous la conjonc-

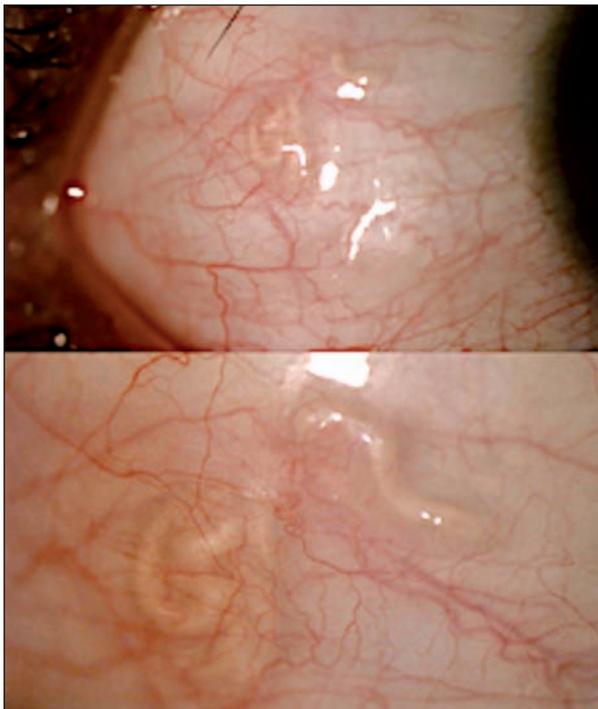


Figure 1. Observation en lampe à fente d'un ver immobile, calcifié en sous-conjonctival.

1. Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, Paris. 2. Interne en 7^e semestre.

tive bulbaire, avec cône d'ombre postérieur (figure 2). L'examen systémique retrouve des lésions de grattage diffuses sans prurigo et des tuméfactions prurigineuses des poignets.

Une exérèse chirurgicale du ver est réalisée sous anesthésie topique par une boutonnière conjunctivo-ténonienne. L'examen histologique retrouve une filaire adulte morte au sein d'un tissu conjonctif calcifié. La sérologie filariose est positive mais la recherche de microfilaire dans le sang est négative.

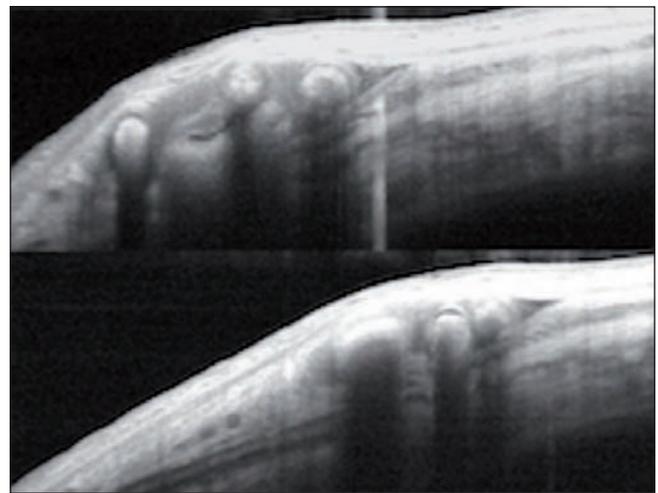


Figure 2. OCT de segment antérieur avec localisation du ver, apparaissant hyperréfléctif sous la conjonctive bulbaire.

Traitement

Après l'extraction du parasite, le patient est hospitalisé pour l'instauration d'un traitement antiparasitaire par diéthylcarbamazine (DEC) avec une bonne tolérance et réponse clinique. À l'issue du traitement par DEC, l'examen ophtalmologique retrouve un œil blanc et indolore (figure 3) et le patient rapporte une évolution favorable des symptômes cutanés.

Discussion

Un diagnostic présomptif de filariose à *Loa loa* est retenu devant la localisation sous conjonctivale du ver chez un patient originaire d'une zone d'hyper-endémie associée à des œdèmes prurigineux des membres, typiques de la loase, appelés « œdèmes de Calabar ». Un diagnostic de certitude n'a cependant pas pu être établi car l'examen parasitologique du ver adulte mort n'est pas suffisamment contributif pour caractériser le type de filaire.

Clinique

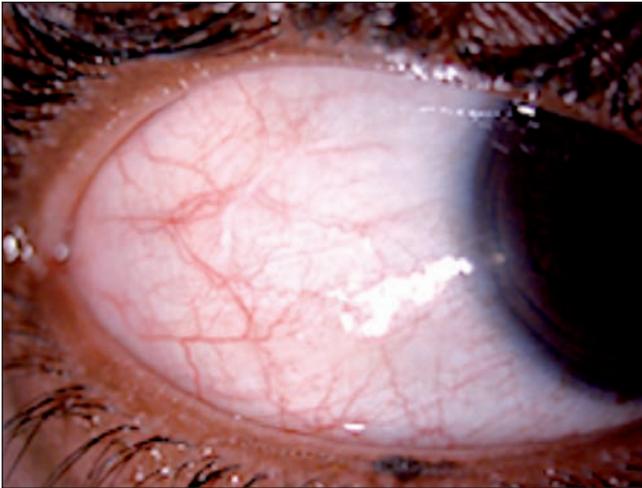


Figure 3. Œil blanc avec cicatrice conjonctivale un mois après l'exérèse chirurgicale du ver.

La loase est une parasitose cutanéodermique, exclusivement africaine, transmise par un taon, le chrysops. La filaire adulte est un ver rond, blanchâtre, de 3 à 7 cm de long. Les microfilaries produites par les femelles circulent dans le sang périphérique et la filaire adulte dans les tissus sous cutanés avec un tropisme pour les annexes de l'œil notamment la conjonctive bulbaire et tarsale. Un passage du ver, d'un œil à l'autre, est possible expliquant la symptomatologie initialement à bascule de notre patient. Les autres manifestations associées à la loase sont la présence d'un œdème allergique, fugace et migrateur localisé généralement aux membres, dit « œdème de Calabar », et la reptation sous-cutanée du ver. Le diagnostic de certitude repose sur l'identification parasitologique de la filaire adulte ou la mise en évidence de microfilaries dans le sang. Le traitement de la loase repose sur des antiparasitaires microfilaricides. Le traitement de référence est la DEC, prescrite à doses progressivement croissantes sur trois semaines, associée à la prise d'antihistaminiques ou de corticoïdes. La lyse microfilarienne rapide induite par le traitement peut être responsable de complications iatrogènes graves pouvant aller jusqu'à l'encéphalite et conduire au coma. L'ivermectine est une alternative thérapeutique réduisant le risque de complications, recommandée en première intention notamment en cas de microfilarémie élevée.

Les principaux diagnostics différentiels de la loase sont la dirofilariose à *Dirofilaria repens* et l'onchocercose.

La dirofilariose est une filariose animale dont l'Homme peut être un hôte accidentel touchant le bassin méditerranéen dont le sud de la France. Elle est responsable d'un tableau clinique similaire à celui de la loase avec la présence d'un ver mesurant jusqu'à 15 cm pouvant se retrouver au niveau conjonctival, palpébral ou intraoculaire.

L'onchocercose est un véritable enjeu de santé publique en Afrique de l'ouest et centrale. Elle est causée par un parasite spécifiquement humain, *Onchocerca volvulus*, et transmise par un diptère du genre *Simulium*. Ses principales atteintes sont cornéenne, avec la kératite semi-lunaire pouvant évoluer jusqu'à la kératite sclérosante, et chorio-rétinienne conduisant à la cécité. La conjonctive est rarement impliquée.

Ce cas illustre une présentation rare de parasitose oculaire qu'il faut savoir évoquer devant un patient ayant séjourné en zone endémique et présentant un tableau de conjonctivite traînante.

Points forts

- La loase est une filariose cutanéodermique à tropisme oculaire, exclusivement africaine, dont le vecteur est le chrysops.
- Ses principales manifestations sont la migration sous conjonctivale de la filaire adulte, la reptation du ver sous la peau, un prurit diffus et les « œdèmes de Calabar ».
- En cas d'atteinte conjonctivale, un examen attentif permet de visualiser le ver sous la forme d'un cordon blanc mobile de 3 à 7 cm sensible à la lumière et à l'instillation de collyres.
- Le diagnostic de certitude se fait par l'examen parasitologique de la filaire adulte ou la mise en évidence de microfilaries dans le sang.
- L'exérèse de la filaire adulte au niveau oculaire se fait par une boutonnière conjonctivo-ténonienne sous anesthésie topique permettant d'immobiliser le ver.
- Un traitement antiparasitaire par DEC ou ivermectine doit être conduit en milieu hospitalier.
- Des complications thérapeutiques potentiellement graves sont à redouter : accidents de lyse filarienne avec risque d'encéphalopathie.

Pour en savoir plus

ANOFEL. Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales. Filarioses humaines. Éd Masson : 2014.

Pisella PJ et al. Conjunctivitis and ocular parasitic diseases. J Fr Ophthalmol. 1999;22:585-8.

Antinori S et al. Imported Loa loa filariasis: three cases and a review of cases reported in non-endemic countries in the past 25 years. Int J Infect Dis. 2012;16:e649-62.