

L'infestation humaine par *Fasciola gigantica* n'a été que rarement signalée dans le monde. Le nombre total de cas rapportés jusqu'à présent dans la littérature ne dépasse pas la trentaine. La plupart

de ceux-ci furent observés à Hawaii (ALICATA, 1953 ; STEMMERMAN, 1953). Six cas ont été signalés en Asie (voir FATTAH et coll., 1964) et quatre cas certains en Afrique Centrale (voir JANSSENS et coll., 1968).

La rareté du parasitisme humain par *F. gigantica* contraste avec la fréquence relativement grande de celui produit par une autre grande douve *Fasciola hepatica* et qui règne surtout dans les pays où l'on mange du cresson. BIGUET et CAPRON (1966) estiment qu'en France plusieurs milliers de cas peuvent, depuis la dernière guerre mondiale, être attribués à cette parasitose.

La malade dont nous relatons ici l'histoire clinique est une Européenne qui avait contracté son parasitisme durant son séjour à Lubumbashi (ex-Elisabethville) en République du Zaïre. Ce cas présente un intérêt particulier par le fait que cette malade non seulement éliminait dans ses selles des œufs de *Fasciola gigantica*, et cela pendant toute la période où nous l'avons suivie mais qu'elle présentait en outre une douve localisée sous la peau. C'est même cette localisation ectopique qui fut à l'origine de la découverte du parasitisme hépatique.

La distomatose ectopique a été rarement observée chez l'homme. D'après CATCHPOLE et SNOW (1952) le nombre de cas signalés dans la littérature s'élèverait à 25. Parmi ceux-ci 14 étaient des localisations sous-cutanées. La région de la peau la plus fréquemment parasitée était l'hypocondre droit. Il semble que dans tous ces cas le parasite en cause était *F. hepatica*.

STEMMERMAN (1953) étudiant des cas de fasciolose humaine à Hawaii, où règne surtout *F. gigantica*, signale 5 cas d'infestations sous-cutanées sur un total de 14 cas cliniques observés. D'après cet auteur tous ces cas seraient produits par *F. gigantica*.

Plus récemment un cas de distomatose sous-cutanée humaine a été signalé en Irak par FATTAH et coll. (1964). L'étude parasitologique de la douve extraite des tissus révéla qu'il s'agissait de *F. gigantica*.

Dans tous les cas de localisation sous-cutanée chez l'homme, le parasitisme se confinait à la peau. Aucun auteur ne signale la coexistence d'une fasciolose hépatique évoluant en même temps que la parasitose cutanée. L'observation que nous relatons ici constitue donc le premier cas connu d'infestation double.

OBSERVATION PERSONNELLE

1) Histoire clinique.

La malade, Mme C. P..., est une Européenne âgée de 26 ans. Elle résidait à Lubumbashi (anciennement Elisabethville), Zaïre, depuis plusieurs années au moment où les symptômes se sont déclarés.

Le 20 juillet 1969, elle présente une brusque élévation de température à 39°5. Cet accès de fièvre est le début d'une longue période fébrile qui durera jusqu'au 30 septembre et au cours de laquelle la fièvre, presque quotidienne, oscillera entre 37°5 et 38°5. Cette période sera encore marquée de deux faits qui méritent d'être signalés. C'est tout d'abord un épisode abdominal douloureux caractérisé par des violentes douleurs localisées dans le ventre et particulièrement dans la région épigastrique. La malade n'avait jamais souffert auparavant de douleurs abdominales. L'autre fait se situe le 11 septembre. Ce jour-là la malade est victime d'un accident de voiture, sans gravité, et dont les seules manifestations sont quelques ecchymoses superficielles localisées sur la région droite du corps.

Le 11 octobre elle constate l'apparition d'un gonflement douloureux en forme de boule sous le sein droit, au niveau des côtes. Comme les côtes du côté droit sont douloureuses à la palpation le médecin, qui est appelé en consultation, suppose qu'il s'agit encore des séquelles de son accident de voiture. Comme la malade est légèrement amaigrie on pratique des injections d'extraits de foie et de calcium.

Au début de décembre le gonflement et les côtes sont devenus indolores.

En janvier 1970 la malade ne sent plus le gonflement mais celui-ci réapparaît quelques jours plus tard, légèrement plus haut, à la base du sein droit. Il est à ce moment tout à fait indolore.

Au cours du mois de mars le gonflement disparaît à nouveau pour réapparaître cette fois à la base du sein gauche.

En mai, le gonflement se déplace vers le bas en dessous du sein gauche.

Les 27 et 28 juillet le gonflement qui était resté jusqu'ici assez petit et indolore, augmente brusquement de volume et devient spontanément douloureux. La malade ressent des tiraillements. Une tache bleue apparaît au sommet du gonflement.

Le 29 juillet : on décide d'intervenir chirurgicalement. On découvre un ver plat libre dans la couche grasseuse sous-cutanée. L'examen de ce ver révèle qu'il s'agit d'un jeune spécimen de *Fasciola gigantica*.

L'examen des selles continue à être pratiqué régulièrement chez cette malade et révèle la présence d'œufs de *F. gigantica* et cela jusqu'à la date du 8 février 1973 qui marque la fin de l'observation (voir plus loin).

2) Examens de laboratoire.

Le 29 juillet 1970 le ver est extrait de la peau, mais son examen parasitologique ne sera pratiqué qu'en novembre 1970. Cet examen révèle qu'il s'agit d'un jeune exemplaire de *F. gigantica* long de 18 mm., large de 4 mm., et contenant un petit nombre d'œufs très inégaux en taille, les plus grands mesurant 120 μ pour 80 μ . Entre-temps un examen des selles pratiqué le 12 août n'avait pas révélé la présence d'œufs de ver. La formule sanguine faite au même moment était pratiquement normale, à part une légère éosinophilie (Neutro 63 ; Eosino 4 ; Baso 1 ; Lympho 28 ; Mono 4).

Le 8 janvier 1971, un nouvel examen des selles pratiqué par la méthode d'enrichissement (Ritchie modifié) se montre positif. Nous trouvons 2 œufs de *F. gigantica* par gramme de selles. Ces œufs mesurent de 160 μ à 170 μ de long pour 75 à 80 μ de large. Des réactions sérologiques (fixation du complément et immuno-électrophorèse) effectuées sur le sérum de la malade pour rechercher les anticorps anti-*fasciola* sont négatives.

Le 7 mai 1971 un examen des selles, pratiqué par la méthode d'enrichissement, est négatif.

Le 16 mars 1972 l'examen des selles montre 3 œufs de *F. gigantica* par gramme de selles. Ces œufs mesurent de 158 μ à 170 μ de long pour 81 à 93 μ de large.

Le 10 mai 1972 l'examen des selles ne montre pas d'œufs. Les réactions sérologiques pour la recherche des anticorps anti-*fasciola* sont négatives. L'examen du sang donne les résultats suivants : Hémoglobine 12,5 ; Globules rouges 3.840.000 ; Globules blancs 6.600. Formule : Neutro 64 ; Eosino 4 ; Lympho 29 ; Mono 3. Tests hépatiques : Thymol 0,85 ; Sulfate de Zinc 5,85 ; Sulfate de Cadmium ++ ; Lugol 0 ; Hanger +++ ; SGOT 15 ; SGPT 5.

Le 8 février 1973 : l'examen des selles après méthode d'enrichissement montre 2 œufs de *F. gigantica* par gramme de selles (dimensions : 160 à 165 μ de long pour 85 μ de large). Les réactions sérologiques (fixation du complément et immuno-électrophorèse) sont négatives. Les tests hépatiques (Hanger, Sulfate de Zinc, Lugol, Thymol) sont normaux, excepté celui au Sulfate de Cadmium qui est légèrement positif. L'examen de sang donne les résultats suivants : Vitesse de sédimentation au Westergreen 3 mm. ; Hémoglobine 13 g. 8 ; Hématocrite 39,5 ; Globules rouges 4.840.000 ; globules blancs 8.190 ; Formule : Neutro 69, Eosino 4, Lympho 24, Mono 3.

COMMENTAIRE

Le cas de fasciolose à *F. gigantica* que nous venons de décrire présente plusieurs particularités qui nous paraissent intéressantes de relever ici.

1. Notons tout d'abord la coexistence chez notre malade d'une distomatose hépatique et d'une infestation cutanée qui fut à l'origine du diagnostic. Cette double infestation ne semble pas encore avoir été signalée jusqu'ici.

2. Une deuxième particularité assez remarquable est l'importante migration sous-cutanée effectuée par la douve ectopique. Celle-ci est apparue d'abord sous le sein droit, de là elle s'est rendue sous le sein gauche, où elle a finalement été extirpée.

3. Notons encore la très faible fécondité de la (ou des) douve(s) située(s) dans les voies biliaires chez cette malade. On peut, semble-t-il, faire remonter l'infestation au mois de juillet 1969, date à laquelle la malade a présenté une assez longue période fébrile qui s'est terminée en octobre de la même année par l'apparition d'une douve sous la peau. Or depuis cette date et jusqu'en février 1973, soit donc pendant une période de plus de trois ans et demi, la malade n'a jamais éliminé plus de 3 œufs de *F. gigantica* par gramme de selles, ce qui correspond à une élimination totale d'environ 600 œufs par jour. Ce nombre nous semble anormalement bas si l'on tient compte qu'une seule grande douve du foie produit en moyenne entre 10.000 et 20.000 œufs par jour. Cette très faible fécondité s'explique probablement par le fait que l'homme n'est pas un hôte

favorable pour les grandes douves du foie (voir FAIN et coll., 1969). La fréquence relativement grande des localisations ectopiques chez cet hôte plaide également en faveur de cette hypothèse.

4. Les réactions immunologiques (fixation du complément et immuno-électrophorèse) pratiquées seulement à partir du moment de l'extirpation de la douve sous-cutanée, étaient négatives et cela malgré la présence d'œufs de *F. gigantica* dans les selles. L'éosinophilie sanguine n'a été que très faiblement augmentée au cours de cette période.

5. Aucune manifestation clinique en rapport avec la distomatose hépatique n'a été décelée au cours de la période de trois ans et demi qu'a duré l'observation, si l'on fait abstraction de la période fébrile du début qui correspondait probablement à la phase d'invasion. Cette absence de symptômes cliniques a déterminé le médecin traitant à s'abstenir de toute médication spécifique.

Nous avons observé récemment en Belgique des cas de distomatose hépatique à *F. hepatica* qui ont évolué, comme chez notre malade, avec un minimum de signes cliniques et sérologiques. Ces cas ont pu être suivis durant plusieurs années et le seul élément de certitude qui a permis de les rattacher à cette parasitose fut la présence en petit nombre et par intermittence, d'œufs dans les selles (FAIN *et al.*, 1969). Ces observations tendent à montrer que les cas de fasciolose hépatique cryptique pourraient être plus fréquents qu'on ne le pense généralement. La méthode la plus fidèle pour les déceler nous semble être la recherche répétée des œufs dans les selles par une méthode d'enrichissement éprouvée.

On pourrait se demander s'il est justifié d'imposer à ces malades un traitement qui n'est pas toujours bien supporté, alors qu'ils ne souffrent apparemment pas de leur parasitose. A notre avis il y a indication à traiter dans tous les cas où les examens ont montré la présence répétée des œufs dans les selles (voir FAIN *et al.*, 1969).

RÉSUMÉ

Les auteurs relatent un cas de distomatose double, à la fois hépatique et sous-cutanée, dû à *Fasciola gigantica*, chez une Européenne ayant séjourné à Lubumbashi, en République du Zaïre. Des œufs de *F. gigantica* ont été rencontrés dans les selles de cette malade mais toujours en très petit nombre, pendant toute la durée de l'observation c'est-à-dire jusqu'à plus de trois ans et demi après le début de la maladie. Cette distomatose hépatique a évolué sans symptômes cliniques décelables.

REMERCIEMENTS

Les réactions immunologiques ont été pratiquées dans le service du Docteur N. VAN MEIRVENNE, les tests hépatiques dans le service du Docteur G. VAN ROS (Institut de Médecine Tropicale, Anvers), certains examens hématologiques dans le service de transfusion du Professeur G. SOKAL (Université Catholique de Louvain). Nous remercions vivement ces Collègues de leur obligeante collaboration.

SUMMARY

A case of double parasitism, both hepatic and subcutaneous, produced by *Fasciola gigantica* is described in an European woman who had stayed for several years in Lubumbashi, Zaïre. The hepatic infection was asymptomatic.

*Institut de Médecine Tropicale
Prince Léopold, Anvers.*

BIBLIOGRAPHIE

- ALICATA (J. E.). — Human fascioliasis in the Hawaii Islands. *Hawaii Med. J.*, 1953, 12, 196-201 (cité par STEMMERMANN, 1953).
- BIGUET (J.) et CAPRON (A.). — Aspects épidémiologiques, cliniques et diagnostiques actuels de la distomatose hépatique à *Fasciola hepatica* en France. *Rev. franç. Gastro-Entér.*, 1966, 21, 55-63.
- CATCHPOLE (B. N.) et SNOW (D.). — Human ectopic fascioliasis. *Lancet*, 1952, 2, 711-712.
- FAIN (A.), VAN MEIRVENNE (N.), JANSSENS (P. G.), CROQUET (P.), BENIT (B.), DESMOUTIER (J. P.) et STOQUAERT (W.). — Notes sur un foyer de distomatose hépatique humaine dans la région du Borinage en Belgique. *Louvain Médical*, 1969, 88, 215-227.
- FATTAH (F. N.), BABERO (B. B.), KARAGHOULI (A. A.) et SHAHEEN (A. S.). — The zoonosis of animal parasites in Iraq. X. A confirmed case of human ectopic fascioliasis. *Am. J. trop. Med. Hyg.*, 1964, 13, 291-294.
- JANSSENS (P. G.), FAIN (A.), LIMBOS (P.), DE MUYNCK (A.), BIEMANS (R.), VAN MEIRVENNE (N.) et DE MULDER (P.). — Trois cas de distomatose hépatique à *Fasciola gigantica* contractés en Afrique centrale. *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, 1968 48 (6), 637-650.
- STEMMERMANN (G. N.). — Human infestation with *Fasciola gigantica*. *Am. J. Pathol.*, 1953, 29, 731-753.