

MANIFESTATIONS OCULAIRES DE LA LOASE. A PROPOS D'UN CAS OBSERVE A OUAGADOUGOU.

(THE OCULAR MANIFESTATIONS OF LOIASIS: ABOUT ONE CASE MANAGED IN OUAGADOUGOU)

NONFOUNIKOUN MEDA¹, W PIERRE DJIGUIMDE¹, CHRISTINE MEDA¹, SALIMATA
OUÉDRAOGO KONATÉ¹, TINGA ROBERT GUIGUEMDÉ²

1- Service Ophtalmologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

2- Département de Parasitologie, UFR/SDS, Université de Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance: NONFOUNIKOUN MEDA, BP
Email :.....

RESUME

La loase est une filariose africaine qui sévit à l'état endémique dans les régions forestières et humides de l'Afrique Centrale.

Nous rapportons un cas de loase oculaire observé chez une patiente de 21 ans à Ouagadougou, zone de savane sèche où l'onchocercose est la filariose dominante. Le parasite s'est manifesté sous forme de corps étranger filiforme se déplaçant sous la conjonctive. Il a été immobilisé par un bouton anesthésique à la xylocaïne puis extrait après

dissection de la conjonctive. Le produit a été acheminé au laboratoire de parasitologie où il a été identifié comme microfilaire de loa loa. Cette observation nous rappelle qu'à la faveur des migrations la co-infection loase-onchocercose doit être toujours évoquée, en raison des possibles effets aderses du traitement de masse par l'ivermectine.

Mots-clés : FILARIOSE, LOA LOA, ŒIL, BURKINA FASO

SUMMARY

Loiasis is an endemic filariasis of rainforest areas of West and Central Africa. We report one case of ocular loiasis observed in Ouagadougou, in a Sahelian area where onchocerciasis is the main filariasis.

This observation remind us of the risk of severe adverse effects of ivermectin when loiasis is associated with onchocerciasis.

KEY WORDS: FILARIASIS, LOA LOA, EYE, BURKINA FASO

INTRODUCTION

Les parasitoses sont très largement répandues dans le monde, plus particulièrement dans les régions chaudes et humides du globe terrestre. Certaines d'entre elles ont un tropisme marqué pour l'œil et la plus fréquemment rencontrée au Burkina Faso est l'onchocercose, filariose cutanéodermique due à *Onchocerca volvulus*.

OBSERVATION

Mademoiselle N.L., 21 ans, étudiante a consulté dans le service le 1er décembre 2005 pour sensation d'un corps étranger à l'œil droit, associée à une légère douleur.

Sept mois plus tôt, la patiente avait été victime d'une poussée d'urticaire. Une semaine avant, elle a observé le passage d'un corps étranger filiforme et d'aspect blanchâtre sous la conjonctive bulbaire de l'œil droit. La veille de la consultation, la patiente a ressenti un prurit modéré accompagné d'un léger œdème palpébral au même œil.

L'examen à l'arrivée a montré une acuité visuelle de 10/10P2 aux deux yeux. A l'inspection, on notait un léger œdème palpébral et une hyperhémie conjonctivale à l'œil droit. L'examen à la lampe à fente a mis en évidence un corps étranger filiforme mobile sous la conjonctive bulbaire de l'œil droit qui a disparu rapidement. Le segment antérieur était normal avec une pression intraoculaire à 12 mm Hg. Le fond d'œil était normal. L'examen de l'œil gauche était normal : annexes et segment antérieur normaux, pression intraoculaire et fond d'œil normaux. L'hypothèse diagnostique d'une loase nous a poussés à persister dans la recherche : repérage du ver à l'aide du microscope opératoire, bouton anesthésique local à la xylocaïne à 2%, incision et dissection minutieuse aux ciseaux de la conjonctive, extraction du ver à l'aide d'une pince sans

COMMENTAIRE

La loase est une filariose africaine cutanéodermique par la répartition des vers adultes et sanguicoles par celle de ses embryons^{1,3}. La filaire loa loa, parasite

La loase est une filariose dont la répartition géographique est limitée aux régions forestières de l'Afrique centrale¹.

Nous rapportons un cas de loase oculaire observé dans le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

griffe et un crochet à strabisme. L'opération se termine par une injection sous-conjonctivale d'antibio-corticoïde (dexaméthasone + gentamycine), un pansement protecteur et une prescription d'antalgique (association paracétamol+ codéine). Le lendemain après s'être assuré du bon état de la plaie, le traitement d'antibio-corticoïde est poursuivi sous forme de collyre (Chibrocadron® : une goutte x 4/j), associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien (Indocollyre® : 1 goutte x 4/j) pendant deux semaines. Les suites ont été simples, l'œil étant devenu calme au bout de cinq jours et l'acuité visuelle maintenue à 10/10.

Le ver extrait a été acheminé au laboratoire de parasitologie du CHUYO où il a été identifié comme filaire adulte de loa loa. Les autres examens complémentaires ont concerné la numération formule sanguine (hyperéosinophilie relative à 290 éléments/mm³) et la recherche de microfilaires (diurnes et nocturnes) dans le sang qui a été négative. Le traitement est alors complété par la prescription de diéthylcarbamazine (Notézine®) à la dose de 4 comprimés par jour atteinte progressivement en sept jours et poursuivie pendant un mois. Un traitement antihistaminique a été associé pendant les cinq premiers jours pour minimiser les réactions allergiques.

spécifiquement humain, est un ver rond blanchâtre dont le mâle mesure 3,5 cm et la femelle 5 à 7 cm, qui vit dans le tissu sous-cutané. Sa répartition géographique est

strictement africaine, limitée au bloc forestier centrafricain : Nigéria, Cameroun, République centrafricaine, Congo démocratique, Congo, Guinée équatoriale, Gabon, Angola². Elle n'avait jamais été décrite au Burkina Faso, pays d'hyperendémie onchocerquienne³. Le cas que nous décrivons est le fruit de la migration humaine : la patiente, d'origine camerounaise, est au Burkina Faso depuis un an pour les études.

L'origine de la patiente et la migration sous-conjonctive du ver ont constitué les principaux arguments du diagnostic qui a été confirmé par l'identification au laboratoire. La filaire se déplace sans cesse par clivage des plans conjonctifs et musculaires². En raison de ce caractère mobile nous avons dû rechercher à plusieurs reprises avant de le repérer. Un bouton anesthésique à la Xylocaïne a permis de l'immobiliser avant l'extraction à la pince.

La loase est une affection généralement bénigne. Elle peut être à l'origine de manifestations aiguës comme l'urticaire et la migration filarienne. La migration sous-conjonctivale du ver adulte loa loa est un syndrome connu depuis fort longtemps dans les zones d'endémie : il est alors visible sous la forme d'une saillie ondulante et mobile sous la conjonctive, particulièrement sensible aux stimuli, telle la lumière vive, l'instillation de

collyre, le changement de position de la tête. Il n'y a pas de retentissement sur l'acuité visuelle et le reste de l'examen ophtalmologique est normal⁶. D'autres manifestations oculaires de la loase telles que la présence de filaire adulte dans la chambre antérieure ont été décrites⁴.

La recherche de microfilaries sur goutte épaisse, frottis et leuco-concentration effectués de jour et de nuit a été négative chez notre patiente. Les manifestations de microfilaries de loa loa sont de description plus rare et concernent essentiellement le segment postérieur^{3,4}.

Les suites de l'extraction chirurgicale de la filaire sous conjonctivale ont été simples et le traitement médical complémentaire à la diéthylcarbamazine, n'a pas provoqué de réactions allergiques. Elles sont provoquées par la lyse des filaires adultes et seraient plus fréquentes en cas de co-infections *Onchocerca volvulus* et loa loa avec une microfilarémie loa loa très élevée³. Des complications neurologiques sévères ont été rapportées après traitement à l'ivermectine chez des patients avec une forte charge parasitaire de microfilaries. Ce qui pourrait avoir un impact négatif sur le contrôle de l'onchocercose et de la filariose lymphatique dans les régions de co-endémicité avec la loase⁷.

CONCLUSION

La loase est une filariose bénigne à tropisme oculaire. Elle doit être traitée car son évolution sans traitement aboutit à des complications graves. Du fait des importants mouvements migratoires des populations entre l'Afrique Centrale et l'Afrique de l'Ouest, la coexistence

de l'onchocercose et de la loase est possible chez un même individu vivant au Burkina Faso, zone d'hyperendémie onchocerquienne. C'est l'occasion de rappeler la pertinence de la vigilance au cours des traitements de masse par l'ivermectine.

REFERENCES

- 1-Diallo J S. La loase. In : Diallo JS, Manifestations ophtalmologiques des parasitoses. Rapport de la Société française d'ophtalmologie ; Masson, Paris, 1985 : 163-72.
- 2-Pisella PJ, Assaraf E, Rossaza C, Limon S, Baudouin C, Richard-Lenoble D. Conjonctive et parasitoses oculaires. J Fr Ophtalmol., 1999; 22, 5, 585-588.
- 3-Gentilini M. Filarioses In : Gentilini M. Médecine tropicale, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1993: 196-221.
- 4-Renard G, Les manifestations oculaires des loases. J Fr Ophtalmol 1978,1 : 83-6
- 5-Renard G, Morand L, Lacombe E, Offret G, Un cas de rétinopathie filarienne. J Fr Ophtalmol 1978,1 : 41-6.

- 6-Vedy, P. Quequiner, J.Graveline, A. Auzemery.
Précis d'ophtalmologie tropicale Doin 1988,
157-161.
- 7-Gardon J, Gardon-Wendel N, Demanga-
Ngangue, Kamgno J, Chippaux JP, Boussinesq
M. Serious reactions after mass treatment
of onchocerciasis with ivermectin in an area
endemic for Loa loa infection. Lancet. 1997,
350(9070):18-22.