

P. Bovier
F. Chappuis

Dr Patrick Bovier
FMH en médecine interne générale
30, avenue Vinet, 1004 Lausanne
patrick.bovier@post.harvard.edu

Dr François Chappuis
FMH en médecine interne générale
Service de médecine internationale
et humanitaire
Département de médecine commu-
nautaire, de premier recours et des
urgences
HUG, 1211 Genève 14
francois.chappuis@hcuge.ch

Coordination rédactionnelle

Dr Pierre-Alain Plan

Rev Med Suisse 2014; 10: 1839-40

Un homme de 28 ans consulte en urgence, au début du mois d'août, en raison d'une asthénie intense, de dyspepsie et d'une baisse de l'état général suite à un épisode de gastro-entérite, quatre semaines auparavant. Il se déclare «fragile des intestins» depuis lors et signale une perte pondérale de 3-4 kg depuis les derniers mois.

Le jour précédant la consultation, il a fait du sport et a présenté des vomissements suite aux efforts. Il a séjourné quelques jours en Angleterre et à Barcelone lors des six derniers mois. Il mentionne également une sensation de brûlure rétrosternale en position couchée.

L'examen clinique ne montre ni ictère ni pâleur des sclérotiques. Il n'y a pas de lésions cutanées, d'adénopathie latéro-cervicale ou d'hépatosplénomégalie. L'auscultation cardiopulmonaire est normale, de même que l'examen de l'abdomen.

Le bilan biologique effectué ne montre pas d'anomalie, hormis une élévation des ALAT à 82 U/l. Il est complété par la ferritine et la TSH (thyroestimuline), toutes deux normales. Une semaine plus tard, le patient a encore perdu 1,6 kg (poids : 62,4 kg pour une taille de 189 cm), son IMC est alors à 17,5 kg/m². Le status est superposable à celui de la semaine précédente. Une recherche de parasites et une culture de selles sont effectuées en raison de la persistance des troubles digestifs avec des diarrhées quotidiennes.

En raison de la perte pondérale importante et de la perturbation des ALAT, une imagerie digestive est demandée. Le CT-

Blastocystis hominis : un hôte indésirable ?

scan ne montre ni masse ni adénopathie rétropéritonéale, et l'échographie abdominale est normale.

Le patient continue à perdre du poids (environ 1 kg par semaine). Fin août, le bilan revient positif pour *Blastocystis hominis* trouvé en grande quantité sur un prélèvement de selles sur les trois effectués. Les résultats des sérologies effectuées en raison de l'élévation des ALAT révèlent pour leur part une possible infection récente par le virus d'Epstein-Barr. Le patient est alors mis au bénéfice d'un traitement de Flagyl 3x500 mg/jour pendant dix jours. La symptomatologie évolue alors de manière spectaculaire, avec une diminution des symptômes en une semaine : disparition des diarrhées, réapparition de selles formées, amélioration de l'appétit et reprise pondérale rapide.

Le patient reste asymptomatique jusqu'au mois de mars de l'année suivante, date à laquelle il consulte à nouveau en raison d'une alternance de diarrhées et de selles formées. A l'anamnèse, il signale une accélération du transit avec parfois des selles décolorées. Son poids est stable à 67 kg et les symptômes sont assez bien contrôlés par la prise d'Imodium. Il signale également un stress professionnel en raison d'un nouvel emploi.

Une nouvelle recherche de parasites est alors effectuée, qui montrera à nouveau la présence de *Blastocystis hominis* en forte quantité. Quelques jours plus tard, lors de la discussion des résultats, le patient mentionne une nette diminution des symptômes, raison pour laquelle cette fois une abstention thérapeutique est décidée. Au mois d'octobre, il consulte à nouveau en raison d'une alternance de diarrhées et de constipation, accompagnée de flatulences malodorantes. Un nouvel examen de selles montre à nouveau la présence de *Blastocystis hominis*, accompagné d'*Entamoeba hartmanni*. Devant ces résultats, l'abstention thérapeutique est maintenue. Depuis lors, le patient n'a plus consulté pour des problèmes digestifs.

QUESTIONS AU SPÉCIALISTE

Qu'est-ce que *Blastocystis hominis* et quels problèmes peut-il poser chez

l'homme ? L'anomalie des ALAT constatée chez ce patient a-t-elle une relation avec l'infestation par *B. hominis* ?

Blastocystis hominis est un protozoaire (parasite unicellulaire) intestinal cosmopolite de pathogénicité controversée. Son cycle de transmission est mal connu, mais nous savons que le réservoir animal est très important et qu'il colonise le plus souvent le cæcum et le côlon distal, où il ne provoque pas de lésion invasive de la muqueuse. Ce protozoaire a été associé à des plaintes digestives variées (douleurs abdominales, nausées, flatulences, diarrhées), souvent persistantes et intermittentes. Etant considéré comme non invasif, *Blastocystis hominis* ne peut pas être incriminé dans l'élévation des ALAT chez ce patient.

Est-il justifié de rechercher des infections parasitaires chez les patients qui n'ont pas séjourné en dehors de l'Europe ? Quelles infections parasitaires sont endémiques en Europe ?

Une recherche de parasites est justifiée, même en l'absence d'anamnèse de voyage en zone tropicale, chez des patients présentant des plaintes digestives persistantes ou chroniques, en particulier en présence de certains symptômes comme les diarrhées ou les selles défectives. De nombreuses parasitoses intestinales sont endémiques en Suisse ou ailleurs en Europe, parmi lesquelles *Giardia intestinalis*, *Diphyllobothrium latum* («taenia du poisson»), *Strongyloides stercoralis* (dans le pourtour méditerranéen), et bien sûr *Blastocystis hominis*.

Est-ce que la recherche de parasites «standards» est suffisante pour mettre en évidence des pathogènes intestinaux dans cette situation ?

La recherche de parasites «standards» dans les selles est le plus souvent suffisante pour détecter la majorité des protozoaires et helminthes. Il est néanmoins nécessaire de répéter les examens jusqu'à trois fois avec un intervalle minimal de 72 heures, en raison de l'excrétion intermittente des protozoaires et des œufs d'helminthes. Dans certaines circonstances cliniques, des

colorations ou méthodes spéciales doivent être effectuées à partir des prélèvements de selles pour mettre en évidence certains parasites intestinaux. Chez un patient immunosupprimé présentant des diarrhées persistantes par exemple, une recherche de sporozoaires intestinaux (par exemple : *Cryptosporidium* sp) par des colorations spéciales doit être demandée. Chez un patient présentant une éosinophilie et ayant séjourné dans le pourtour méditerranéen, un examen de Baermann augmentera la sensibilité de détection de *Strongyloides stercoralis* dans les selles. Dans ce dernier cas (éosinophilie), une sérologie des helminthiases est très utile, sans oublier toutefois que la plupart des helminthes intestinaux ne peuvent pas être dépistés par sérologie. Il est essentiel de communiquer ces situations particulières au laboratoire de parasitologie.

Est-ce que le traitement de métronidazole est adapté à cette situation ? La réponse clinique a été spectaculaire, mais la persistance du parasite remet en cause la relation causale avec les symptômes et la perte pondérale.

Au vu de la sévérité et de la persistance des symptômes, ainsi que de l'absence de diagnostic alternatif, la décision d'administrer un traitement antiparasitaire était pleinement justifiée, ainsi que le choix du métronidazole, qui est le traitement de première ligne contre *Blastocystis hominis*. A noter que le dosage prescrit chez ce patient (3 x 500 mg/jour x 10 jours) est correct et est supérieur aux doses habituellement prescrites contre la giardiase. Une étude, effectuée en Italie, a montré une résolution clinique à un mois chez 88% des patients symptomatiques infectés par *Blastocystis hominis* et traités par métronidazole, contre 14% des patients ayant reçu un placebo. Une étude prospective multicentrique est en cours en Suisse romande, supervisée par la Policlinique médicale universitaire du CHUV. La dissociation entre les réponses cliniques (résolution des symptômes) et parasitaires (persistance de *Blastocystis* dans les selles) est fréquente. L'hypothèse principale est que la présence de *Blastocystis hominis* est un marqueur de la présence d'agents infectieux pathogènes (par exemple : *Giardia intestinalis*) non détectés dans les examens de selles et

sensibles au traitement de métronidazole. Dans le cas du patient décrit précédemment, la relation causale entre la symptomatologie initiale et la présence de *Blastocystis hominis* est très peu probable et clairement exclue pour les manifestations cliniques ultérieures. Cette dissociation entre réponse clinique et parasitologique a une conséquence importante en pratique clinique : il n'est pas nécessaire d'effectuer un examen de contrôle des selles après traitement de *Blastocystis hominis* si le patient est asymptotique.

On peut trouver des *Blastocystis* chez de nombreuses personnes, sans que celles-ci ne présentent pour autant des symptômes. Certaines espèces sont-elles davantage pathogènes pour l'homme que d'autres ?

La prévalence de portage de *Blastocystis hominis* varie entre les pays et entre les communautés du même pays. Elle peut atteindre 60% dans des populations rurales de pays en voie de développement. Il existe neuf sous-types (ou génotypes) de *Blastocystis hominis* (récemment renommé *Blastocystis* sp) identifiables par des techniques diagnostiques moléculaires. Si la majorité des études ont montré une association entre la présence de symptômes abdominaux et *Blastocystis* sp, la relation avec un ou plu-

sieurs sous-types est plus équivoque. Nous n'avons donc actuellement aucun outil diagnostique à disposition en pratique clinique pour différencier les souches pathogènes de *Blastocystis* de la vaste majorité des souches non pathogènes.

L'existence d'une autre infection, comme la gastro-entérite présentée par ce patient, peut-elle augmenter le risque de maladie symptomatique chez une personne colonisée par *Blastocystis hominis* ?

Il est clairement démontré que des patients présentant une gastro-entérite aiguë peuvent présenter par la suite des troubles digestifs fonctionnels persistants, ou côlon irritable postgastro-entérite, qui est une cause de consultation très fréquente dans les cliniques de médecine des voyages. La découverte de *Blastocystis hominis* dans cette situation est le plus souvent fortuite et ne semble pas avoir de lien avec d'autres agents pathogènes responsables de la symptomatologie aiguë. Il n'est donc pas inutile de rappeler que le traitement de *Blastocystis* ne devrait être indiqué qu'en cas d'absence d'amélioration spontanée de la symptomatologie digestive et après avoir démontré l'absence d'autres pathogènes dans les selles.

Bibliographie

- Markell EK, Udkow MP. Blastocystis hominis: Pathogen or fellow traveler? Am J Trop Med Hyg 1986;35:1023-6.
- Nigro L, Larocca L, Massarelli L, et al. A placebo controlled treatment trial of Blastocystis hominis infection with metronidazole. J Travel Med 2003;10:128-30.
- Stensvold CR, Smith HV, Nagel R, Olsen KEP, Traub RJ. Eradication of Blastocystis carriage with antimicrobials: Reality or delusion. J Clin Gastroenterol 2010;44:85-90.
- Tan KSW. New insights on classification, identification, and clinical relevance of Blastocystis spp. Clin Microbiol Rev 2008;21:639-65.

Soumettez un cas

Interrogez le spécialiste de votre choix. Posez-lui des questions directement en lien avec un problème de médecine de premier recours auquel vous avez été confronté.

Des informations complémentaires concernant la rubrique sont disponibles sur le site de la Revue Médicale Suisse (<http://rms.medhyg.ch/court-circuit.pdf>)

Envoi des textes à : redac@revmed.ch (avec mention «rubrique court-circuit»)

Comité de lecture : Dr Gilbert Abetel, Orbe ; Dr Patrick Bovier, Lausanne ; Dr Vincent Guggi, Payerne ; Dr Philippe Hungerbühler, Yverdon-les-Bains ; Dr Ivan Nemitz, Estavayer-le-Lac ; Dr Pierre-Alain Plan, Grandson