Bull. Soc. Path. Ex.,
87, 1994, 186-188

Mots-clés : Épilepsie, Cysticercose humaine, Myosite, Syndrome confusionnel, Praziquantel, Bénin.

Key-words: Epilepsy, Human cysticercosis, Myositis, Confusional syndrome, Praziquantel, Bénin.

ÉPILEPSIE, HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE, SYNDROME CONFUSIONNEL ET CYSTICERCOSE CUTANÉE

A propos d'un cas observé en milieu hospitalier au Bénin

Par D. G. AVODÉ (*), B. BOUTEILLE (**), M. AVIMADJE (***) & C. ADJIEN (*) (****)

Epilepsy, intracranial hypertension, confusional syndrome and cutaneous cysticercosis. A hospital case report from Benin.

Summary: *We report the first case of diffused cysticercosis combined with epilepsy, myositis and confusional syndrome in Benin. In the absence of tomodensitometric exploration, the patient was treated with success by praziquantel and corticosteroids. This implies the existence of a human focus of cysticercosis in Benin.*

Résumé : *Le premier cas de cysticercose diffuse diagnostiqué au Bénin est rapporté. Le patient présente des nodules sous-cutanés, une épilepsie, une myosite et un syndrome confusionnel. En l'absence d'exploration tomodensitométrique, le malade est traité avec succès par praziquantel associé à des corticoïdes. Cette observation suggère l'existence au Bénin d'un foyer de cysticercose humaine.*

La cysticercose est une maladie parasitaire provoquée par le développement chez l'homme et le porc de la larve cysticerque de *Taenia solium*. L'infection est provoquée par l'ingestion d'œufs de cet helminthe qui sont disséminés dans la nature par les selles humaines, dans des conditions d'hygiène précaires fréquentes dans les pays en développement.

Paradoxalement, cette maladie semble mal connue dans les pays d'Afrique occidentale, en dehors de deux foyers endémiques rapportés au Sénégal (3) et au Togo (4). Au Bénin, bien que la cysticercose porcine ou ladrerie soit bien connue des vétérinaires, l'existence de la cysticercose humaine n'apparaît dans aucune statistique sanitaire nationale de ce pays. A notre connaissance, en 1938 et 1984, deux cas de neurocysticercose, dont une spinale pure, associée à de nombreux nodules sous-cutanés, avaient cependant été déjà observés en France chez deux patients originaires du Bénin (2,8).

Nous rapportons ici une observation de cysticercose diffuse comportant des nodules sous-cutanés associés à une épilepsie, un syndrome confusionnel et des myalgies chez un patient n'ayant jamais quitté sa région natale, et originaire de Savalou, département du Zou situé dans la partie centrale du Bénin.

OBSERVATION CLINIQUE

Y. E. V... est un homme de 62 ans sans antécédent pathologique notable. Il présente depuis une dizaine d'années des nodules sous-cutanés et, depuis cinq ans, des crises épileptiques généralisées tonico-cloniques. Récemment, les crises sont devenues plus fréquentes; elles sont accompagnées d'une baisse notable de l'acuité visuelle, de vomissements, de céphalées, d'une désorientation temporo-spatiale et de myalgies diffuses.

L'examen clinique, le 22 mars 1993, révèle l'existence sur tout le corps de multiples tuméfactions indolores, peu adhérentes au tissu adjacent et de tailles diverses (fig. 1). Il existe une nette désorientation temporo-spatiale sans signe de localisation. Le fond d'œil montre une stase papillaire bilatérale. L'électroencéphalogramme (EEG) montre un rythme de fond ralenti avec des pointe-ondes isolées, parfois groupées, sans nette latéralisation. L'exérèse chirurgicale et l'examen de deux nodules sous-cutanés prélevés sur le dos et la face antéro-externe de la cuisse droite révèle l'existence de vésicules ovalaires de 1 cm × 0,5 cm contenant un liquide clair et, à l'examen microscopique, un scolex mobile muni de 4 ventouses et de crochets de *Taenia solium*. A la numération formule sanguine, l'éosinophilie est à 930/mm³. La vitesse de sédimentation, accélérée, est à 89 mm à la première heure. Le liquide céphalo-rachidien

(*) Unité de Neurologie et de Neurophysiologie clinique, service de Médecine interne B (Pr Hountondji), CNHU, BP 336, Cotonou, Bénin.
(**) Institut de Neurologie Tropicale et Service de Parasitologie, Faculté de Médecine, F-87025 Limoges Cedex.
(***) Unité de Rhumatologie, service de Médecine interne A (Pr Monteiro), CHNU, BP 336, Cotonou, Bénin.
(****) Manuscrit n° 1539. Accepté le 5 juillet 1994.

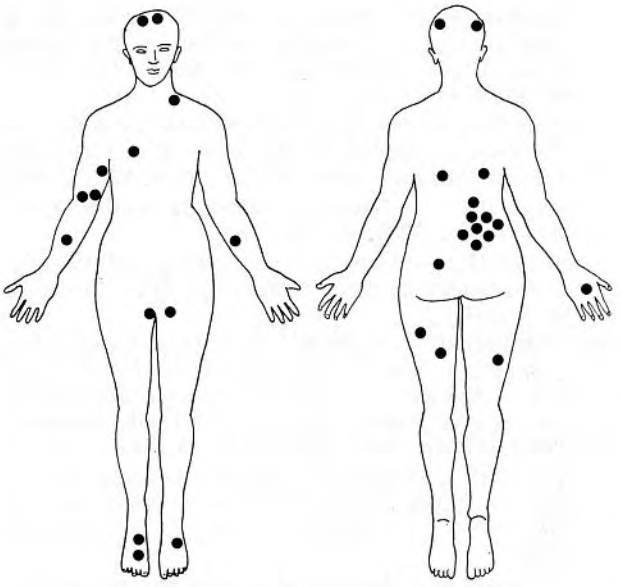

Fig. 1. — Localisations anatomiques des 31 nodules sous-cutanés.

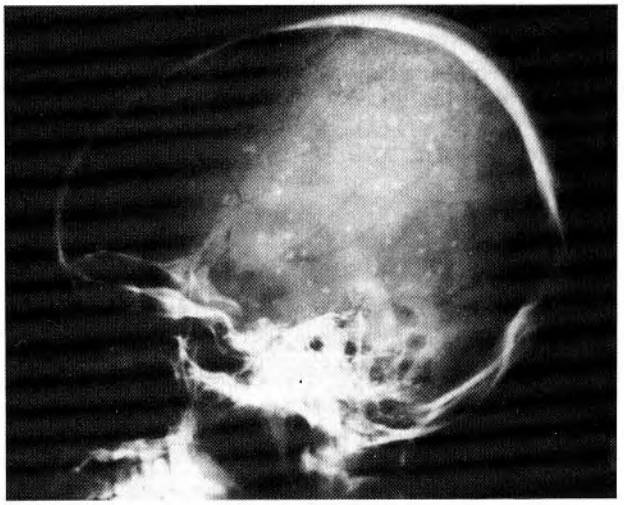

Fig. 2. — Radiographie du crâne : nombreuses et fines calcifications pariétales gauches.

(LCR) est clair, « eau de roche » et hypertendu. Il présente 5 éléments/mm³ à la cytologie. La protéinorachie est à 0,58 g/l, la glycorachie à 0,49 g/l, les chlorures à 6,96 g/l. La créatinine phosphokinase (CPK) est à 650 UI/l. La recherche des anticorps spécifiques anti-*Cysticercus cellulosae* de classe IgG, effectuée par méthode immunoenzymatique ELISA, est positive à la densité optique de 0,973, le seuil de la réaction se situant à 0,400 (4). La radiographie du crâne (fig. 2) met en évidence de fines calcifications pariétales gauches, celle des tissus mous (thorax, bassin, mollets) de multiples autres.

Le patient est mis sous traitement anticomitial (valproate de sodium, 1 500 mg/j). Il subit un traitement pour helminthiase intestinale (albendazole, 400 mg/j pendant deux jours). La cysticercose est traitée par praziquantel à raison de 50 mg/j pendant 15 jours, à doses progressives sous couverture d'une corticothérapie. Le traitement est bien toléré. Les troubles de la conscience et les céphalées régressent progressivement. Les crises d'épilepsie s'atténuent puis disparaissent.

Le patient est revu trois mois après sa sortie de l'hôpital. L'examen neurologique est normal. L'EEG de contrôle montre un rythme de fond bien structuré, réactif avec une dysrythmie thêta bitemporale. L'épilepsie est bien contrôlée. Les nodules sous-cutanés ont diminué en nombre et en taille. Il persiste quelques nodules sur le cuir chevelu. Une deuxième cure identique de praziquantel est proposée.

COMMENTAIRES

La cysticercose cérébrale présente de nombreuses manifestations neurologiques dont la diversité et la sévérité dépendent de la localisation des parasites et de leur nombre. Les crises épileptiques constituent néanmoins le plus fréquent et, parfois, le seul mode d'expression clinique (1, 13).

La neurocysticercose est devenue un grave problème de santé publique dans les pays en développement d'Amérique centrale et du Sud (7) et d'Asie (6). Elle est un diagnostic assez fréquent dans les pays industrialisés en raison des flux migratoires des populations et du développement des moyens d'investigation neuroradiologique (5). En dehors des nombreuses publications rapportées en Afrique du Sud (14), sa connaissance en Afrique noire paraît encore très réduite : elle a été signalée en Côte-d'Ivoire (9), au Cameroun (10), au Togo (4) et au Burundi (11). Ceci permet de supposer que la diffusion de la cysticercose est très large. Elle s'étend vraisemblablement à l'ensemble de l'Afrique noire où l'élevage et l'abattage des porcs ne sont pas contrôlés.

Notre observation fournit la preuve de l'existence de la cysticercose humaine dans le département du Zou au Bénin. Toutes les conditions épidémiologiques nécessaires à sa diffusion sont en effet réunies : existence d'un élevage familial intensif de porcs avec divagation des animaux, de consommation de viande de porc peu ou mal cuite et de conditions d'hygiène défectueuses.

La présence simultanée de kystes calcifiés à la radiographie des tissus mous et de larves cysticerques vivantes de *Taenia solium* à l'examen parasitologique de deux nodules sous-cutanés prélevés chez notre malade suggère l'existence de multiples infections au cours du temps. La survenue récente d'une myosite, la présence d'une hyperéosinophilie sanguine et un syndrome d'hypertension intracrânienne associés à une altération de l'état général, orientent fortement vers une nouvelle infection massive du névraxe, malgré l'absence d'une exploration tomodensitométrique.

L'efficacité du traitement par praziquantel et corticoïdes est particulièrement démonstrative pour la myosite et l'encéphalite parasitaires (normalisation du LCR, de la CPK, de la VS, de l'EEG, et contrôle des crises épileptiques).

La mise en évidence d'une affection jusque-là non recensée dans les statistiques nationales du Bénin

révèle l'existence d'un problème de santé publique qu'il sera nécessaire de mesurer car il est susceptible de bénéficier de mesures préventives et d'une thérapeutique curative adaptées (12).

REMERCIEMENTS

Ce travail a bénéficié du soutien financier de la Mission Française de Coopération et d'Action Culturelle au Bénin (projet n° 269/CD/BEN/91).

BIBLIOGRAPHIE

1. Bullock (A.). — La cysticercose cérébrale. A propos d'une observation clinique, électrique et anatomique. Thèse Doctorat en médecine. Faculté de Médecine d'Abidjan (Côte-d'Ivoire), 1980, p. 75.
2. Carydakis (C.), Baulac (M.), Laplane (D.), Schuller (E.) & Philippon (J.). — Cysticercose spinale pure. Note sur le liquide céphalorachidien. *Rev. Neurol.*, 1984, **140**, 590-595.
3. Dumas (M.), N'Diaye (I. P.), Daumens (J. P.) & Gueye (M.). — Cysticercose cérébrale (deux nouveaux cas sénégalais). *Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Fr.*, 1976, **21**, 203-211.
4. Dumas (M.), Grunitzky (K.), Belo (M.), Dabis (F.), Deniau (M.), Bouteille (B.), Kassankogno (Y.), Catanzano (G.) & Pestre-Alexandre (M.) — Cysticercose et neurocysticercose. Enquête épidémiologique dans le nord du Togo. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1990, **83**, 263-274.
5. Earnest (M. P.), Reller (L. B.), Filley (C. M.) & Grek (A. J.). — Neurocysticercosis in the United States: 35 cases and review. *Rev. Infect. Dis.*, 1987, **59**, 961-979.
6. Feng (Y.), Ouyeng (S.), Zhou (X.) & Yang (S.). — Clinicoelectroencephalographic studies of cerebral cysticercosis: 158 cases. *Chin. Med. J.*, 1979, **92**, 770-786.
7. Flisser (A.). — Neurocysticercosis in Mexico. *Parasitol. Today*, 1988, **4**, 131-137.
8. Gallais (P.). — Deux cas de cysticercose cérébrale avec manifestations épileptiques. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1938, **31**, 915-919.
9. Giordano (C.), Vedrenne (H.), Dago-Ekribi (A.), Doucet (J.), Nozais (J. P.), Piquemal (M.) & Vidal (H.). — Cysticercose cérébrale à forme confusionnelle avec aspects périodiques à l'EEG. Étude anatomo-clinique. *Méd. Afr. Noire*, 1978, **23**, 43-51.
10. Marty (P.), Herzog (U.), Marty-Jaussan (I.), Le Fichoux (Y.) & Doucet (J.). — Deux cas de cysticercose observés au Cameroun. *Méd. Trop.*, 1985, **45**, 83-86.
11. Nzisabira (L.), Nsengyumva (G.), Bouteille (B.), Ndayiragije (A.), Niyongabo (T.), Bigirimana (V.), Dumas (M.) & Aubry (P.). — La cysticercose dans la province de Kayanza (Burundi). *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1992, **85**, 374-377.
12. Pawlowski (Z.). — Perspectives on the control of *Taenia solium*. *Parasitol. Today*, 1990, **6**, 371-373.
13. Sotelo (J.), Guerrero (V.) & Rubio (F.). — Neurocysticercosis: a new classification based on active and inactive forms. *Arch. Int. Med.*, 1985, **145**, 442-445.
14. Villiers (de) (J. C.). — Cysticercosis of the nervous system. *S. Afr. Med. J.*, 1983, **63**, 769-772.