

Cysticercose sous-cutanée généralisée : à propos de six cas au Burkina Faso.

F. Barro-Traoré (1), M.S. Ouédraogo (1), A. Sanou-Lamien (2), O. Lompo-Goumbri (2), A.M. Bassolé (1), S. Sawadogo (1), N. Korsaga-Somé (3), P. Niamba (1) & A. Traoré (1)

(1) Service de dermatologie, Centre hospitalier universitaire Yalgado-Ouédraogo (CHU-YO), Ouagadougou, Burkina Faso. E-mail : fatou_barro@yahoo.fr

(2) Service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU-YO, Ouagadougou, Burkina Faso.

(3) Service de dermatologie, Centre hospitalier régional de Kaya, Burkina Faso.

Manuscrit n° 3104. "Clinique". Reçu le 27 avril 2007. Accepté le 21 octobre 2007.

Summary: Disseminated subcutaneous cysticercosis: a report of six cases in Burkina Faso.

Cysticercosis is an infection resulting from the larval form of the pig tapeworm, Taenia solium. The subcutaneous localizations are frequent and can have serious consequences such as neurological attacks.

We report six cases among whom five men and a woman, in order to point out the severity of the disease and its possible dissemination. The patients' age was ranging from 25 to 57 years old. Three of them had neurological complications as convulsions and headaches. The nodules were painful in one case. We recommend sanitary education to eradicate the affection and to sensitize patients in order to consult physicians at early stage.

Résumé:

La cysticercose est liée au développement chez l'homme de larves cysticerques de Taenia solium. Les localisations sous-cutanées sont fréquentes et peuvent être à l'origine de complications graves, comme les atteintes neurologiques.

Nous rapportons six cas de cysticercose sous-cutanée généralisée, pour insister sur leur gravité et leurs complications possibles.

Il s'agissait de cinq hommes et d'une femme consultant pour des lésions nodulaires disséminées sur le corps; l'âge allait de 25 à 57 ans. Trois avaient des complications neurologiques, telles que des crises convulsives et des céphalées. Les nodules étaient douloureux chez un patient.

Une éducation sanitaire doit être menée pour éradiquer cette affection liée à l'hygiène précaire et sensibiliser les patients afin qu'ils consultent tôt, avant la diffusion des lésions.

**cysticercosis
convulsion
skin
nervous system
hospital
Burkina Faso
Sub Saharan Africa**

**cysticercose
convulsion
peau
système nerveux
hôpital
Burkina Faso
Afrique intertropicale**

Introduction

La cysticercose est une maladie parasitaire due au développement chez l'homme de la larve cysticerque de *Taenia solium* (7). La transmission chez l'homme se fait de plusieurs façons, notamment par l'ingestion de viande de porc mal cuite, le péril fécal et les conditions d'hygiène précaire; mais, au Burkina Faso, l'infestation proviendrait surtout de la consommation de viande de porc, très prisée par notre population. C'est une affection cosmopolite, mais elle est endémique en Afrique, en Amérique centrale et en Asie. Au Burkina Faso, elle occupe la 2^e place des affections parasitaires, après la schistosomiase, dans le service d'anatomopathologie du CHU de Ouagadougou (13). Les localisations sont ubiquitaires, mais les principales sont le système nerveux, les muscles et la peau (7). L'atteinte neurologique est la plus grave, tandis que l'atteinte cutanée est souvent révélatrice, d'où l'intérêt de sa connaissance. Nous rapportons 6 cas de cysticercose sous-cutanée généralisée, pour insister sur la dissémination possible et les complications neurologiques.

Photo 1.

Innombrables lésions disséminées sur le corps.
Numerous lesions disseminated on the body.



Observations

Il s'agissait de 6 patients ayant consulté pour des lésions nodulaires sous-cutanées, généralisées, augmentant progressivement de taille. Les nodules étaient asymptomatiques dans 5 cas et douloureux chez 1 patient (4^e cas). Dans les antécédents, la consommation de viande de porc était notée dans 4 cas. L'examen dermatologique montrait de multiples nodules arrondis ou ovales, de taille variée (1 à 1,5 centimètres de grand axe), fermes, mobiles par rapport aux plans cutané et profonds, disséminés sur le corps (photo 1), indolores chez 5 des patients, mais douloureux chez l'autre.

L'examen parasitologique des selles a été demandé chez 2 patients (1^{er} et 2^e), mais n'a pas été réalisé. Chez le 3^e, il a mis en évidence des œufs de *Necator americanus*, des formes végétatives et des kystes d'*Entamoeba histolytica*. Son contrôle, un mois plus tard, a révélé des œufs d'*Ankylostoma duodenale* et des kystes d'*Entamoeba coli*. Chez le 4^e, des formes végétatives de *Giardia intestinalis* et d'*Entamoeba histolytica* ont été observées, tandis que chez le 5^e et le 6^e, des œufs d'ankylostome associés à des kystes d'*Entamoeba histolytica* et de nombreux kystes d'*Entamoeba coli* ont été respectivement décelés.

L'exérèse d'un nodule montrait macroscopiquement, une formation ovale, de 1 cm x 0,5 cm, translucide, blanc-nacré, à contenu liquidien. L'examen anatomopathologique d'un nodule (photo 2) confirmait le diagnostic de cysticercose sous-cutanée. Les autres signes caractéristiques des différents cas ont été résumés dans le tableau I. La sérologie pour la cysticercose et la tomodensitométrie cérébrale n'ont pas été réalisées par manque de moyens financiers des patients, mais ceux présentant des signes neurologiques ont été confiés aussi à un neurologue. Un traitement à l'albendazole 400 mg, 2 fois par jour pendant 1 mois, a permis une régression complète des kystes chez tous les malades.

Discussion

Pour des raisons économiques, aucun de nos patients n'a pu faire la tomodensitométrie céphalique, ni la sérologie de la cysticercose, car ces examens complémentaires étaient payants et coûteux; de plus, la sérologie de la cysticercose n'était pas réalisée dans notre hôpital, du fait de notre plateau technique limité.

Ces 6 observations montrent que les larves cysticerques peuvent se disséminer à tout le tégument. Le retard à la consultation peut expliquer cette diffusion qui peut exposer les malades aux complications graves, telles que l'atteinte neurologique (les crises convulsives et les céphalées) et cardiaque. L'intervalle entre l'apparition des nodules sous-cutanés et les signes neurologiques était variable. EPÉLBOIN L *et al.* (4) ont rapporté chez leur patient un intervalle d'une semaine entre l'apparition des nodules et les crises convulsives, alors que AVODE *et al.* (2) et NIAMBA *et al.* (11) ont noté respectivement 5 ans et 3 ans. Chez notre 2^e patient, cet intervalle était d'un an; la constatation des nodules était concomitante des crises convulsives chez le 3^e, et des céphalées chez un autre (cas N°4); l'atteinte concomitante, cutanée et cérébrale, est exceptionnellement rapportée. En effet, les nodules peuvent siéger au niveau du tissu sous-cutané, du muscle, du système nerveux et de l'œil. Une localisation musculaire cardiaque a été décrite (10). L'absence de complications neurologiques, cliniquement, chez nos 3 patients (cas N°1, 5 et 6) n'exclut pas l'existence de kystes dans le cerveau, dans la mesure où

Tableau I.

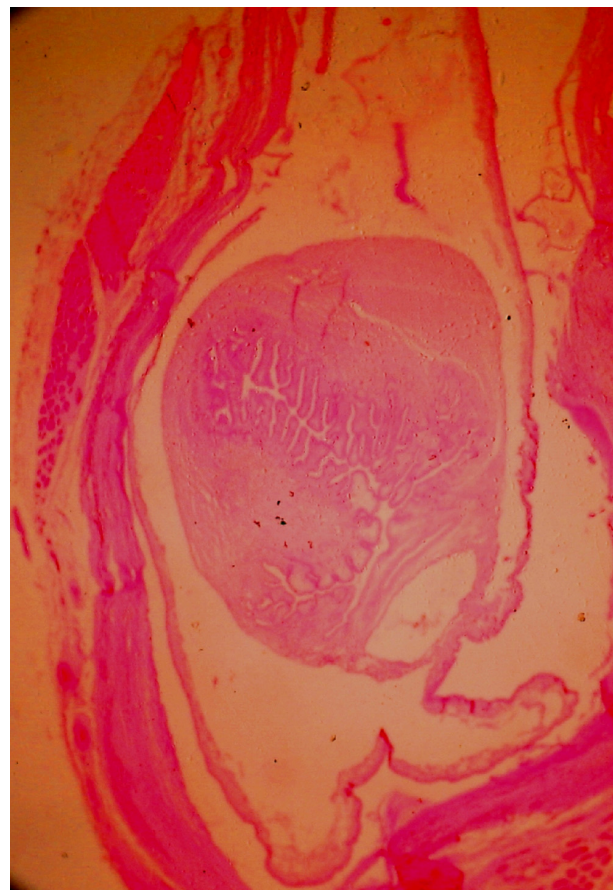
Caractéristiques des 6 cas de cysticercose sous-cutanée généralisée. Features of the 6 cases of disseminated subcutaneous cysticercosis.								
cas	âge (ans)	sexe	durée d'évolution	intervalle entre le début des lésions et les signes neurologiques	siège des lésions sous-cutanées	nombre de nodules sous-cutanés	complications neurologiques cliniques	hémogramme (éosinophilie sanguine)
n°1	25	M	1 an et 6 mois	non applicable	disséminé sur tout le tégument	98	aucune	450 cellules par millilitre
n°2	57	M	1 an et 6 mois	1 an	cou, gril costal, bras, membres inférieurs	100	perte de connaissance, crises convulsives	425 cellules par millilitre
n°3	48	M	3 ans	concomitant	visage, cou, tronc, membres	900	crises convulsives	995 cellules par millilitre
n°4	30	M	3 mois	concomitant	cou, thorax, bras, cuisse	90	céphalées chroniques	475 cellules par millilitre
n°5	40	F	1 an	non applicable	cou, tronc, membres	400	aucune	350 cellules par millilitre
n°6	35	M	2 ans	non applicable	membres supérieurs, tronc	80	aucune	425 cellules par millilitre

nous n'avons pas pu réaliser l'imagerie médicale; en effet, la cysticercose cérébrale peut rester longtemps latente et se révèle généralement des années après l'apparition des kystes parasitaires dans le cerveau, suite à la mort et à la calcification du cysticerque, le plus souvent par une crise convulsive ou parfois par un syndrome d'hypertension intracrânienne ou par une hydrocéphalie aiguë (2, 4). Dans notre 4^e cas, les nodules étaient douloureux; cette douleur n'a jamais été mentionnée par les autres auteurs (3, 7, 9, 11). Les nodules sous-cutanés sont en général indolores.

Sur le plan paraclinique, l'hyperéosinophilie (995/mm³) notée chez le patient présentant les crises convulsives était également rapportée par NIAMBA *et al.* (11) ainsi que AVODE *et al.* (2). L'hyperéosinophilie n'est pas toujours présente, comme le témoignent nos 5 autres cas et celui de EPÉLBOIN *et al.* (4). La numération formule sanguine était normale chez

Photo 2.

Image histologique du kyste de cysticercose cutanée.
Histological aspect of the cutaneous cysticercosis cyst.



les 5 autres patients. Les 4 patients dont les selles avaient subi un examen parasitologique étaient tous porteurs d'autres parasites, ce qui pose le problème de l'hygiène déficiente de nos populations qui, si elle était maîtrisée, réduirait l'incidence des parasitoses dans nos régions. Aucun œuf ou adulte de taenia n'a été observé dans les selles; en effet, l'examen parasitologique des selles n'est contributif que dans 25 % des cas (4, 11).

En ce qui concernait le traitement, nous avons choisi l'albendazole dont nous disposions, qui était plus facile à utiliser et d'un prix très abordable pour nos populations défavorisées. PROAÑO JV *et al.* (12) ont montré que l'albendazole était le traitement de choix de la neurocysticercose, bien que le praziquantel puisse être aussi utilisé; ALLA P *et al.* (1) et MEHTA SS *et al.* (8) ont utilisé également l'albendazole dans le traitement de la neurocysticercose, qui peut être une complication de la cysticercose sous-cutanée (14). Le traitement par l'albendazole n'est cependant pas dénué de toute innocuité; il peut aggraver les signes neurologiques du fait d'une réaction paradoxale provoquée par la lyse des parasites et peut même démasquer leur localisation cérébrale (4, 5, 6). Une hospitalisation est nécessaire en début de traitement. Dans notre série, nous n'avons pas observé une telle réaction. Devant tout nodule sous-cutané dans les pays d'endémicité, le diagnostic de cysticercose doit être évoqué et une biopsie-éxérèse d'un nodule pratiquée pour établir le diagnostic.

Conclusion

La cysticercose sous-cutanée est une affection fréquente dans notre pays. Le diagnostic doit être évoqué devant tout nodule cutané, afin de prévenir la dissémination qui peut être la source de complications graves telles les atteintes neurologiques ou oculaires.

Références bibliographiques

1. ALLA P, CARLI P, PARIS JF & CHAGNON A – Efficacité des cures séquentielles prolongées d'albendazole et de praziquantel dans une neurocysticercose récidivante. *Med Trop*, 1996, **56**, 308.
2. AVODÉ DG, BOUTEILLE B, AVIMADJÉ M & ADJEN C – Epilepsie, hypertension intracrânienne, syndrome confusionnel et cysticercoses cutanées. A propos d'un cas observé en milieu hospitalier au Bénin. *Bull Soc Pathol Exot*, 1994, **87**, 186-188.
3. DEL GIUDICE P, BERNARD E, PERRIN C., MARTY P, LE FICHOUX Y *et al.* – Cysticercose sous-cutanée. *Ann Dermatol Vénérol*, 1996, **123**, 474-477.
4. EPELBOIN L, KLEMENT E, CHEMALI N, DANIS M, BRICAIRE E & CAUMES E – Neurocysticercose compliquant le traitement d'une cysticercose cutanée chez un voyageur. *Bull Soc Pathol Exot*, 2004, **97**, 250-252.
5. GARCIA H H, EVANS CA, NASH TE, TAKAYANAGUI OM, WHITE AC *et al.* – Current consensus guidelines for treatment of neurocysticercosis. *Clin Microbiol Rev*, 2002, **15**, 747-756.
6. GARG RK – Medical management of Neurocysticercosis. *Neurol India*, 2001, **49**, 329-337.
7. HALIOUA B, MALKIN JE, FEUILLHADE DE CHAUVIN M, PATEY O & PICARD-DAHAN C – Cestodoses. In: *Dermatologie infectieuse*. Paris, Masson, 1997, 288 pp.
8. MEHTA SS, HATFIELD S, JESSEN L & VOGEL D – Albendazole versus praziquantel for neurocysticercosis. *Am J Health Syst Pharm*, 1998, **55**, 598-600.
9. MIURA H, ITOH Y & KOZUKA T – A case of subcutaneous cysticercosis. *J Am Acad Dermatol*, 2000, **43**, 538-540.
10. NIAKARA A, CISSE R, TRAORE A, NIAMBA P A, BARRO F & KABORE J – Localisation myocardique d'une cysticercose disséminée : diagnostic échocardiographique d'un cas. *Arch Mal Cœur Vaiss*, 2002, **95**, 606-608.
11. NIAMBA P, FAYE O, TRAORE A, BARRO-TRAORE F & GAULIER A – Nodules cutanés de cysticercose. *Presse Méd*, 2006, **35**, 435-436.
12. PROAÑO JV, MADRAZO I, GARCÍA L, GARCÍA-TORRES E, CORREA D – Albendazole and praziquantel treatment in neurocysticercosis of the fourth ventricle. *J Neurosurg*, 1997, **87**, 29-33.
13. SAKANDE B, TRAORE SS, KABORE J, OUATTATRA T & SOUDRE BR – Human parasitoses in Burkina Faso. Histopathologic approach. *Bull Soc Pathol Exot*, 1998, **91**, 217-220.
14. UTHIDA-TANAKA AM, SAMPAIO MCA, NEVES FERREIRA VELHO PE, DAMASCENO BP, CINTRA ML *et al.* – Subcutaneous and cerebral cysticercosis. *J Am Acad Dermatol*, 2004, **50**, 14-17.