

Toxocarose oculaire atypique chez un enfant : à propos d'un cas

I.Belarbi, C.Nahi, K.Mouaddine, B.Chkirate

Unité de rhumatologie pédiatrique, Service Pédiatrie IV, Hôpital des Enfants de Rabat

INTRODUCTION

La toxocarose oculaire est une affection rare, prédominante chez les enfants et les jeunes adolescents. C'est une parasitose liée à l'infection des tissus oculaires par la larve d'un nématode de la famille des Ascaridés, responsable du syndrome de larva migrans viscéral. Cette pathologie transmise par les animaux est le plus souvent rencontrée chez les jeunes enfants. Ils existent trois formes cliniques principales : la pan uvéite, le granulome postérieur et le granulome périphérique. Le diagnostic de certitude repose sur l'étude immunologique des liquides intraoculaires.

Nous rapportons un cas de toxocarose oculaire chez un enfant séropositif pour cette helminthiase, colligé à l'unité de rhumatologie pédiatrique du service PIV de l'hôpital des enfants de Rabat.

OBSERVATION

Il s'agit d'un enfant âgé de 11 ans, vivant au milieu rural, adressé pour une baisse de l'acuité visuelle depuis 1 an non améliorée par une correction optique, avec à l'examen une petite diffusion vasculaire périphérique faisant craindre un début un décollement séreux de la rétine objectivé à l'OCT.

Le diagnostic a été retenu devant une notion de contact avec les chiens et une sérologie positive. Sur le prélèvement d'humeur aqueuse, la recherche par réaction de polymérisation en chaîne de l'ADN de toxoplasmose était positive, ainsi que la présence des anticorps anti-toxocara canis : Ac anti-p24, Ac anti-28, Ac anti-30, Ac anti-35.

Un traitement médical repose sur la corticothérapie proposée sous forme de bolus initialement puis relayée par voie orale, tout en insistant sur le traitement adjuvant et le régime sans sel et sans sucre, associé à un traitement antiparasitaire : Albendazole 400mg/jour pendant deux semaines.

L'évolution a été marquée par une amélioration du tableau clinique.

DISCUSSION

La toxocarose oculaire est une infection rare, unilatérale dans 90 % des cas. Elle se manifeste cliniquement chez l'enfant par une pars planite, une uvéite postérieure avec un foyer chorioretinien du pôle postérieur associé à des tractions vitréo-rétiniennes et/ou un granulome périphérique.

La positivité de la sérologie plasmatique et/ou des prélèvements oculaires confirme le diagnostic.

Le traitement est d'abord préventif en évitant la recontamination, par la pratique d'un déparasitage systématique tri-annuel des chiens et chats familiaux, le lavage des mains après contact avec le sol, proscription de tout léchage de l'enfant par l'animal, désinfection de tout lieu souillé par les déjections canines, cuisson suffisante des abats.

Le traitement à visée curative sera guidé par l'acuité visuelle, la sévérité de l'inflammation et la nature réversible ou non de l'atteinte oculaire. Le traitement médical comporte deux volets, l'administration d'un antiparasitaire spécifique en l'occurrence le thiabendazole en raison de sa diffusion intraoculaire, et le recours à une corticothérapie systémique qui permet à forte dose d'atténuer la réaction inflammatoire vitréenne qui est souvent dense. Les atteintes oculaires sévères nécessitent une association de traitement corticoïde agressif et d'Albendazole (800mg/j pour les adultes et 400 mg/j pour les enfants) pendant 2 à 4 semaines. Le traitement chirurgical garde certaines indications notamment la vitrectomie par la pars plana en cas de chirurgie du décollement de rétine ou pour pelage de membrane épitréinienne. Dans d'autres cas la vitrectomie est motivée par la persistance de condensations vitréennes pouvant contenir des résidus granulomateux.

Conclusion

La toxocarose oculaire ne doit pas être écartée en l'absence de tableau clinique typique, et la séropositivité permet la confirmation du diagnostic devant la suspicion clinique. Le traitement repose sur la prévention et l'association antiparasitaire-corticothérapie.

REFERENCES

1. Luty T. Prevalence of species of toxocara in dogs, cats and red foxes from Poznan & region, Poland. J Helminthol. 2001 Jun;75(2):153-6. [PubMed] [Google Scholar]
2. Degouy A, Menat C, Aubin F, Piarroux R, Woronoff-Lemsi MC, Humbert P. La toxocarose. Presse Med. 2001;30(39-40):1933-8. [PubMed] [Google Scholar]
3. Wilder HC. Nematode endophthalmitis. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol. 1951;55:99-109. [PubMed] [Google Scholar]
4. Ashton N. Larva granulomatosis of retina due to toxocara canis. Br J Ophthalmol. 1960 Mar;44(3):129-148. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
5. G. Rubinsky-Elefant et al. Human toxocarosis: diagnosis, worldwide seroprevalences and clinical expression of the systemic and ocular forms Ann Trop Med Parasitol(2010)