

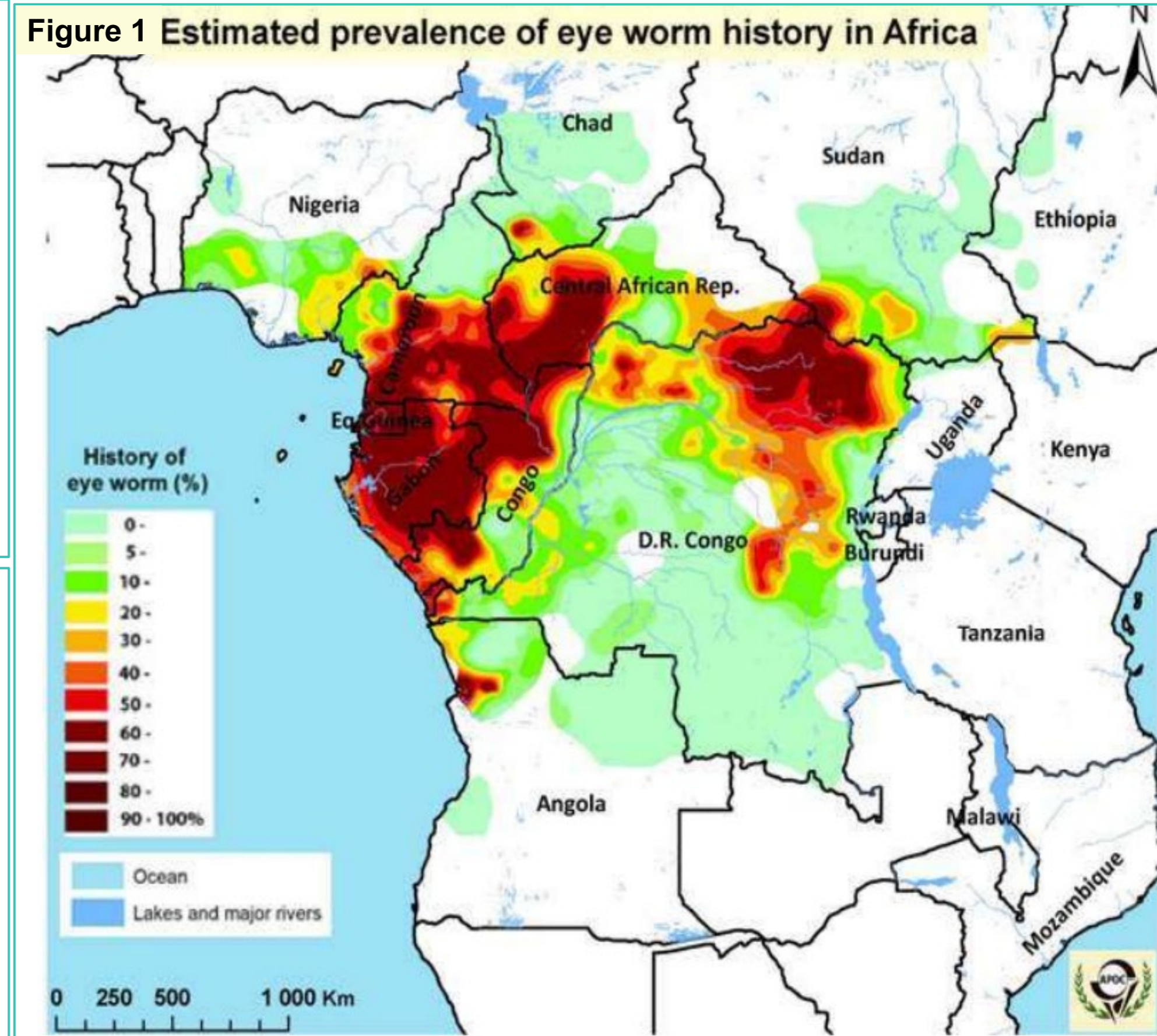
Un cas d'œdème de Calabar sans éosinophilie associée

X.JANNOT (1); V. GERBER (2) ; X.HALLYNCK (2), T.WILLAUME (3); P.MERTZ (1)

(1) Service de Rhumatologie, Hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France
 (2) Service de maladies infectieuses et tropicales, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg, FRANCE
 (3) Service de Radiologie, Hôpital de Hautepierre, Strasbourg, France

Introduction :

La loase est une infection par un nématode filaire à *Loa loa*.
 Transmission via la morsure d'une mouche du genre *Chrysops*.
 Le principal foyer d'endémie se situe dans les forêts équatoriales d'Afrique occidentale et orientale (carte ci-contre [1]).
 Formes classiques associent prurit, oedème de Calabar et atteintes ophtalmologiques avec la visualisation possible du filaire dans l'oeil du patient.
 L'infection à *Loa loa* est associée à une hausse de la mortalité [2].

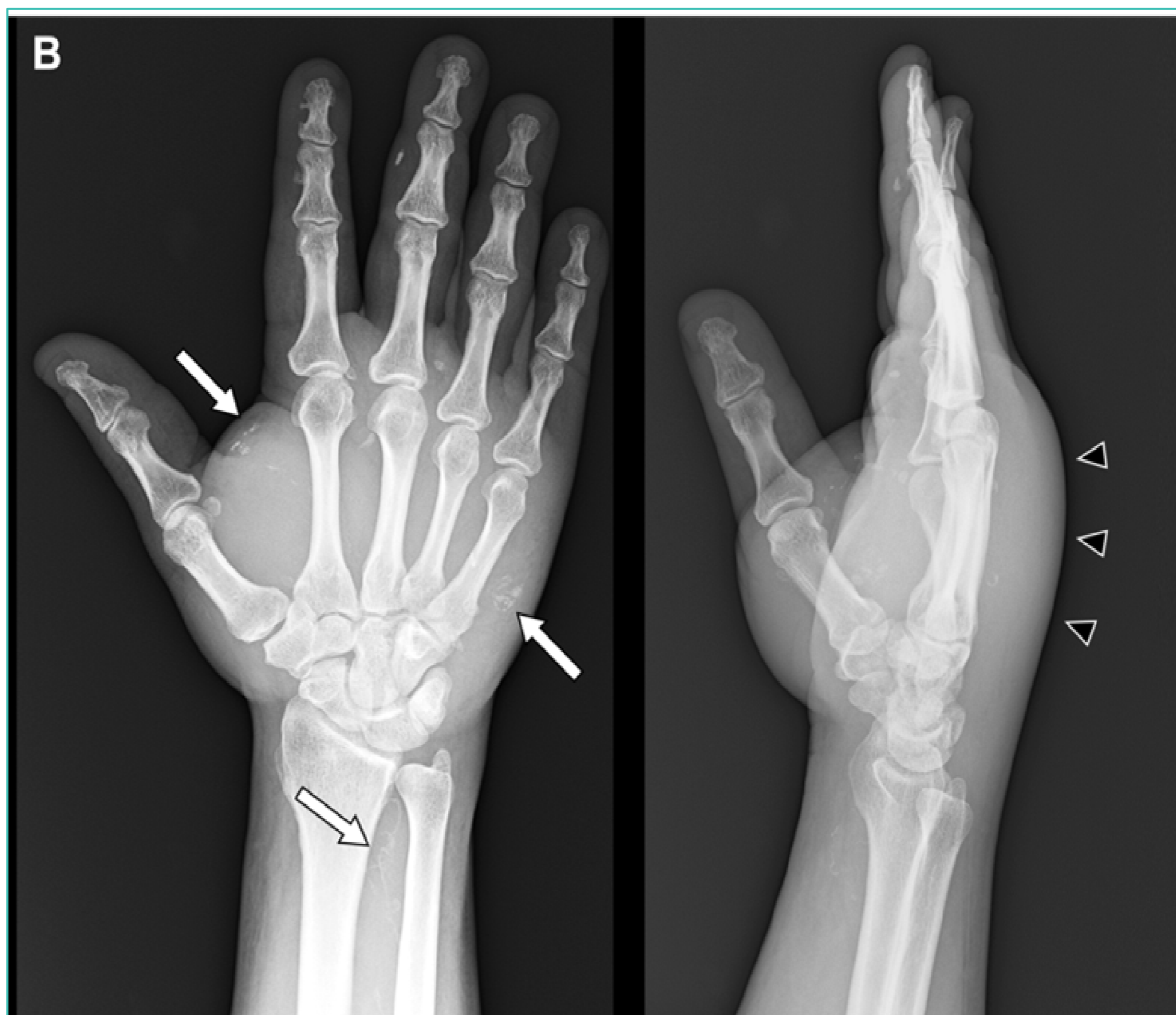


Observation en janvier 2023 au CHU de Strasbourg :

Patient de 42 ans sans antécédent.
 Arrivé en provenance du Cameroun en 2022 (transit par le Nigeria, le Niger, l'Algérie, la Tunisie et l'Italie).
 Consulte à SOS main pour gêne et oedème unilatéral de l'avant bras et jusqu'à la main droite. Un épisode similaire 2 ans auparavant, spontanément résolutif. Adressé en rhumatologie pour suspicion de polyarthrite.

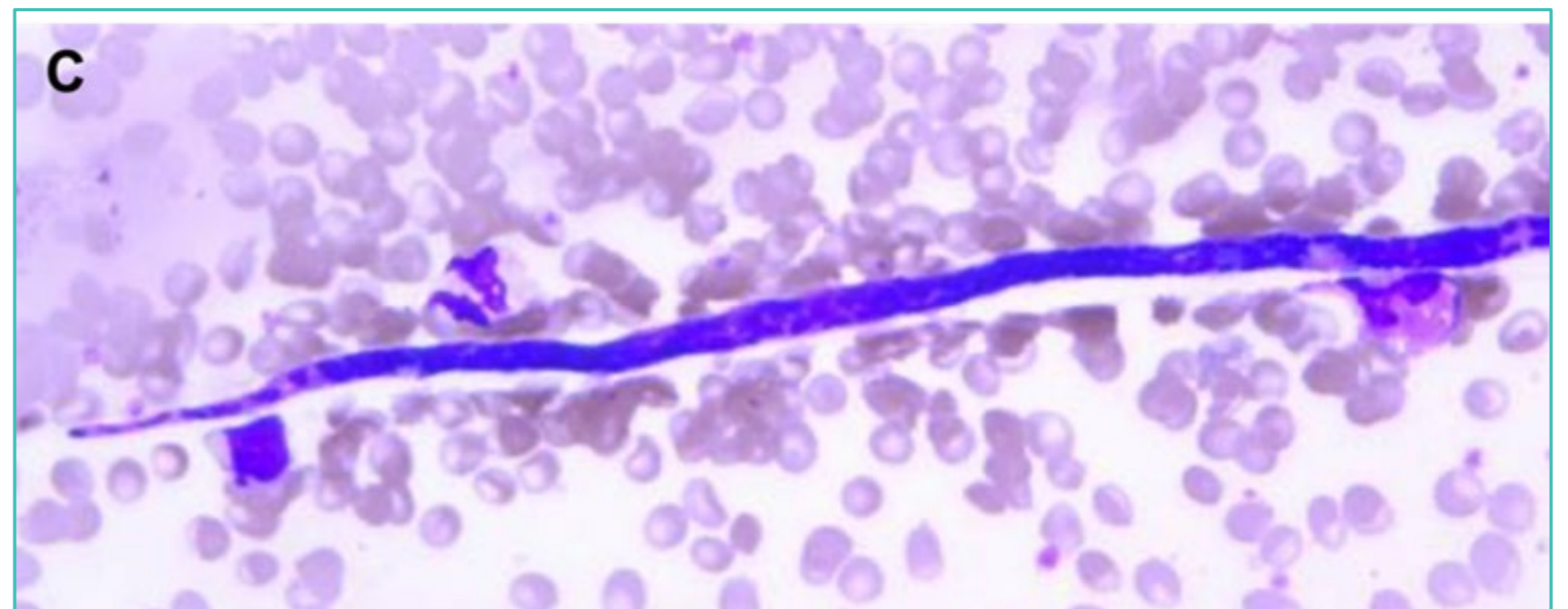


Cliniquement oedème sous cutané sans synovite (images A). Reste de l'examen sans particularité.
 Radiographies : calcifications sous cutanées sans atteinte articulaire (images B).
 Biologie : NFS normale, pas d'hyperéosinophilie, CRP 11.2mg/L, biochimie normale.
 Microbiologie : recherche de microfilaires dans le sang à 13h00 : *Loa loa* positive à 1213mf/mL (image C).



Traitement : 21 jours de diethylcarbazine graduellement augmenté jusqu'à 3mg/kg/j soit 400mg/j avec bonne tolérance.

Suivi à M2 et M6, guérison sans récurrence, microfilarémie indétectable.



Images A, B et C.
 A : vue dorsale, latérale et palmaire de l'oedème de Calabar; B : radiographies face et profil main droite; C : *Loa loa* en microscopie.

Discussion :

Dans notre cas, l'hypothèse d'une loase a été évoquée devant l'oedème sous cutané, les calcifications à la radiographies et l'origine géographique du patient. Nous avons été surpris de l'absence d'hyperéosinophilie au bilan d'admission. La recherche de microfilaires dans le sang est tout de même revenue nettement positive permettant de poser le diagnostic.
 Une revue de la littérature a permis de réaliser la figure ci-dessous, représentant les différents phénotypes clinico-biologiques de patient atteints de loase.

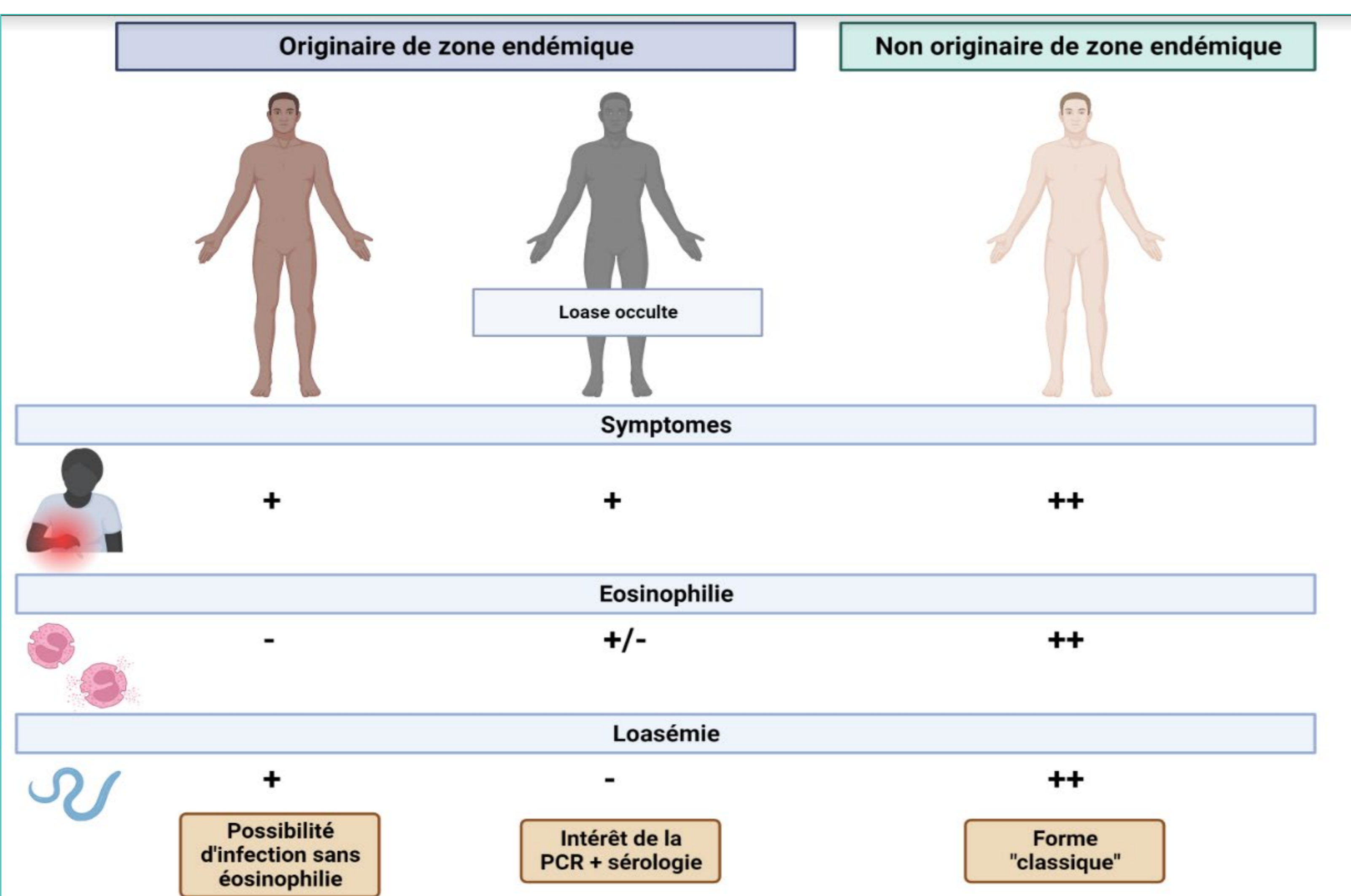


Figure 2. Représentation des différents phénotypes clinico-biologiques de patient atteint de loase (2-6).

Conclusion et take home message :
L'Oedème de Calabar peut mimer une polyarthrite et doit être suspecté chez les voyageurs en provenance de zones d'endémie même en l'absence d'hyperéosinophilie !

Références :
 1. HAS 2018, Actualisation de la nomenclature des actes de biologie médicale pour le diagnostic et le suivi des filarioses
 2. Chesnais CB, Takougang I, Paguété M, Pion SD, Boussinesq M. Excess mortality associated with loiasis: a retrospective population-based cohort study. Lancet Infect Dis. 2017 Jan;17(1):108-116. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30405-4. Epub 2016 Oct 21. PMID: 27777031.
 3. Bouchaud O, Matheron S, Loarec A, Dupouy Camet J, Bourée P, Godineau N, et al. Imported loiasis in France: a retrospective analysis of 167 cases with comparison between sub-Saharan and non sub-Saharan African patients. BMC Infect Dis 2020;20:63.
 4. Herrick JA, Metenou S, Makiya MA, Taylor-Williams CA, Law MA, Klion AD, et al. Eosinophil-associated processes underlie differences in clinical presentation of loiasis between temporary residents and those indigenous to Loa-endemic areas. Clin Infect Dis 2015;60:55-63.
 5. Gerber V, Greigert V, Pfaff A, Jaennel J, Marteau A, Argy N, Candolfi E, Abou-Bacar A, Brunet J. Imported occult loiasis: diagnostic algorithm proposal for a difficult diagnosis. J Travel Med. 2022 Nov 4;29(7):taab178. doi: 10.1093/jtm/taab178. PMID: 35032386.
 6. Jannot X, Gerber V, Hallynck X, Willaume T, Mertz P. Clinical images: Calabar swelling mimicking polyarthrits, Oxford Rheumatology. A paraître.