



NEUROCYSTICERCOSIS: Cause exceptionnelle des céphalées chroniques

DIV-002

M.El Marbough, H.Tibar, H.Naciri, A.Benomar et W.Regragui
Service de Neurologie B et de neurogénétique, HSR
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohamed V de Rabat



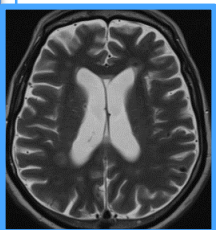
DIVERS

➤ INTRODUCTION

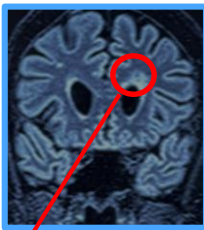
- La **neurocysticercose** (NCC) est la principale parasitose affectant le système nerveux central (SNC), courante dans les pays en développement, elle est transmise par l'ingestion de larves de *Taenia solium* (TS).(1)
- Les symptômes cliniques varient considérablement.
- Nous décrivons un cas de NCC diagnostiqué après un bilan de céphalées chroniques à la suite d'une méningoencéphalite fébrile.

➤ DESCRIPTION DU CAS

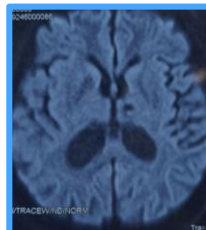
- Il s'agit d'un patient de 53 ans, **agriculteur**, habitant à la campagne, ayant une notion de **contact avec des sangliers**.
- Son histoire de maladie remonte à 6 mois avant son admission où il a été admis en réanimation pour une **méningoencéphalite (ME) fébrile** avec amélioration clinique sous traitement non spécifique.
- Le patient a gardé des **céphalées progressives** diffuses d'intensité modérée rebelles au traitement avec amaigrissement. Par ailleurs, les examens neurologique, ophtalmologique et somatique furent normaux.
- Une IRM cérébrale objectiva de multiples lésions arrondies cortico-sous corticales et des thalami en Hyposignal T2, FLAIR et DWI et en Asignal SWI avec **Dot-sign** pathognomoniques du diagnostic de NCC.



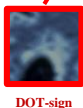
Séquence T2: lésions en hyposignal entouré d'un cédème péri-lésionnel en hypersignal



Séquence Flair coronal: lésion hypointense avec un nodule central hyperintense = Dot sign



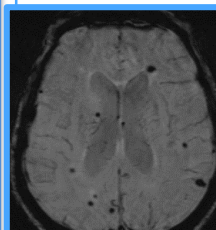
Séquence DWI: lésion nodulaire hypointense thalamique gauche



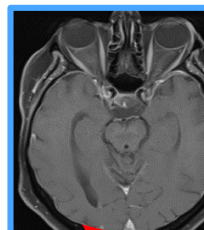
DOT-sign



DOT-sign



Séquence SWI: lésions nodulaires en asignal SWI



GADO: PDC d'une seule lésion occipitale para-sagittale droite



Séquence Mag : lésions avec Dot-sign et certaines lésions calcifiées

- LCR: analyse cyto bactériologique et biochimique normale;
- PCR BK et multiplexe dans LCR: négatives.
- Sérologie: VIH, VHB, VHC, toxoplasmose négatifs
- Le bilan était complété par la sérologie *T.solium* ELISA qui était négative, ce qui n'exclut pas le diagnostic de NCC.
- L'examen ophtalmologique avec fond d'œil et radiographie des parties molles à la recherche de localisation extra-neurologique étaient négatifs.
- Le patient fut mis sous Albendazole et corticothérapie pendant 14 jours.
- Evolution: disparition des céphalées avec normalisation du CRP et disparition de la prise de contraste sur l'imagerie de contrôle.

➤ DISCUSSION

- Nous rapportons l'observation d'un patient dont des **céphalées chroniques** dans les suites d'une **ME fébrile** avaient révélé un **neurocysticercose**.
- La NCC est considérée comme la 1^{ère} parasitose du SNC. Secondaire à l'ingestion de larves de cysticerques, soit par **contamination exogène** (légumes ou crudités souillées), soit par **contamination endogène** par auto-infestation chez un patient porteur de *T. solium*.(1)
- Une contamination exogène était soulevée chez notre patient, étant agriculteur, habitant à la campagne avec notion de contact avec des sangliers et des voisins consommateurs de ce dernier.
- La symptomatologie clinique dépend du nombre de larves ingérées, de leur localisation et de la réaction immunitaire de l'hôte. En cas de NCC, les larves peuvent siéger dans le **parenchyme cérébral**, dans les **ventricules**, dans l'**espace sous-arachnoïdien** et dans la **moelle**.(3)
- La **forme parenchymateuse** peut se manifester par des **céphalées**, **crises convulsives**, un syndrome d'**HTIC** et parfois des tableaux de **ME**.(3)
- Les éléments du diagnostic sont variables, mais comprennent, l'**anamnèse**, la **présentation clinique**, l'**aspect à l'imagerie**, la recherche d'**autres localisations**, les **sérologies** dont la négativité, comme chez notre patient, n'élimine en rien le diagnostic.(1)(2)
- L'**IRM** permettrait d'évoquer le diagnostic de NCC devant des images typiques hypointenses bien limitées comportant des nodules hyperintenses dans le kyste et correspondant au **scolex (DOT-sign)**.(2)
- Le traitement de la NCC isolée s'appuie sur la classification physiopathologique en formes actives, transitionnelles et inactives. Il comporte, en premier choix, une administration d'**albendazole** à 15 mg/kg par jour pendant 8-15 jours. Le traitement adjuvant comprend un **corticothérapie** à base de prednisone 1mg/kg par jour.(4)
- Le **pronostic** NCC parenchymateuse est principalement influencé par le **nombre de lésions** et l'étendue de l'**inflammation**. (2) Notre patient a un bon pronostic vue qu'il présente une charge lésionnelle modérée et l'absence d'une réaction inflammatoire importante ainsi que la bonne réponse au traitement antihelminthique.

➤ CONCLUSION

- La NCC, généralement rare au pays musulmans, présente la parasitose la plus fréquente du SNC dans le monde.
- Le diagnostic est difficile et dépend de la neuro-imagerie et la visualisation du scolex qui est un critère diagnostique majeur.
- la prise en charge est également difficile et dépend de la localisation, le nombre et le stade d'évolution des lésions.

➤ RÉFÉRENCES

- (1) García H.H. Nash T.E. Del Brutto O.H. Clinical symptoms, diagnosis, and treatment of neurocysticercosis. *Lancet Neurol*. 2014; 13: 1202-1215
- (2) Butala C, Brook TM, Majekodunni AO and Welburn SC (2021) Neurocysticercosis: Current Perspectives on Diagnosis and Management. *Front. Vet. Sci.* 8:615703.
- (3) Kraft R. Cysticercosis: an emerging parasitic disease. *Am Fam Physician* 2007;76:91-96.
- (4) Garcia H. H. (2018). Neurocysticercosis. *Neurologic clinics*, 36(4), 851-864.