

Le baiser qui tue : *la maladie de Chagas*

François Melançon, MD

Le cas de Louise

Louise, très impliquée dans sa paroisse, se présente à votre bureau pour un gonflement important de sa paupière gauche. Elle revient d'un voyage humanitaire en Amérique Centrale, au cours duquel elle a aidé à bâtir une école dans un petit village de la jungle. Il n'y avait pas d'hôtel et elle est demeurée « chez l'habitant », dans une maison au toit de chaume.

En plus du gonflement important de sa paupière, Louise est légèrement fébrile et présente une lymphadénopathie généralisée et une hépatosplénomégalie. Malgré tout, elle se sent relativement bien.

Il y a quelques jours, elle s'est présentée à la salle d'urgence et a reçu des antihistaminiques pour ce que le médecin de l'urgence croyait être une réaction grave à une piqûre d'insecte. Comme il n'y a aucune amélioration de sa paupière, elle vient vous voir.

De quoi souffre Louise? Comment la traitez-vous?



Le **Dr Melançon** est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est récemment revenu à ses premières amours, la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.

La maladie de Chagas : quand l'exotisme frappe à nos portes!

Le mode de transmission

Décrite pour la première fois en 1911, la trypanosomiase américaine ou maladie de Chagas est transmise par des insectes hématophages appelés « insectes du baiser » en raison de leur tendance à piquer le visage des victimes pendant leur sommeil. Ce sont de gros insectes de 2 à 3 cm, qui vivent dans les crevasses des murs des huttes construites en adobe d'Amérique centrale et du Sud.

Les signes cliniques de l'infection

La maladie de Chagas est causée par le protozoaire flagellé *Trypanosoma cruzi* et affecte des millions de personnes dans le monde. La primo-infection est généralement asymptomatique, quoique les patients peuvent se présenter avec des symptômes graves (il y a 5 % de décès en phase aiguë secondaires à des défaillances cardiaques et à des méningo-encéphalites). On voit assez souvent des patients aux prises avec ce qui ressemble à un état grip-pal : de la température, une hépatosplénomégalie et une lymphadénopathie, des symptômes qui rentrent spontanément dans l'ordre après un à deux mois.

Fréquemment, la maladie de Chagas produit des symptômes tardifs dans les systèmes digestif et cardiaque. Elle est d'ailleurs la cause primaire de défaillance cardiaque congestive en Amérique latine. Chez les bébés et les jeunes enfants, *Trypanosoma cruzi* semble avoir une prédilection pour le système nerveux central, et le taux de mortalité est beaucoup plus élevé dans ce groupe d'âge. Souvent, en phase aiguë, les jeunes enfants présentent aussi un épis-taxis.

La physiopathologie

La phase aiguë

Dans la phase aiguë de la maladie, on croit que le parasite détruit les cellules hôte. Devant une réactivité croisée d'anticorps monoclonaux entre *T. Cruzi* et le tissu nerveux de mammifères, certains ont postulé une réaction inflammatoire à la réponse auto-immune aux antigènes du parasite. De fait, le corps réagit initialement en produisant une réaction inflammatoire aiguë et on note un gonflement nodulaire (le chagome) au site de la morsure de l'insecte. Lorsque le chagome se trouve près de l'œil, on parle du signe de Romana (photo 1). Cette zone est pleine de macrophages supportés par des éosinophiles, des lymphocytes et des neutrophiles polymorphonucléaires. Le parasite est ensuite transmis via le système lymphatique aux ganglions nerveux régionaux. Le parasite utilise les cellules inflammatoires pour se reproduire : l'ingestion du parasite par les histiocytes les transforme en amastigotes, une forme sous laquelle les parasites peuvent se multiplier, quel que soit l'endroit du corps où ils se trouvent. Une fois la multiplication locale terminée, les parasites se transforment en trypomastigotes et, par dissémination hémotogène, se transportent partout dans le corps.

L'infection par *T. Cruzi* se présente de façon très variable : beaucoup d'infections initiales sont asymptomatiques, quoiqu'on puisse observer, à l'occasion, des destructions graves des tissus. Cependant, quelle que soit la gravité initiale de l'infection, chaque fois le parasite réussit à infecter l'hôte et forme des pseudokystes, chacun contenant des centaines de milliers d'amastigotes. À moins d'un traitement précoce agressif, les parasites survivront toute la vie de leur hôte.



Photo 1. Exemple du signe de Romana, source : <http://www.un.org/radio/photo/chagas.gif>

La phase chronique

La phase chronique de la maladie n'est pas une période dormante : progressivement, les ganglions nerveux sont détruits et l'atteinte des organes cibles variera en fonction de leur résistance à la dénervation.

L'infection par T. Cruzi se présente de façon très variable : beaucoup d'infections initiales sont asymptomatiques (...).

Les types d'atteintes

L'atteinte cardiaque

Au début de la phase chronique, le cœur est de taille normale ou présente seulement une très légère cardiomégalie. Plus tard (de 15 à 30 ans après la primo-infection), la cardiomégalie devient massive avec une dilatation particulièrement importante de l'oreillette droite. Dans plus de 50 % des cas, on remarque un anévrysme à l'apex du ventricule gauche. Cet anévrysme représente le signe pathognomonique de la maladie cardiaque de Chagas. Il y a fréquemment une fibrillation auriculaire avec des thromboses murales dans les deux oreillettes et le ventricule gauche. Le risque d'embolie cérébrale, pulmonaire, à la rate et aux reins est très élevé. La branche droite du système de His-Purkinje est particulièrement affectée, et les blocs de branche sont fréquents.

L'atteinte digestive

Dans cette atteinte, la maladie de Chagas affecte surtout l'œsophage et le côlon. L'atteinte parasitaire détruit progressivement les plexus de Meissner (sous-muqueux) et d'Auerbach (myentériques). Cette atteinte du système nerveux autonome entraîne une dysfonction importante du péristaltisme, allant jusqu'à l'arrêt du transit digestif et la dilatation massive de l'œsophage et de l'intestin. L'atteinte œsophagienne se manifeste par de la dysphagie, la dyspepsie et

Numéro d'enregistrement : PM40063348
Adresse de retour : **Le Clinicien**
955, boul. Saint-Jean, bureau 306
Pointe-Claire (Québec) H9R 5K3

le hoquet, et l'atteinte intestinale se présente initialement avec de la constipation (une selle aux 10 jours).

L'atteinte neurologique

Quelques patients présenteront une atteinte neurologique affectant autant le système central que périphérique ou autonome. On pourra constater de la parésie, une atteinte cérébelleuse avec de l'ataxie, des convulsions ou des polynévrites, etc.; les présentations sont multiples.

Le diagnostic de la maladie de Chagas

Tout d'abord, avec l'intérêt grandissant pour le tourisme « extrême » et pour les implications sociales internationales de plusieurs Canadiens, il est essentiel d'obtenir une histoire du voyage fait par le patient : où, à quel moment et dans quelles conditions d'hygiène le voyage s'est-il déroulé? Tout patient revenant d'Amérique centrale ou du Sud avec un gonflement unilatéral du visage devrait être testé pour *T. Cruzi*. Toute personne originaire d'Amérique centrale ou du Sud, ou qui y a résidé antérieurement devrait aussi passer un dépistage s'il y a présence de dysphagie, de constipation grave, d'insuffisance cardiaque, d'arythmie ou de cardiomégalie.

Le diagnostic se pose habituellement à l'aide d'un test sérologique (laboratoire du Centre national de référence en parasitologie [CNRP] de l'Hôpital général de Montréal), quoique dans les premières six à huit semaines, en phase aiguë, il est possible de voir les micro-organismes par un examen microscopique du sang ou avec un frottis de Giemsa.

Le traitement

On utilise le nifurtimox et le benznidazole, deux médicaments qui ont malheureusement beaucoup d'effets secondaires. Ces médicaments devraient être l'apanage des infectiologues qu'on devrait d'ailleurs toujours consulter lorsque l'on suspecte une maladie de Chagas.

Conclusion du cas de Louise

En raison de son voyage récent en Amérique centrale et devant ce que vous avez reconnu être un signe de Romana, vous appelez l'infectiologue qui accepte de rencontrer la patiente le jour même. Un examen microscopique confirme la présence de parasites et un traitement est immédiatement débuté. Grâce à votre diagnostic précoce, Louise guérira de sa maladie de Chagas.

Le traitement n'est malheureusement efficace que dans la phase aiguë de la maladie. Pour l'instant, on ne peut offrir aux patients découverts en phase chronique qu'un traitement symptomatique, quoique les nouveaux antifongiques triazolés semblent être prometteurs.

La prévention


La prévention demeure la pierre angulaire du traitement. Localement, elle inclut :

- l'amélioration des logements;
- le contrôle des vecteurs par l'utilisation d'insecticides pyréthroïdes.

À l'échelle continentale, elle devrait comprendre :

- le dépistage systématique des dons sanguins. En Amérique centrale et du Sud, le dépistage a permis de retrancher de 10 % le nombre de nouveaux cas. En raison de la grande population latino-américaine aux États-Unis, un programme de détection systématique des dons sanguins existe chez nos voisins du Sud depuis décembre 2006. Aucun programme semblable n'existe au Canada. La détection et le traitement des cas en phase aiguë préviennent la kyrielle de complications de la maladie et évitent les transmissions verticales de la mère à l'enfant.

Pour les voyageurs, elle se traduit par :

- l'évitement des logements insalubres;
- l'utilisation d'insecticides efficaces;
- la connaissance des signes aigus de la maladie. Surtout, ne prenez pas pour acquis que vos patients consulteront nécessairement les cliniques du voyageur! 

Références disponibles — contactez
Le Clinicien à : clinicien@sta.ca