

Responsabilité d'une infestation par *Giardia* dans l'asthme et l'urticaire

A propos d'une observation

A. AUFIERO, A. CATANZARO, P. PATRUNO *

RÉSUMÉ

Les auteurs décrivent le cas clinique d'un malade hospitalisé pour crises asthmatiques épisodiques et urticaire sur le tronc, survenues depuis seulement quelques semaines. Les recherches exécutées dans l'hypothèse d'une étiopathogénie allergique, mettaient en évidence une éosinophilie sanguine marquée, un net accroissement du taux sérique d'IgE tandis qu'elles excluaient la responsabilité d'allergènes inhalés ou alimentaires. La positivité de l'examen parasitologique des selles pour kystes de *Giardia*, invitait à soumettre le malade à un traitement par le métronidazole qui conduisait en quelques semaines à la complète disparition des symptômes.

SUMMARY

***Giardia* infestation: responsibility for asthma and urticaria. A clinical case report.** — The authors describe the case of a man having suffered from asthma and urticaria, for a few weeks only. The clinical researches showed a marked eosinophilia (20 %), a high IgE level, whereas it excluded food and inhaled allergens responsibility. The discovery of *Giardia*'s cysts in the stools induced to begin the treatment with metronidazole, obtaining the resolution of the symptomatology.

Giardia intestinalis est un protozoaire multi-flagellé qui parasite le duodénum et le jéjunum de l'espèce humaine: en ce cas, il se multiplie par fission longitudinale, tandis que la transformation en forme kystique se fait durant le passage dans le colon. L'infestation par *Giardia* est trois fois plus fréquente chez les enfants.

L'homme contracte la maladie en ingérant boisons ou aliments contaminés de kystes de *Giardia*, ou bien au contact de porteurs non symptomatiques: les kystes, en effet, représentent la forme infectante du parasite. Le diagnostic clinique est toujours très difficile en l'absence de cadre clinique particulier.

La possibilité que des infestations parasitaires, spécialement par ascaris et oxyures, puissent à côté des symptômes intestinaux, être responsables d'urticaire et d'asthme bronchique, est connue depuis longtemps. La revue de la littérature sur l'infestation par *Giardia* nous a confirmé la possi-

bilité d'apparition d'urticaire et même d'asthme bronchique [4, 5, 6, 7, 8, 9]. L'association rare de telles infestations avec l'asthme bronchique fait l'intérêt du cas clinique ici présenté.

OBSERVATION

B.E., 44 ans, de sexe masculin, ouvrier de profession, vient consulter pour la persistance de crises d'asthme d'apparition épisodique et d'urticaire, intensément purigineuse, localisée sur le tronc.

Le début de la symptomatologie remontait à quelques mois et alors il fut hospitalisé dans un service de pneumologie, où il fut soumis à un traitement par bronchodilatateurs et cortisone, à la suite d'une enquête allergologique négative.

Après quelques semaines, il sortit de l'hôpital avec le diagnostic d'asthme bronchique intrinsèque et un traitement à domicile d'aminophylline et cortisone. A l'arrêt de cette thérapie se produisit une réapparition de crises asthmatiques et d'urticaire, toujours localisée sur le tronc. Notre examen clinique relevait sur l'ensemble du thorax, sifflement et rhonchus expiratoires, tandis qu'une toux

* Division de Bronchopneumologie et Allergologie respiratoire, Hôpital de Réhabilitation E.-Morelli, Sondalo, Italie.

Tirés à part: Dr A. Aufiero, Division de Bronchopneumologie et Allergologie respiratoire, Hôpital de Réhabilitation E.-Morelli, via Zubiani, 33, 23039 SONDALO (SO), Italie.

Reçu le 25 février 1986. Accepté le 2 mars 1986.

AUFIERO A., CATANZARO A., PATRUNO P. — Responsabilité d'une infestation par *Giardia* dans l'asthme et l'urticaire. A propos d'une observation. *Rev. fr. Allergol.*, 1986, 26 (n° 2), 77-78.

insistante, peu productive, abattait le malade, qui accusait en outre une démangeaison sur le tronc, avec la présence, en cet endroit d'urticaire.

Nous avons commencé le traitement symptomatique avec des crèmes à la cortisone, théophylline à libération contrôlée, à la dose de 300 mg toutes les 12 heures et nous avons repris l'enquête pneumo-allergique. Après quelques jours, ce traitement réussissait à contrôler complètement la symptomatologie cutanée et respiratoire.

Le malade fut soumis à une radiographie du thorax en deux projections standard, à un examen spirométrique avec tests pharmacodynamiques, aux examens hématochimiques, y compris, PRIST et RAST aux acariens, poussière de maison, moisissures, pollens de graminées, plantaginacées, armoise, pariétaire et aliments.

La radiographie du thorax excluait la présence d'infiltrats. L'examen spirométrique indiquait un dommage fonctionnel obstructif de gravité moyenne, qui ne bénéficiait pas des bronchomédications communes ; parmi les examens hématochimiques, on constatait une éosinophilie importante (20 %), un PRIST à 633 KU/l et la négativité des RAST.

Les prick tests aux pneumallergènes pérennes et saisonniers, ainsi que ceux aux aliments comprenant œuf, lait, blé, gluten, arachides, kiwi, céleri, persil, maïs, seigle, riz, caséine, restaient négatifs.

Frappés par l'éosinophilie marquée et la valeur élevée de l'IgE, tandis que les taux sériques des autres classes d'immunoglobuline étaient normaux, et malgré l'absence absolue de symptômes abdominaux, nous soumettons les selles du malade à un examen parasitologique qui met en évidence la présence de nombreux kystes de *Giardia*. Le traitement par le métronidazole fut alors entrepris à la dose de 250 mg toutes les 8 heures durant 10 jours. Au cours du traitement, nous observâmes la réduction graduelle et progressive de l'éosinophilie (de 20 à 8 p. cent), ainsi que l'amélioration du tableau fonctionnel respiratoire.

Suite à la négativation de l'examen parasitologique des selles, nous suspendîmes le traitement symptomatique par cortisone et théophylline, et il ne se produisit pas de récurrence de l'asthme ni de l'urticaire dans les deux semaines suivantes.

Le malade fut de ce fait autorisé à sortir de l'hôpital, asymptomatique et sans aucun traitement.

Les contrôles successifs auxquels il fut soumis périodiquement au cours des six mois suivants, nous permirent de vérifier l'absence de récurrence ; la formule leucocytaire s'était parfaitement normalisée et la valeur du PRIST était de 120 KU/l, six mois après le traitement avec métronidazole.

COMMENTAIRES

Les caractères cliniques les plus significatifs, chez notre malade, sont d'une part les crises d'asthme, l'urticaire, l'éosinophilie marquée, le taux élevé des IgE sériques et d'autre part, la négativité des tests allergologiques courants, aussi bien cutanés que radio-immunologiques. L'association d'asthme et d'éosinophilie supérieure à 15 p. cent, nous a placés devant un diagnostic différentiel complexe, sachant qu'un tel cadre clinique peut être déterminé par des réactions aux médicaments, par l'aspergillose bronchopulmonaire allergique, la vascularite nécrosante (syndrome de Churg et Strauss), la pneumonie chronique éosinophilique et enfin une parasitose [1].

Il a été prouvé que certains antigènes parasitaires ont la capacité de potentialiser la réponse d'IgE. Chez l'homme, une part infime de l'IgE est dirigée contre les antigènes parasitaires et la majeure partie est spécifique de constituants bactériens, d'aliments ou même de constituants cellulaires du patient lui-même après altération par l'infestation [2, 3, 10]. La libération des médiateurs chimiques, qui se produit en conséquence des réactions médiées par les IgE, peut être responsable de l'apparition, dans le cas de notre patient et des parasitoses en général, d'urticaire et de crises asthmatiques et, potentiellement, de choc anaphylactique.

REFERENCES

1. Bendelac A., Pujade-Lauraine M.D., Leynadier F. — Les asthmes Hyper-éosinophiliques. *Rev. Méd. (Paris)*, 1983, 23-24, 1053-1067.
2. Capron A. — Specific IgE antibodies in immune adherence of normal macrophages to *S. mansoni* schistosomules. *Nature*, 1975, 253, 474.
3. Darrington K.J., Bennich H.H. — Structure-function relationships in human immunoglobulins. *Immunol. Rev.*, 1978, 41, 3.
4. Gillon J., André C., Descos L., Minaire Y., Fargier M.C. — Changes in mucosal immunoglobulin-containing cells in patients with giardiasis before and after treatment. *J. Infect.*, 1982, 5, 57-72.
5. Hamrick H.J., Moore G.W. — Giardiasis causing urticaria in a child. *Am. J. Dis. Child.*, 1983, 137, 761-763.
6. Kayhan B., Telatar H., Karacadag S. — Bronchial asthma associated with intestinal parasites. *Am. J. Gastro-enterol.*, 1978, 69, 605-606.
7. Lopez-Brea M., Sainz T., Camarero C., Baquero M. — Giardia-Lambliia associated with bronchial asthma and serum antibodies and chronic diarrhoea in a child with giardiasis. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1979, 73, 600.
8. Veronesi S. et coll. — Urticaria and giardiasis. *Dermatologica*, 1983, 166, 42-43.
9. Visvesvara G.S. — Giardiasis in children (editorial). *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 1982, 1, 463-465.
10. Weiss N., Sturchler D., Dietrich F.M. — Radioallergosorbent and indirect fluorescent antibody tests in immunodiagnosis of Schistosomiasis. *Lancet*, 1978, 9, 1231.