

La sangsue : une cause inhabituelle de détresse respiratoire grave chez l'adulte

Leech: an Unusual Cause of Severe Respiratory Distress in Adults

T. Joulali · A. Derkaoui · A. Shimi · M. Khatouf

Reçu le 17 juin 2014; accepté le 24 juillet 2014
© SRLF et Springer-Verlag France 2014

À l'éditeur,

La dyspnée laryngée est un motif rare de consultation aux urgences et l'inhalation de corps étranger fait partie des premiers diagnostics à évoquer, surtout chez l'enfant. Nous rapportons l'observation d'un jeune adulte se présentant aux urgences pour détresse respiratoire causée par l'inhalation d'une sangsue.

Il s'agissait d'un homme de 36 ans, habitant en zone rurale, sans antécédents notables, admis aux urgences pour dyspnée laryngée d'installation brutale. Il était conscient, tachycarde à 105 battements par minute, polypnéique à 28 cycles par minute avec une dyspnée aux deux temps respiratoires associée à un tirage sus-sternale et une SpO₂ à 92 % en air ambiant. L'examen de l'oropharynx par l'abaisse-langue et la laryngoscopie indirecte objectivaient la présence d'une muqueuse inflammatoire sans lésions visibles. Le patient recevait une nébulisation de bronchodilatateurs et un bolus de corticoïdes. La radiographie du thorax était normale et le bilan biologique et infectieux sans particularités. L'évolution était marquée par une stabilisation clinique avec normalisation des paramètres vitaux et gazométriques permettant le retour au domicile et un suivi en consultation d'otorhinolaryngologie. Vingt-quatre heures plus tard, le patient était réadmis aux urgences dans un tableau de détresse respiratoire avec une polypnée à 36 cycles par minute, sueurs profuses, difficultés à parler, SpO₂ à 54 % en air ambiant et cyanose péribuccale ne répondant ni à la nébulisation par bêta-2-mimétiques ni à la ventilation non invasive, d'où la décision d'intubation, permettant à la laryngoscopie directe de découvrir une sangsue accrochée aux deux cordes vocales empêchant leur ouverture. La prise en charge consistait alors en une extraction délicate de la sangsue par une pince longue avec crochets sous laryngoscopie

directe rigide (Fig. 1). Le patient était intubé après l'extraction puis rapidement extubé. L'évolution était favorable sous inhalation d'hexamidine et de lidocaïne hydrochloride. L'origine de l'infestation était attribuée soit à une baignade en rivière soit à la consommation d'eau de puits.

La sangsue est un ver hermaphrodite appartenant à la classe des hirudinés [1]. Il en existe plus de 700 espèces et celles qui attaquent l'homme peuvent être divisées en deux classes : les sangsues de terre qui se lient à la peau par leurs mâchoires puissantes, et les sangsues aquatiques qui vivent en eau douce et ne peuvent se fixer qu'aux tissus mous du corps humain grâce à leurs ventouses. Les sangsues aquatiques sont presque ubiquitaires et vivent principalement dans les marais des zones tropicales. Elles ont un pouvoir de liaison développé reposant sur leurs mâchoires et leurs ventouses présentes sur les 102 anneaux qui les constituent. Cet accrochage à l'hôte est renforcé par des sécrétions salivaires jouant un rôle aussi bien d'anesthésique local que d'anticoagulant et d'antiagrégant plaquettaire induisant une déperdition sanguine pouvant être responsable d'anémie parfois très sévère [2].



Fig. 1 Sangsue

T. Joulali (✉) · A. Derkaoui · A. Shimi · M. Khatouf
Département de réanimation-anesthésie, CHU Hassan II de Fès,
route sidi Hrazem, BP 1835, Atlas, Fès, Maroc
e-mail : toufik.joulali@gmail.com

L'infestation se fait surtout en été et se voit essentiellement à la suite d'une baignade en eau douce ou d'une consommation d'eau non traitée de source ou de puits [1–4]. Elle touche les hommes plus que les femmes, avec un sex-ratio de 3 H/1 F, les enfants plus que les adultes et atteint surtout les personnes de niveau socio-économique bas. Le tableau clinique est variable et non spécifique, directement lié à la localisation de la sangsue, dans la majorité des cas aérodigestive. Ainsi, il a été rapporté le cas d'un enfant traité pendant un mois pour asthme avant découverte de la sangsue [3] et dans la littérature, une multitude de symptômes ont été rapportés, allant de la dysphagie, de la dysphonie ou de l'anémie chronique à des tableaux plus dramatiques. Dans notre observation, la localisation de la sangsue au niveau des deux cordes vocales était responsable d'un véritable syndrome asphyxique.

L'endoscopie est l'examen clé pour confirmer le diagnostic et le traitement repose sur l'extraction instrumentale de la sangsue. Cette extraction n'est pas toujours aisée, d'une part du fait de sa localisation, d'autre part du fait de son pouvoir de liaison important. Le traitement comporte, par la suite, antiseptiques et antalgiques locaux ainsi que le traitement de l'anémie, présente dans près de la moitié des cas [1–4].

En conclusion, l'infestation par la sangsue reste relativement fréquente dans les pays sous-développés. Son diagnostic peut être évident lorsque la sangsue est visualisée. Dans le cas contraire, le patient peut être traité à tort, vu les nombreux diagnostics différentiels, mettant alors parfois en jeu le pronostic vital.

Liens d'intérêts T. Joulali, A. Derkaoui, A. Shimi et M. Khatouf déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Şengül E, Bakır S, Şengül CA, Erdur O (2012) An unusual cause of epistaxis, anemia and upper respiratory tract obstruction, Leeches: Report of three cases. *JCEI* 3:401–3
2. Amara B, Aakka M, Elhord S et al (2006) An unusual cause of hemoptysis: a leech. *Rev Pneumol Clin* 62:252–4
3. Mohammad Y, Rostum M, Dubaybo BA (2002) Laryngeal hirudiniasis: an usual cause of airway obstruction and hemoptysis. *Pediatr Pulmonol* 33:224–6
4. El Koraichi A, Ghannam A, Mekaoui N, et al (2011) Une cause rare de détresse respiratoire chez l'enfant : la sangsue. *Press Med* 40:660–1