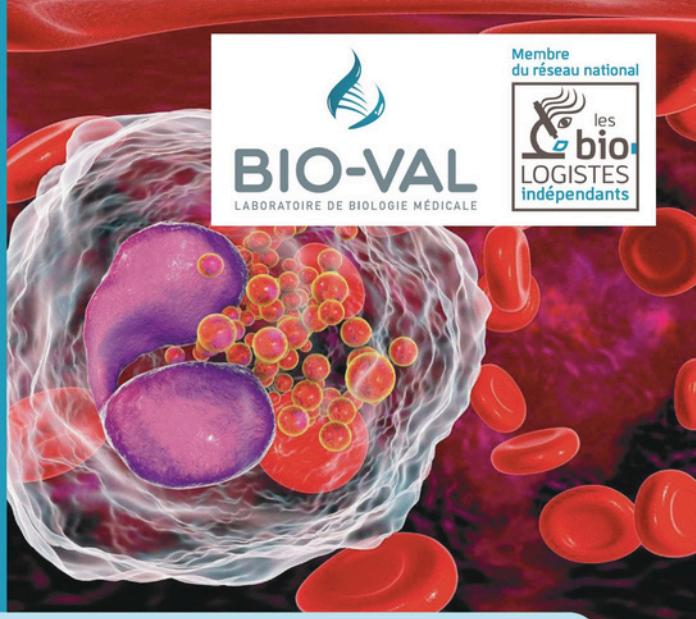
Informations prescripteurs

Lettre Info n°48

ÉOSINOPHILIE



DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

→ Ne jamais négliger une Hyperéosinophilie, même asymptomatique.

→ Ne pas envisager (initialement) le diagnostic d'atopie si les éosinophiles sont > 1.5 G/L.

STADES

HYPERÉOSINOPHILIE MODÉRÉE	=	Éosinophile (Eo) > 0.5 G/L
HYPERÉOSINOPHILIE	=	Éosinophiles > 1.5 G/L contrôlée deux fois à un mois d'intervalle
SYNDROME D'HYPERÉOSINOPHILIE	=	Hyperéosinophilie + une atteinte d'organe

PHYSIOPATHOLOGIE

L'hyperéosinophilie est responsable d'une cytotoxicité, il entraine des dysfonctions d'organe (cœur, poumon, tube digestif, peau, système nerveux central) et des thromboses.

REMARQUE :
Il n'existe pas de relation entre l'importance de l'hyperéosinophilie et le retentissement sur les organes.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : EN FONCTION DE L'EXAMEN CLINIQUE

EN RÈGLE GÉNÉRALE

Eo < 0.9 G/L	→	Atopie, parasitose, asthme
Eo > 0.9 G/L	→	Chercher une autre cause

1. MÉDICAMENTS

AINS, allopurinol, ATB, AVK = causes fréquentes,
contrôler à distance après l'arrêt du médicament

Enquête médicamenteuse minutieuse + réaliser une exploration hépatique ASAT, ALAT, GGT
(il faut éliminer un DRESS syndrome)

2. PARASITES À PHASE TISSULAIRE

PARASITES À RECHERCHER AU RETOUR D'UN SÉJOUR TROPICAL

- Filariose* sérologie en première intention
- Bilharziose*, ***
- Anguillulose*
- Ankylostomiase**

PARASITES AUTOCHTONES

Eo < 1 G/L :

- Oxyure (Scotch test anal)
- Tænia**
- Hydatidose*

Eo > 1 G/L :

- Toxocarose* (souvent asymptomatique)
- Trichinose* (si consommation gibier)
- Distomatose*, ** (si symptomatique)
- Anisakiase (consommateurs de poissons crus, par explo digestive)

Examens diagnostiques : * Sérologie, ** Parasitologie des selles, *** Recherche urinaire

→ **Il ne faut pas hésiter à faire une recherche sérologique large**

3. HÉMOPATHIE (LYMPHOME T, HODGKIN)

Intérêt de l'orientation clinique et de la symptomatologie
(Prurit + Hyperéosinophilie chez le sujet jeune : penser à la maladie de Hodgkin
Lésion cutanée : penser au lymphome T ...)
Recours à l'imagerie, biopsie...

4. INFECTION À VIH OU HTLV

5. LES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

6. LA MALADIE AUTO-IMMUNE

Maladie de Wegener : Rhume, sinusite, signes respiratoires, puis AEG, sueurs, arthralgies, att rénale et pulmonaire, (dosage ANCA, Créatinine, protéinurie)

Syndrome de Churg et Strauss : Asthme, AEG, Fièvre, Eo>1.5g/L, (dosage ANCA)

À savoir :

Si la recherche étiologique est négative, il faut penser au syndrome d'hyperéosinophilie et demander un avis hématologique. Bilan conseillé de première intention avant consultation hématologique :

→ **B12, dosage de la trypase, IgE totale, Electrophorèse des protéines sériques, LDH**

• **Causes possibles :** Néoplasie myéloide, lymphoïde, Syndrome Hyperéosinophilie, mastocytose, syndrome myéloïdysplasique

• Afin d'évaluer le retentissement d'une Hyperéosinophilie chronique (> 1.5 G/L et > 6 mois) sans diagnostique : **réaliser une consultation cardiaque**