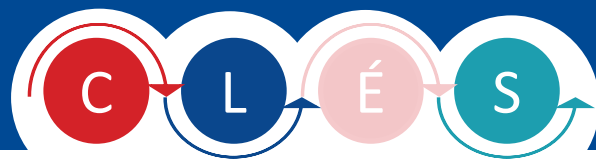




# LES



# DU DIAGNOSTIC

**CIBLER** les signes

**LIER** les éléments entre eux

**Éliminer** (diagnostic différentiel)

**STATUER** sur le diagnostic définitif

## Eosinophilie ou hyperéosinophilie

Eosinophiles entre 500 et 1500/mm<sup>3</sup> --> éosinophilie

Atopie ?

OUI

NON

Pas d'autre exploration dans un premier temps (sauf point d'appel autre évident)

**Enquête infectieuse et parasitaire (selon anamnèse/point d'appel clinique):**

- Oxyurose, taenia, gale, hydatidose, echinococose alvéolaire, anisakiase

Débuter un traitement antiparasitaire ciblé ou d'épreuve (ex: Albendazole ou flubendazole)  
Les autres étiologies plus rares comportent notamment la maladie d'Addison ou l'infection par le VIH.

**HE >1500/mm<sup>3</sup> persistante sans point d'appel clinique, un bilan d'orientation doit être réalisé**

- Contrôle de la NFS
- Ionogramme sanguin, créatinine
- Bilan hépatique complet
- LDH, CPK
- Calcémie, phosphorémie
- Troponine, BNP
- Electrophorèse des protéines plasmatiques
- CRP
- Sérologie VIH
- Sérologie toxocarose
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- Tryptase sérique
- Vitamine B12
- IgE totales

NB : Les autres examens (y compris morphologiques, endoscopiques et biopsiques) seront orientés par le contexte (ex : biopsie cutanée en cas d'atteinte cutanée, recherche d'ANCA et sérologie aspergillaire en cas d'asthme, anticorps anti-CCP en cas de polyarthrite inflammatoire...)

Surveillance clinique / biologique

Hyperéosinophilie et/ou point d'appel clinique

Eosinophilie persistante asymptomatique

Absence de réponse au traitement antiparasitaire

Eosinophiles >1500/mm<sup>3</sup> --> Hyperéosinophilie (HE)

**Faire une enquête médicamenteuse (surtout si l'HE est d'apparition récente) :**

- Ancienneté de l'HE et lien temporel avec l'introduction du médicament (2-8 semaines)

**Cibler l'enquête infectieuse et parasitaire en priorité sur (selon anamnèse/point d'appel clinique) :**

- Toxocarose, filariose, ascarirose, anguillulose

Débuter un traitement antiparasitaire orienté qui pourra comporter en fonction du terrain et des zones d'endémie parasitaires où a séjourné le patient, l'une ou l'ensemble des molécules suivantes : ivermectine, praziquantel et albendazole

Absence de réponse au traitement antiparasitaire

Élévation de la CRP

Néoplasie solide, lymphome, vascularite, thrombose

Au moindre doute, demander un avis spécialisé. Centres ressources disponibles sur [www.cerec.fr](http://www.cerec.fr)

Élévation de la tryptase basale

Mastocytose ou HE/SHE clonal(e)

Ces éléments (rouges) sont des éléments d'orientation qui font plus spécifiquement évoquer des diagnostics devant conduire à un bilan étiologique un peu plus élargi que celui de l'encadré bleu

Élévation de la B12 et/ou tryptase et/ou autre anomalie de la NFS et/ou corticorésistance de l'éosinophilie

Eosinophilie clonale

Hypergammaglobulinémie polyclonale

Maladie à Ig4, lymphome angio-immunoblastique ou infection parasitaire chronique

Références: PNDs hyperéosinophilie et syndromes hyperéosinophiliques