

ITEM N°100 : PARASITOSE DIGESTIVES : LAMBLIASE, TAENIASIS, ASCARIDIOSE, OXYUROSE, AMOEBOSE, HYDATIDOSE VOIR COMMENTAIRE

OBJECTIFS

- I. Diagnostiquer les principales parasitoses digestives.
- II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER L'OXYUROSE

- **Agent causal** : *Enterobius vermicularis* (Helminthe, nématode, ver rond), ~1 cm de long
- **Physiopathologie** :
 - o migration nocturne de la femelle au niveau de la marge anale et ponte des œufs ;
 - o contamination humaine par ingestion des œufs ;
 - o auto-infestation fréquente.
- **Epidémiologie** : cosmopolite, toujours présente en France métropolitaine, fréquente chez les enfants en collectivité (crèche ++).

1. DIAGNOSTIQUER

1.1 SIGNES CLINIQUES

- Infection a ou pauci-symptomatique : prurit anal vespéral et nocturne, vulvovaginite chez la petite fille (parfois responsables de troubles du sommeil).

1.2 DIAGNOSTIC

- Hyperéosinophilie inconstante.
- Vers adultes dans les selles ou sur la marge anale.
- Œufs au Scotch test.

2. ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE et PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

- Traitement toujours indiqué.
- Traitement synchrone de l'individu et de la famille.
- Changement et lavage systématiques des habits et du linge.
- Tous les antihelminthiques peuvent être utilisés notamment l'albendazole (**Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2008**).
- Ne pas oublier une 2^e cure 1 à 2 semaines après et la section courte + brossage des ongles.
- Contrôle par examen parasitologique à distance du traitement.

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER L'ASCARIDIOSE

- **Agent causal** : *Ascaris lumbricoides* (helminthe, nématode, ver rond), ~20 cm de long.
- **Physiopathologie** :
 - o contamination humaine par ingestion d'eau ou d'aliments souillés ;
 - o migration tissulaire des larves ;
 - o rare en France métropolitaine, fréquente dans les pays en développement.

1. DIAGNOSTIQUER

1.1 SIGNES CLINIQUES

- Lors de la primo-invasion : signes de la lignée « allergique » parfois ; syndrome de Loeffler rare
- A la phase d'état : asymptomatique ++ ou troubles digestifs non spécifiques. possible rejet spontané (selles, vomissements) de vers adultes.

- Complications mécaniques (charge parasitaire importante): angiocholite, appendicite, perforation, occlusion.

1.2 DIAGNOSTIC

- Hyperéosinophilie inconstante (peut être élevée dans la phase d'invasion).
- Œufs à l'examen parasitologique des selles.

2. ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE et PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

- Traitement toujours indiqué. La plupart des anti-helminthiques sont actifs notamment l'albendazole. (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2008).
- Contrôle par examen parasitologique à distance du traitement.

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN TENIASIS

- **Agent causal** : *Taenia saginata*, *Taenia solium* (Plathelminthe segmenté), plusieurs mètres de long
- **Physiopathologie**
 - o Tête ou scolex fixée au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle.
 - o Anneaux dont les derniers se détachent et libèrent les œufs dans le milieu extérieur.
 - o Contamination humaine par ingestion de viande parasitée mal cuite ou crue (bœuf : *T. saginata*, encore présente en France métropolitaine, porc : *T. solium*, cas importés de pays à risque → consommation de viande de porc mal contrôlée).
 - o La cysticerose (*T. solium*) est dû à l'enkystement de larve dans les tissus (surtout muscles, oeil et cerveau) à partir d'ingestion directe d'œufs (péril fécal).

1. DIAGNOSTIQUER

1.1 SIGNES CLINIQUES

- Téniasse adulte : souvent asymptomatique ; parfois troubles digestifs non spécifiques : douleurs abdominales, nausées, troubles de l'appétit.
- Cysticerose : rare mais possiblement grave si kystes cérébraux (convulsions, déficit,...).

1.2 DIAGNOSTIC

- Eosinophilie modérée.
- Anneaux, œufs dans les selles.
- Pour la cysticerose : épidémiologie, imagerie cérébrale, calcifications musculaires, sérologie (positivité inconstante).

2. ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE et PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

- Traitement toujours indiqué (albendazole ou praziquantel), parfois en plusieurs cures ; doses élevées de praziquantel ou d'albendazole si cysticerose.
(Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2008)
- Contrôle par examen parasitologique à distance du traitement.

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE LAMBLIASE (GIARDIOSE)

- **Agent causal** : *Giardia duodenalis*, ex *Giardia lamblia* ou *intestinalis* (protozoaire flagellé de 10 à 20 μ de long).
- **Physiopathologie** :
 - o formes végétatives très mobiles, se multipliant par scissiparité à la surface de la muqueuse duodéno-jéjunale ;
 - o formes enkystées ;

- élimination dans le milieu extérieur ;
- contamination indirecte par l'alimentation ou l'eau, ou directe par les mains souillées ;
- cosmopolite, assez répandue en France surtout chez les enfants (crèches), dans les collectivités, chez les homosexuels mais plus fréquente en régions tropicales.

1. DIAGNOSTIQUER

1.1 SIGNES CLINIQUES

- Le plus souvent asymptomatique sinon dyspepsie banale.

1.2 DIAGNOSTIC

- Formes végétatives mobiles à l'examen direct des selles ou du liquide duodéal.

2. ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE et PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

- Traitement par métronidazole ou dérivés avec 2 cures à 15 jours d'intervalle. (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2008)
- Contrôle par examen parasitologique à distance du traitement

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE AMŒBOSE (AMIBIASE)

- **Agent causal** : *Entamoeba histolytica* var *histolytica* : protozoaire pathogène, hématophage, toujours extracellulaire.
- **Physiopathologie**
 - Formes enkystées résistantes.
 - Cycle saprophyte : amœbose infestation.
 - Cycle pathogène : amœbose maladie.
 - Maladie féco-orale, sous 2 formes distinctes : amœbose intestinale et amœbose tissulaire (hépatique ++).
 - Période d'incubation variable (en règle < 9 mois).
 - Il n'est pas possible à l'examen microscopique direct de différencier *E. dispar* (non pathogène) de *E. histolytica*.
- **Epidémiologie**
 - Transmission indirecte féco-orale par l'eau et les aliments ou manuportée.
 - Cosmopolite, elle est endémique dans les régions chaudes et humides.
 - Pathologie de retour des voyages +++.

1. DIAGNOSTIC

1.1 DIAGNOSTIC POSITIF

1.1.1 Clinique

1.1.1.1 Amœbose infestation

- Asymptomatique.

1.1.1.2 Amœbose intestinale

- Forme aiguë ou dysentérie amibienne, sans fièvre,
- Forme subaiguë ou atténuée : diarrhée plus modérée.
- Guérison rapide et complète sous traitement.
- **Complications possibles** : forme suraiguë ou colite nécrosante maligne, amœbome, amœbose extra-intestinale tissulaire par passage dans la circulation mésentérique.

1.1.2 Examens complémentaires

- Examens parasitologiques des selles fraîchement émises (3 examens espacés de quelques jours).
- Sérologie très inconstamment positive et de peu d'intérêt dans cette forme.
- Rectoscopie :
 - ulcérations en coup d'angle, abcès en bouton de chemise.

1.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose devant un syndrome dysentérique ou une diarrhée invasive

- Autre syndrome dysentérique parasitaire.
- Syndromes dysentériques d'origine bactérienne (souvent fébriles).
- Autres colites non-infectieuses.

2. SAVOIR TRAITER UNE AMŒBOSE INTESTINALE

2.1 TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Eviter les ralentisseurs du transit (lopéramide).

2.2 TRAITEMENT ANTI-PARASITAIRE (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2008)

Il existe deux catégories d'amœbicides : les amœbicides tissulaires et les amœbicides de contact.

2.2.1 Amœbicides tissulaires

- Diffusent au sein des parenchymes et détruisent les *Entamoeba histolytica var histolytica in situ*.
- Métronidazole et dérivés. (Cf. Chap. 5.19, E. Pilly 2008).

2.2.2 Amœbicides de contact

- Non absorbés au niveau de l'intestin.
- N'agissent que sur *Entamoeba histolytica var minuta* et sur les kystes.

2.2.3 Indications

- **Amœbose infestation** : amœbicide de contact : hydroxyquinoléine (Intétrix®) 2 gélules x 2 pendant 10 jours.
- **Amœbose intestinale aiguë** : amœbicide tissulaire, puis amœbicide de contact.
- **Contrôle par examen parasitologique à distance du traitement.**

2.3 TRAITEMENT PREVENTIF

- **Prophylaxie collective**
- **Prophylaxie individuelle** : boire de l'eau en bouteille, éviter les crudités, peler les fruits, lavage des mains.

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE AMŒBOSE HEPATIQUE

- **La plus fréquente des localisations extra-intestinales, toujours consécutive à une atteinte colique.**

1. DIAGNOSTIC

1.1 DIAGNOSTIC POSITIF

1.1.1 Clinique

- Fièvre.
- Hépatomégalie douloureuse fébrile).

1.1.2 Examens complémentaires

- **Examens biologiques**
 - o Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles importante et élévation franche de la VS.
- **Examens parasitologiques**
 - o Le plus souvent négatifs dans les selles ou l'abcès (recherche d'antigène possible).
- **Sérologie**
 - o Fortement positive en règle mais des faux négatifs sont possibles.
- **Imagerie**
 - o Radiographie du thorax.
 - o Echographie hépatique.
 - o TDM.

1.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose devant un tableau d'abcès hépatique ou d'hépatomégalie fébrile et douloureuse.

2. SAVOIR TRAITER UNE AMŒBOSE HÉPATIQUE

2.1 TRAITEMENT CURATIF (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2008)

- Amœbicide tissulaire (une cure suffit le plus souvent),
- Plus ou moins drainage radiologique de l'abcès (selon volume ou localisation de l'abcès, ou pour éliminer un abcès à pyogènes).
- Puis une à plusieurs cures d'amœbicide de contact pour éviter les rechutes (hydroxyquinoléine).
- L'image écho ou scanographique persiste longtemps après traitement.
- Contrôle par examen parasitologique à distance du traitement.

2.2 TRAITEMENT PREVENTIF

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE HYDATIDOSE

SUPPRIME DANS LA REVISION DE MAI 2007 DU PROGRAMME

- **Agent causal** : *Echinococcus granulosus* (cestodose larvaire).
- **Physiopathologie**
 - o L'hôte définitif est le chien,
 - o Les ovins (moutons), bovins, ongulés et rongeurs sont des hôtes intermédiaires.
 - o L'homme est un hôte intermédiaire accidentel et représente une impasse parasitaire.
- **Epidémiologie**
 - o Parasitose ubiquitaire endémique dans certaines régions du globe.
 - o En France : formes d'importation.

SAVOIR DIAGNOSTIQUER UNE HYDATIDOSE NON COMPLIQUEE

1. DIAGNOSTIC POSITIF

Découverte fortuite d'un ou de plusieurs kystes, hépatiques ou pulmonaires.

1.1 CLINIQUEMENT

1.1.1 Hydatidose hépatique

- Hépatomégalie homogène et non douloureuse.

1.1.2 Hydatidose pulmonaire

- Association à un kyste hépatique classique mais inconstante.

1.1.3 Autres localisations

- Souvent révélées par une complication.

1.2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1.2.1 Imagerie

- **Hydatidose hépatique**
 - o Abdomen sans préparation.
 - o Echographie et scanner.
- **Hydatidose pulmonaire**
 - o Radiographie, scanner.

1.2.2 Biologie standard

- Hyperéosinophilie absente ou modérée, sauf si fissuration d'un kyste.

1.2.3 Tests spécifiques

- **ATTENTION : PONCTION DE KYSTE CONTRE-INDIQUEE**
- Diagnostic indirect par sérologie.

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Diagnostic d'une opacité ronde sur un cliché thoracique.
- Diagnostic d'une tumeur hépatique.

SAVOIR IDENTIFIER LES PRINCIPALES COMPLICATIONS DE L'HYDATIDOSE

Elles peuvent être dues à la compression des structures de voisinage ou à la fissuration des kystes.

1. COMPLICATIONS LIEES A LA COMPRESSION PAR LES KYSTES HYDATIQUES

1.1 COMPLICATIONS HEPATIQUES

- Compression des voies biliaires.

1.2 COMPLICATIONS PULMONAIRES

- Compression extrinsèque d'une bronche.

1.3 AUTRES COMPLICATIONS

- Compression médullaire.
- Compression du parenchyme cérébral avoisinant.

2. COMPLICATIONS LIEES A LA FISSURATION DES KYSTES

1.4 MANIFESTATIONS ALLERGIQUES

- Urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique (rupture de kyste).
- Hyperéosinophilie sanguine.

1.5 DISSEMINATION DES LARVES

- Dissémination hématogène.
- Vomique hydatique.
- Echinococcose péritonéale secondaire.
- Rupture d'un kyste cardiaque dans le péricarde ou dans les cavités.

1.6 SURINFECTION BACTERIENNE

SAVOIR TRAITER UNE HYDATIDOSE

- Prise en charge toujours chirurgicale, le traitement médical ne peut être qu'adjuvant.

1. TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Exérèse du ou des kystes.
- Résection soigneuse afin de limiter le risque d'essaimage.
- En cas de fissure pré-existante, stérilisation *per* opératoire du kyste.
- Si contre-indication opératoire : technique de Ponction-Aspiration-Injection-Réaspiration (PAIR).

2. TRAITEMENT MEDICAL

- Traitement anti-parasitaire albendazole Zentel[®], Eskazole[®] entourant l'exérèse chirurgicale ou la stérilisation d'un kyste ou en cas de contre-indication opératoire.

3. MESURES PROPHYLACTIQUES

- En zones de forte endémie.

1.1 TRAITEMENT DU RESERVOIR ANIMAL

1.2 PREVENTION DE LA TRANSMISSION AU CHIEN

1.3 PROTECTION DE L'HOMME



DOSSIERS CLINIQUES : [DC 2008-75](#) ; [DC 2008-76](#) ; [DC 2008-77](#) ;
[DC 2008-94](#) ; [DC 2008-96](#)

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

Chapitre 7

Chapitre 106

Chapitre 111

Chapitre 115