
ITEM N°100 : PARASITOSE DIGESTIVES : LAMBLIASE, TAENIASIS, ASCARIDIOSE, OXYUROSE, AMOËBOSE, HYDATIDOSE

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)
- **Physiopathologie :**
 - migration nocturne de la femelle au niveau de la marge anale et ponte des œufs
 - contamination humaine par ingestion des œufs
 - auto-infestation fréquente
- **Epidémiologie :** cosmopolite, toujours présente en France métropolitaine, fréquente chez les enfants

1. DIAGNOSTIQUER

1-1. SIGNES CLINIQUES

- Prurit anal vespéral.
- Irritabilité.

1-2. DIAGNOSTIC :

- Hyperéosinophilie inconstante,
- Vers adultes dans les selles,
- 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 anthelminthiques peuvent être utilisés, (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2006)
- Ne pas oublier une 2^{ème} cure 1 à 2 semaines après.

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER L'ASCARIDIOSE

- **Agent causal :** *Ascaris lumbricoides* (helminthe, nématode, ver rond)
- **Physiopathologie :**
 - contamination humaine par ingestion d'eau ou d'aliments souillés,
 - migration tissulaire des larves,
 - rare en France métropolitaine

1. DIAGNOSTIQUER

1-1. SIGNES CLINIQUES :

- Troubles digestifs non spécifiques, exceptionnel syndrome de Loeffler, possible rejet spontané de vers adultes,
- Complications : angiocholite, occlusion, perforation.

1-2. DIAGNOSTIC :

- Hyperéosinophilie rare,
- œufs à l'examen parasitologique des selles.

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

- Traitement toujours indiqué. La plupart des antihelminthiques sont actifs. (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2006)

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UN TENIASIS

- **Agent causal :** *Taenia saginata*, *Taenia solium* (Plathelminthe segmenté)
- **Physiopathologie:**
 - Tête ou scolex fixée au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle ;
 - anneaux dont les derniers se détachent et libèrent les œufs dans le milieu extérieur ;
 - contamination humaine par ingestion de viande parasitée mal cuite ou crue (bœuf : *T. saginata*, encore présente en France métropolitaine, porc : *T. solium*, cas importés).
 - La cysticercose (*T. solium*) est dû à l'enkystement de larve dans les tissus à partir d'ingestion accidentelle nocifs

1. DIAGNOSTIQUER

1-1. SIGNES CLINIQUES :

- Troubles digestifs : doubles abdominales, nausées, troubles de l'appétit,
- Parfois asymptomatique.

1-2. DIAGNOSTIC :

- éosinophilie modérée.
- anneaux, œufs dans les selles
- la cysticercose rare mais grave peut se manifester sous forme de troubles oculaires ou neurologiques (épilepsie).

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

- Traitement toujours indiqué (niclosamide ou praziquantel), parfois en plusieurs cures,
- Traitement contre indiqué chez la femme enceinte
- (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2006)

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE LAMBLIASE

- **Agent causal :** *Giardia intestinalis*, *Giardia lamblia* (Protozoaire flagellé)
- **Physiopathologie :**
 - formes végétatives très mobiles, se multipliant par scissiparité à la surface de la muqueuse duodéno-jéjunale ;
 - 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 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 nitro-imidazolé. (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2006)

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE AMŒBOSE

- **Agent causal** : *Entamoeba histolytica var histolytica* : protozoaire pathogène, hématophage, toujours extracellulaire.
- **Physiopathologie** :
 - o Formes enkystées résistantes,
 - o Cycle saprophyte : amœbose infestation
 - o Cycle pathogène : amœbose maladie
 - o Maladie oro-fécale, sous 2 formes distinctes : amœbose intestinale et amœbose hépatique,
 - o Période d'incubation variable (en règle > 6 mois)
- **Epidémiologie**
 - o Transmission indirecte orofécale ou manuportée,
 - o Cosmopolite, elle est endémique dans les régions chaudes et humides,

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE AMŒBOSE INTESTINALE

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.

1-1-2. Examens complémentaires

- Examens parasitologiques des selles fraîchement émises (à répéter 3 jours de suite)
- Sérologie de peu d'intérêt dans cette forme,
- Rectoscopie :
 - o ulcérations en coup d'ongle, 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 bacillaires (souvent fébriles),
- Autres colites non-infectieuses.

2. SAVOIR TRAITER UNE AMŒBOSE INTESTINALE

2-1. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Eviter les antidiarrhéiques.

2-2. TRAITEMENT ANTI-PARASITAIRE (Cf. T7-1, Chap. 7, E. PILLY, 2006)

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

2-2-1. Amoebicides tissulaires

- Diffusent au sein des parenchymes et détruisent les *Entamoeba histolytica var histolytica in situ*.
- Nitro-imidazolés. (Cf. Chap. 5.19, E. Pilly 2006)

2-2-2. Amoebicides 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.

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

- Douleur, fièvre et hépatomégalie.
- Syndrome phrénique ou ictère rétionnel selon la localisation de l'abcès.
- Amélioration rapide en 1 à 3 jours sous traitement (surtout pour la fièvre).

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, négative elle élimine le diagnostic.
- **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, 2006)

- Amœbicide tissulaire (une cure suffit plus souvent),
- Plus ou moins drainage 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).

2-2. TRAITEMENT PREVENTIF

SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE HYDATIDOSE

OBJECTIFS TERMINAUX

I. Diagnostiquer une hydatidose

II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

- **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 échographie 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

2.1 MANIFESTATIONS ALLERGIQUES

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

2.2 DISSEMINATION DES LARVES

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

2.3 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[®], Estazole[®] 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

3.1 TRAITEMENT DU RESERVOIR ANIMAL

3.2 PREVENTION DE LA TRANSMISSION AU CHIEN

3.3 PROTECTION DE L'HOMME

Item 100 DOSSIER CLINIQUE 1

Un homme de 40 ans se plaint, brusquement, de fièvre à 40 °C évoluant depuis 48 heures, associée à des douleurs de l'hypochondre droit, des nausées et une anorexie complète.

Il a séjourné en Côte d'Ivoire pendant 4 mois et est revenu en métropole il y a 1 mois. Pendant le séjour il a eu un épisode de 3 jours de diarrhée glaireuse avec douleurs abdominales intenses mais sans fièvre. Tout était rentré dans l'ordre spontanément. La prophylaxie anti-palustre a été correctement suivie. Aucun antécédent personnel n'est retrouvé en dehors d'une entorse bénigne de la cheville il y a 15 ans.

L'examen retrouve : fièvre à 40 °C, TA 13/8; fréquence cardiaque : 80/min; hépatomégalie mesurée à 16 cm, douloureuse à la palpation, avec douleurs très vives à l'ébranlement. Le reste de l'examen est normal.

Un abcès amibien du foie est évoqué.

1. Argumenter les raisons d'une hospitalisation
2. Quel bilan paraclinique prescrivez-vous ? Argumenter
3. Préciser les modalités du traitement médicamenteux
4. Argumenter les indications de drainage de l'abcès hépatique

Item 100 DOSSIER CLINIQUE 2

Mme P, 63 ans, vit avec son mari dans une vieille ferme dans des conditions d'hygiène assez précaire. Elle héberge des chiens et des chats. Elle a un potager et élève également quelques poules. Près de la ferme, se trouve un étang.

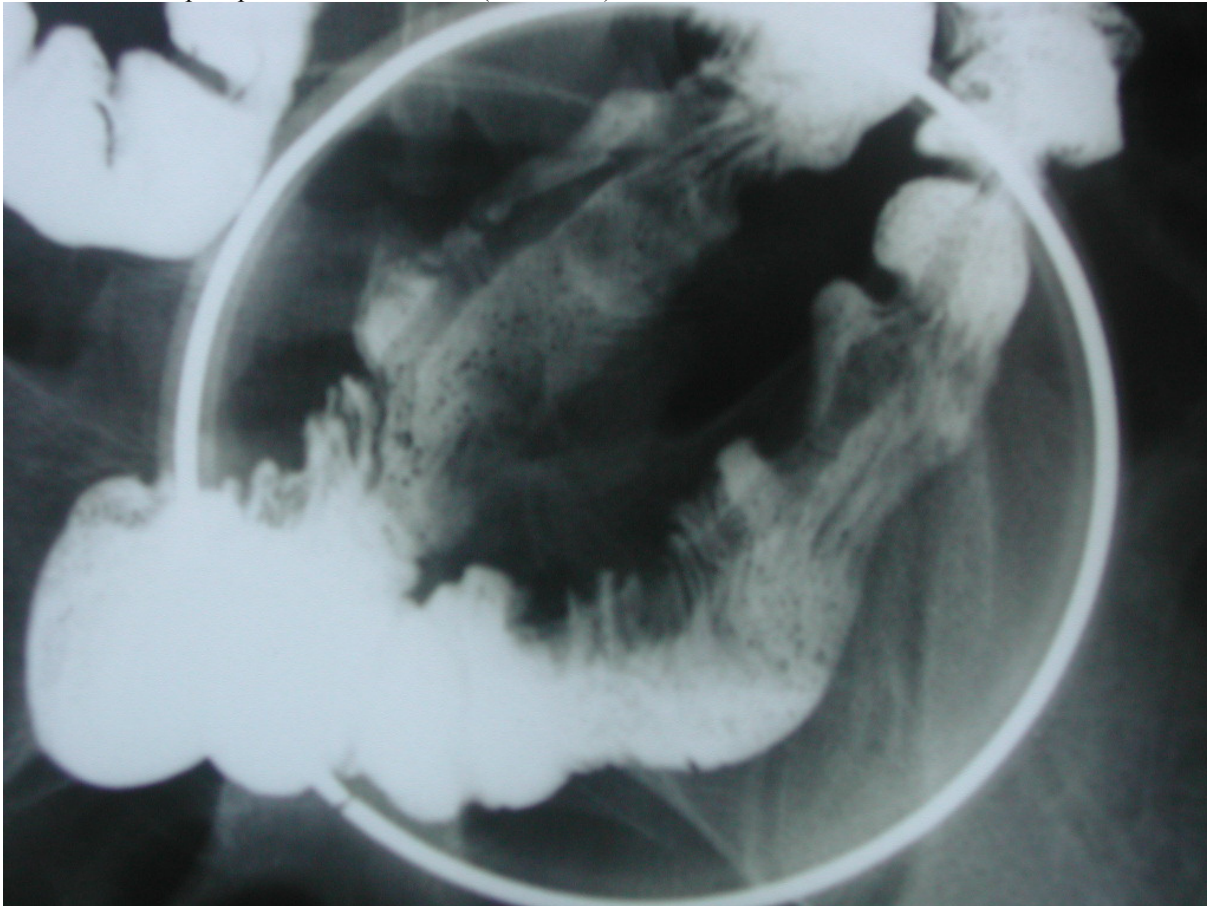
La fille de Mme P., citadine, n'ayant jamais voyagé hors de l'Europe, vient passer une quinzaine de jours chez sa mère pour se remettre d'une « dépression nerveuse ».

Quatre mois après être revenue de ce séjour, elle consulte pour émission par l'anus d'un ver blanc-gris de 15 cm de long. A l'interrogatoire, on apprend qu'elle présente depuis 2 mois douleurs abdominales et diarrhée. L'examen clinique est normal.

1. Quel diagnostic évoquez vous, et sur quels arguments ?
2. Quels autres éléments recherchez vous à l'interrogatoire pour étayer ce diagnostic ?
3. Quel est l'examen clé pour confirmer le diagnostic ?
4. Quelle prise en charge thérapeutique proposez vous et comment en évaluer l'efficacité ?
5. Quelles mesures prenez vous pour les parents ?

Item 100 DOSSIER CLINIQUE 3

Un jeune homme de 28 ans vous est adressé par un confrère pour suspicion de parasitose digestive.
Pas d'antécédent particulier, vaccinations à jour, pas de voyage en pays tropicaux.
Histoire de la maladie : altération de l'état général avec asthénie, amaigrissement de 5 kg en 1 an, vagues douleurs abdominales, nausées et depuis deux mois irritabilité et anxiété majeure.
Un premier bilan biologique ayant montré une anémie, le patient avait bénéficié d'une coloscopie et d'une fibroscopie sans particularité. Le transit du grêle objective une image linéaire endoluminale de quelques mm de diamètre occupant plusieurs anses iléales (Cf. clichés).



L'examen clinique est sans particularité.

1. Compte tenu des données cliniques et épidémiologiques et au vu des images quel(s) parasite(s) peut-on évoquer dans ce contexte ?

2. Quelles habitudes alimentaires doit-on rechercher ?

3. Comment affirmer le diagnostic ?

4. Si le bilan d'anémie révélait une carence en vit B12 quel serait le parasite en cause le plus probable ?

5. Principes thérapeutiques et surveillance.

6. Dans l'hypothèse de complications neurologiques, quel serait le parasite le plus probablement en cause et quel en serait le mécanisme physiopathologique ?



POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2006,
Chapitre 7, p 134-137
Chapitre 104, p 542-544
Chapitre 109, p 558-562
Chapitre 113, p 573- 575