

Item ECN.PILLY destiné à la consultation, uniquement à usage personnel et pédagogique.
Toute reproduction à usage collectif est interdite.

L'ouvrage original couleur ECN.PILLY 2020 (6^e édition) est disponible en librairie ou chez l'éditeur.

ECN.PILLY 2020

Licence d'utilisation et précautions d'usage

Le CMIT décline toute responsabilité, de quelque nature qu'elle soit, pouvant résulter d'une négligence ou d'une mauvaise utilisation de tous produits, instruments, techniques ou concepts présentés dans ce livre. Le CMIT recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics, posologies et techniques.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de la copie - CFC, 20, rue des Grands Augustins, 75006 Paris, France.

© Copyright 2020. ALINÉA Plus – CMIT

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

ECN.PILLY 2020 - 6^e édition

Maladies infectieuses et tropicales - Préparation ECN - Tous les items d'infectiologie
210 x 270 mm - quadrichromie - 320 pages - ISBN : 978-2-916641-69-0
42,00 € TTC

Editions ALINÉA Plus - 8, rue Froidevaux - 75014 Paris
email : alineaplus@alineaplus.fr

Ouvrages du CMIT chez le même éditeur :

E.PILLY 2020 - 27^e édition

Maladies infectieuses et tropicales
210 x 270 mm - quadrichromie - 720 pages - ISBN : 978-2-916641-68-3
59,00 € TTC

ePOPI (www.epopi.fr) : guide numérique de traitement des maladies infectieuses et tropicales - référence pour une bonne pratique médicale. Site Web et application smartphone et tablette (ios et android) sur abonnement.

ePOPI Etudiant - Préparation iECN : Maladies infectieuses et tropicales : Site internet d'entraînement et d'évaluation iECN (sur abonnement) : Dossiers cliniques progressifs (DP), questions isolées (QI) et Lectures critiques d'articles (LCA) en Infectiologie. En Préparation (disponibilité prévue en 2020).

Objectifs

- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement d'une taeniose, d'une ascaridiose, d'une oxyurose, d'une giardiose, d'une amœbose intestinale aiguë et d'un abcès amibien du foie.

Points importants

- En dehors de l'oxyurose et de la giardiose qui peuvent se transmettre en France (collectivités d'enfants, personnes vivant sous le même toit), les autres parasitoses intestinales sont le plus souvent importées par les voyageurs ou les migrants.
- Une hyperéosinophilie est caractéristique des helminthoses (parasites pluricellulaires, ex: bilharziose). Elle est absente dans les infections par les protozoaires (parasites unicellulaires, ex: amœbose) ou protozooses (TUE6-168-1).
- L'albendazole est le médicament de référence des helminthoses (téniasis, oxyurose, ascaridiose)
- Le métronidazole est le médicament de référence des protozooses intestinales (giardiose et amœbose)
- L'abcès amibien du foie est une cause de fièvre au retour de zone tropicale : avec un tableau associant hépatalgie fébrile, polynucléose neutrophile, volumineux abcès unique à l'échographie, PCR et sérologie positives.
- **Les parasitoses digestives sont essentiellement liées au péril fécal (transmission féco-orale) → La prévention repose sur un renforcement des mesures d'hygiène individuelle et collective. Aucun vaccin n'est disponible.**

1 Diagnostic et principes du traitement d'une amœbose

- Agent causal : *Entamoeba histolytica* (protozoaire).
- Il n'est pas possible à l'examen microscopique de différencier *E. histolytica* d'une autre amibe nettement plus fréquente et non pathogène : *E. dispar*.
- Physiopathologie :
 - Formes kystiques résistantes dans le milieu extérieur.
 - Transmission féco-orale (par l'eau et les aliments) ou manuportée.
 - **Amœbose infestation** (à l'origine d'un portage asymptomatique) : les formes végétatives (libérées par digestion des kystes ingérés) se multiplient dans la lumière digestive et sont excrétées sous forme kystique.
 - **Amœbose maladie** : 2 formes, amœbose intestinale aiguë, et amœbose tissulaire (dominée par l'abcès amibien du foie).
 - Les facteurs de passage de l'amœbose infestation à l'amœbose maladie sont mal connus.
 - Période d'incubation variable (quelques jours [amœbose intestinale aiguë] à quelques mois voire années [amœbose hépatique]).
 - Amœbose intestinale aiguë : invasion de la muqueuse colique donnant des ulcérations et des abcès «en bouton de chemise».
 - Amœbose hépatique (ou abcès amibien du foie) : passage des amibes dans le flux veineux portal, arrêtées par le filtre hépatique, induisant une nécrose hépatocytaire puis la formation d'un abcès ; possible extension pleuropulmonaire.
- Épidémiologie :
 - Presque cosmopolite, elle est par ailleurs endémique dans les régions chaudes et humides.
 - En France, l'amœbose est en général une pathologie du voyageur ou du migrant (FUE6-168-1).

TUE6-168-1 : Rappel : classification des parasites pathogènes pour l'homme

PROTOZOAIRES : parasites unicellulaires - Absence d'hyperéosinophilie

- *Entamoeba histolytica* (**amœbose**) et *Giardia duodenalis* (**giardiose**) : flagellés
- 2 formes : **kystes** (immobiles, résistants) = forme de dissémination et **trophozoïtes** (mobiles, formes végétatives) = responsables de la maladie

Autres protozoaires (abordés dans cet item) : *Trypanosoma* sp., *Leishmania* spp., *Trichomonas vaginalis*, *Plasmodium* sp., *Isospora belli*, *Cryptosporidium parvum*, *Toxoplasma gondii*

HELMINTHES : parasites pluricellulaires / Œuf -> larve -> ver adulte - Présence possible d'une hyperéosinophilie

PLATHELMINTHES = vers plats

NEMATHELMINTHES = vers ronds

TREMATODES (non segmentés) = douves		CESTODES (segmentés) = taenias		NEMATODES = vers ronds non segmentés	
Digestives <i>Fasciola hepatica</i> (grande douve du foie)	Tissulaires <i>Schistosoma</i> spp. (schistosomoses)	Loc. intestinale Taenioses <i>Taenia saginata</i> <i>Taenia solium</i>	Loc. tissulaire <i>T. solium</i> (cysticercose) <i>Echinococcus granulosus</i> (hydatidose) <i>Echinococcus multilocularis</i> (échinococcose alvéolaire)	Intestin <i>Ascaris lumbricoides</i> (ascaridiose) <i>Enterobius vermicularis</i> (oxyurose) <i>Ankylostoma duodenale</i> et <i>Necator americanus</i> (ankylostomose) <i>Strongyloides stercoralis</i> (strongyloïdose)	Sang et tissu <i>Wuchereria bancrofti</i> , <i>Loa loa</i> , <i>Brugia malayi</i> , <i>Onchocercus volvulus</i> , <i>Dracunculus medinensis</i> (filarioses) <i>Trichinella spiralis</i> (trichinose) <i>Toxocara canis</i> (toxocarose)

1. AMŒBOSE INTESTINALE AIGUË

Diagnostic clinique

- Absence de fièvre
- Forme aiguë avec syndrome **dysentérique**
- Forme subaiguë (la plus habituelle) : selles molles, peu nombreuses ou simple perte de la selle moulée quotidienne.
- Complications rares : colite nécrosante, pseudotumeur de la fosse iliaque droite (amœbome).

Examens complémentaires

- **Examen parasitologique des selles (EPS)** ; 3 examens espacés de quelques jours ; acheminement rapide au laboratoire car parasite fragile.
- L'EPS est très peu sensible. C'est pourquoi la détection par PCR, beaucoup plus sensible, se généralise actuellement en dehors des laboratoires spécialisés.
- Sérologie rarement positive, dans ces formes sans atteinte tissulaire extra-muqueuse.
- Rectoscopie (non systématique) :
 - ulcérations en coup d'ongle.
 - biopsie : abcès en bouton de chemise avec présence d'amibes.
- Coloscopie, imagerie pour un diagnostic différentiel essentiellement : devant une forme chronique, rebelle au traitement, pour éliminer une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), une néoplasie, une tuberculose iléocaecale...

Principes du traitement de l'amœbose intestinale aiguë

Amœbicide tissulaire

- Métronidazole, 7 jours.
- Inefficace sur les formes kystiques (complément par amœbicide dit «de contact»).

Amœbicide dit «de contact» : action uniquement dans la lumière digestive

- Hydroxyquinoléine : tiliquinol 10 jours (non absorbé au niveau de l'intestin).

Contrôle par EPS à distance du traitement.

2. AMŒBOSE HÉPATIQUE

Diagnostic clinique : hépatalgie fébrile

- **Fièvre, contrairement à l'amœbose intestinale aiguë qui n'est jamais fébrile.**
- Douleur de l'hypochondre droit, irradiant à l'épaule droite, parfois toux sèche (irritation phrénique).
- Hépatomégalie.

Examens complémentaires d'orientation

- Examens biologiques
 - polynucléose neutrophile
 - élévation franche de la CRP.
- Imagerie
 - radiographie thoracique possible : surélévation de la coupole droite ± comblement du cul-de-sac costodiaphragmatique droit.
 - **échographie hépatique** : aspect d'abcès unique, souvent de grande taille, plus rarement multiples.
 - tomodensitométrie hépatique : non indispensable quand l'échographie est contributive ; utile en cas d'abcès du dôme hépatique qui peut ne pas être visible en échographie (PUE6-168-1).

PUE6-168-1 : Abcès amibien du foie droit (scanner)



Image C. Rapp, HIA Bégin - © CMIIT - Aliméa Plus

Examens de confirmation

- EPS : le plus souvent négatifs.

FUE6-168-1 : Répartition géographique de l'amœbose dans le Monde (source ANOFEL)



■ Principaux foyers
■ Zone d'endémie

- **Sérologie** anticorps anti-amibiens
 - fortement positive en règle générale ; faux négatifs possibles au cours de la première semaine d'évolution clinique.
- Ponction d'une collection uniquement si sérologie négative, risque de rupture, absence de réponse au traitement, ou si doute sur un abcès à pyogènes (dans l'amœbose hépatique : pus couleur chocolat, culture bactérienne stérile). Il n'y a pas d'amibes visibles à l'examen microscopique du liquide de ponction ; la PCR sur le liquide de ponction est positive et confirme le diagnostic.

Traitement de l'amœbose hépatique (TUE6-168-4)

- **Amœbicide tissulaire** : métronidazole. Durée : 10 jours, suivi par une cure d'amœbicide «de contact» (tilliquinol) pour éviter les rechutes.
- **Ponction de l'abcès inutile dans la majorité des cas**, mais justifiée :
 - pour évacuer un abcès volumineux (≥ 10 cm), et/ou à risque de rupture
 - en cas d'évolution non favorable sous traitement par métronidazole, ou pour éliminer un abcès à pyogène, une tumeur nécrosée...

Évolution sous traitement

- Fièvre et douleur régressent en moins de 3 jours.
- Baisse rapide de la CRP.
- L'échographie se normalise de façon plus lente et ne doit donc être contrôlée qu'en cas d'évolution clinique défavorable. Une image «cicatricielle» peut persister.
- Les rechutes sont rares.

2

Diagnostic et principes du traitement d'une giardiose

- Agent causal : *Giardia duodenalis* (anciennement *Giardia lamblia* ou *intestinalis*)
- Physiopathologie :
 - formes végétatives très mobiles, se multipliant par scissiparité à la surface de la muqueuse duodéno-jéjunale.
 - formes kystiques dans la lumière digestive, éliminées dans le milieu extérieur.
 - contamination indirecte par l'alimentation ou l'eau, ou directe par les mains souillées.
- Épidémiologie : infection cosmopolite, assez répandue en France surtout chez les enfants (crèches), dans les collectivités, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; plus fréquente en régions tropicales.

1. DIAGNOSTIQUER

Signes cliniques

- Souvent asymptomatique
- Dyspepsie.
- Diarrhée chronique, fluctuante, surtout chez l'enfant (avec parfois malnutrition) et le sujet immuno-

déprimé. La giardiose (et la malabsorption qu'elle entraîne) est la parasitose la plus souvent associée à la malnutrition infantile dans les pays en voie de développement.

Diagnostic

- EPS 3 à quelques jours d'intervalle, acheminement rapide au laboratoire car parasites fragile : formes végétatives ou formes kystiques (examen microscopique). Malheureusement, l'EPS est très peu sensible. C'est pourquoi la PCR, beaucoup plus sensible, se généralise actuellement en dehors des laboratoires spécialisés (PCR *Giardia duodenalis*).
- Biopsies jéjunales (bilan de malnutrition) ou dans le liquide duodéal : formes végétatives.

2. PRINCIPES DU TRAITEMENT (TUE6-168-4)

- Métronidazole PO (5 jours); alternative : albendazole. Retraitement à 15 jours parfois recommandé (surtout en collectivités d'enfants).
- Contrôle par EPS à distance du traitement si persistance de la diarrhée.
- Traitement des sujets contacts symptomatiques si collectivité.
- Renforcement des mesures d'hygiène.

3

Diagnostic et principes du traitement d'une taeniose (TUE6-168-2)

- Agent causal : *Taenia saginata*, *Taenia solium* (cestodes ou vers plats segmentés de plusieurs mètres de long).
- Physiopathologie :
 - homme = seule hôte définitif
 - tête ou scolex fixée au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle.
 - corps formé d'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 d'hôte intermédiaire (bœuf : *T. saginata* ; porc : *T. solium*).
 - la cysticercose (*T. solium*) est due à l'enkystement de larves dans les tissus (surtout muscles, œil et cerveau) après ingestion directe d'œufs (transmission féco-orale), l'homme est alors un hôte intermédiaire.
- Épidémiologie : cosmopolite, *T. saginata* peut être acquis (rarement) en France métropolitaine ; *T. solium* est un parasite d'importation, à partir d'un pays dont la religion majoritaire n'est pas l'Islam (Amérique latine, Afrique sub-saharienne). Il n'y a pas de cysticercose dans les pays de confession majoritairement musulmane probablement par absence d'élevage de porcs.

1. DIAGNOSTIQUER

Signes cliniques

- Ténias adultes : asymptomatique le plus souvent ; troubles digestifs non spécifiques : douleurs abdominales, nausées, troubles de l'appétit ; urticaire.
- Cysticercose : rare mais possiblement grave si kystes cérébraux : cause fréquente de crises convulsives dans les pays en développement ; céphalées.

Diagnostic

- Hyperéosinophilie modérée et inconstante.
- Ténias adultes : anneaux plats blanchâtres retrouvés dans les selles, les sous-vêtements ou la literie (aspect de petites tagliatelles) ; œufs à l'EPS.
- Cysticercose : épidémiologie (séjour en zone tropicale parfois plusieurs mois ou années avant), scanner et/ou IRM cérébrale (kyste(s) ± calcifications), calcifications musculaires (radiographies des parties molles), sérologie peu sensible, hyperéosinophilie inconstante.

TUE6-168-2 : Taenioses

Taenia	<i>T. saginata</i>	<i>T. solium</i>
Hôte principal	Homme	Homme
Hôte intermédiaire	Bœuf	Porc
Particularités du cycle	Les anneaux passent le sphincter anal de manière active	Anneaux émis passivement dans les selles
Répartition géographique	Cosmopolite (surtout pays à conditions d'hygiène précaires)	Pays à conditions d'hygiène précaires, de confession non musulmane
Diagnostic	Anneaux dans les selles et les sous-vêtements	Anneaux dans les selles
Traitement curatif	Praziquantel	Praziquantel
Traitement préventif	Viande de bœuf bien cuite	Viande de porc bien cuite

2. PRINCIPES DU TRAITEMENT (TUE6-168-3 ET 168-4)

- Taeniose intestinale : antihelminthiques : en 1^{re} intention praziquantel PO parfois en plusieurs cures.
- Neurocysticercose : traitement indiqué en cas de forme symptomatique ; corticothérapie en début de traitement pour éviter une réaction à la lyse parasitaire ; albendazole pendant 1 à 4 semaines ou praziquantel pendant 2 à 4 semaines (contre-indiqué dans les cysticercoses oculaires). Traitement des convulsions.

4 Diagnostic et principes du traitement de l'ascaridiose

- Agent causal : *Ascaris lumbricoides* (helminthe, nématode, ver rond), ≈10 à 20 cm de long.
- Physiopathologie :
 - contamination humaine par ingestion d'œufs présents dans l'eau ou des aliments souillés (périmètre fécal).
 - libération de larves dans l'intestin, passage au travers de la paroi intestinale puis migration tissulaire (foie, cœur droit, poumons, arbre respiratoire) puis déglutition et maturation dans l'intestin grêle. Les œufs émis dans le milieu extérieur sont infectants.
- Épidémiologie : rare en France métropolitaine, fréquent dans les pays en développement.

1. DIAGNOSTIQUER

Signes cliniques

- Phase d'invasion : asymptomatique le plus souvent ; parfois urticaire ; rarement, syndrome de Löffler (fièvre, toux sèche, quinteuse, infiltrats pulmonaires radiologiques labiles).
- Phase d'état :
 - asymptomatique le plus souvent.
 - troubles digestifs non spécifiques : dyspepsie, nausées.
- Complications mécaniques en cas de charge parasitaire importante (enfants en zone tropicale), par mécanisme obstructif (vers adultes) : angiocholite, appendicite, occlusion.

Diagnostic

- Phase d'invasion : hyperéosinophilie inconstante. À ce stade les œufs ne sont pas encore éliminés dans les selles : diagnostic sérologique possible.
- Phase d'état : œufs à l'EPS ; rejet de vers adultes par l'anus. PCR *Ascaris lumbricoides* en laboratoire spécialisé uniquement.

2. PRINCIPES DU TRAITEMENT (TUE6-168-3 ET 168-4)

- Anthelminthiques : albendazole PO ou flubendazole PO

5 Diagnostic et principes du traitement de l'oxyurose

- Agent causal : *Enterobius vermicularis* (helminthe, nématode, ver rond), ≈ 1 cm de long
- Physiopathologie :
 - migration nocturne de la femelle au niveau de la marge anale (les oxyures adultes vivent dans la région iléocœcale) et ponte des œufs.
 - contamination directe interhumaine par ingestion des œufs présents sur les mains, dans les sous-vêtements, la literie, le milieu extérieur.
 - auto-infestation par voie orale fréquente à la suite du grattage de la région anale.

- Épidémiologie : cosmopolite, toujours présente en France métropolitaine, fréquente chez les enfants en collectivité (crèche) et dans leur entourage familial.

1. DIAGNOSTIQUER

Signes cliniques

- Asymptomatique.
- Prurit anal vespéral et nocturne lié à la fixation du ver femelle (troubles du sommeil).
- Vulvovaginite chez la petite fille.
- Chez l'enfant, l'oxyurose peut se manifester uniquement par des troubles du sommeil et/ou une irritabilité et des difficultés de concentration. Le diagnostic est souvent évoqué dans un contexte de cas groupés (contage).

Diagnostic

- Vers adultes, visibles à l'œil nu, dans les selles ou sur la marge anale.
- Œufs au **scotch test** (scotch appliqué le matin avant la toilette au niveau de la marge de l'anus puis collé

sur une lame de verre pour examen microscopique).

- PCR uniquement en laboratoire spécialisé.

2. PRINCIPES DU TRAITEMENT (TUE6-168-3 ET 168-4)

- Traitement toujours indiqué.
- Traiter l'individu et les sujets contacts (famille, collectivité).
 - Section courte des ongles + brossage ; changement et lavage systématiques des vêtements et du linge.
 - Anthelminthiques : albendazole ou flubendazole. Une 2^e cure est nécessaire 2 semaines plus tard car traitement pas actif sur les œufs.
- Contrôle par EPS à distance du traitement.

TUE6-168-3 : Principaux antiparasitaires

Molécule et Modalité d'administration	Spectre antiparasitaire et indications	Toxicité spécifique	Pharmacocinétique
Anthelminthiques			
Ivermectine PO ; en dose unique, éventuellement à renouveler	<ul style="list-style-type: none"> Nématodes : strongyloïdose, filariose lymphatique et loase, onchocercose, larva migrans cutanée Arthropodes : gale, pédiculose 	<ul style="list-style-type: none"> Troubles digestifs Manifestations d'hypersensibilité Encéphalite en cas d'hyperinfestation à Loa Loa (prise en charge spécialisée indispensable) 	Demi-vie longue
Praziquantel PO ; modalités variables en fonction de la pathologie	<ul style="list-style-type: none"> Plathelminthes : schistosomose, cysticercose, téniasis, distomatoses pulmonaire et intestinale 	<ul style="list-style-type: none"> Bien toléré Céphalées, troubles digestifs CI : grossesse au premier trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> Demi-vie courte Métabolisation hépatique, Élimination par voie rénale
Albendazole PO ; modalités variables en fonction de la pathologie	<ul style="list-style-type: none"> Nématodes : ankylostomose, strongyloïdose, oxyurose, ascaridiose, trichinose, filariose Plathelminthes : taeniose, cysticercose, échinococcose alvéolaire, hydatidose 	<ul style="list-style-type: none"> Bonne tolérance Troubles digestifs, Céphalées, vertiges Hépatite Pancytopenie Surveillance bilan hépatique et NFS en début de traitement Déconseillé au 1^{er} trimestre de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> Absorption orale faible Demi-vie longue Élimination par voie biliaire
Flubendazole PO ; à renouveler à J15 pour l'oxyurose	<ul style="list-style-type: none"> Nématodes intestinaux : oxyurose, ascaridiose, ankylostomose, 	<ul style="list-style-type: none"> Bonne tolérance Troubles digestifs 	<ul style="list-style-type: none"> Absorption très faible Élimination dans les selles pendant 3 jours suivant la prise
Niclosamide PO ; traitement d'1 jour, à renouveler à J7	<ul style="list-style-type: none"> Plathelminthes : Taeniose, inactif sur les formes larvaires de <i>taenia solium</i> (cysticercose) 	Troubles digestifs	
Antiprotozoaires			
Métronidazole PO ; modalités variables en fonction de la pathologie	Giardiose Trichomonose Amoebiose	Troubles digestifs Effet antabusé Neuropathie périphérique dose-dépendante	Excellentes biodisponibilité et diffusion tissulaire

TUE6-168-4 : Recommandations de traitement des principales parasitoses

Parasitose	Première intention	Alternative
Helminthoses		
<u>Plathelminthes (vers plats)</u>		
· Téniasis à <i>T. saginata</i> · Téniasis à <i>T. solium</i>	· Praziquantel · Praziquantel	· Niclosamide · Niclosamide (hors cysticercose)
· Schistosomose (bilharziose)	· Praziquantel	
· Echinococcose alvéolaire · Echinococcose hydatique	· Traitement chirurgical si possible · Traitement chirurgical + albendazole	· Albendazole · Technique PAIR (ponction-aspiration-injection-réaspiration) · Praziquantel
· Distomatose à <i>Fasciola hepatica</i> Distomatose intestinale	· Tricladendazole · Praziquantel	
<u>Némathelminthes (vers ronds)</u>		
· Ascaridiose · Oxyurose · Strongyloïdose · Trichinose · Filariose à Loa Loa	· Albendazole · Albendazole · Ivermectine · Albendazole · di-éthylcarbamazine (DEC), précédée d'ivermectine selon la microfilarémie	· Flubendazole · Flubendazole · Albendazole · Albendazole
· Onchocercose · Filariose lymphatique	· Ivermectine · Ivermectine	· Doxycycline · Albendazole, DEC
Protozooses		
· Paludisme simple · Paludisme grave	· Dérivés à base d'artémisine · Artésunate	· Quinine, atovaquone-proguanil · Quinine
· Toxoplasmose de l'immunodéprimé	· Pyriméthamine + sulfadiazine	· Pyriméthamine + clindamycine
· Leishmaniose viscérale · Leishmaniose cutanéomuqueuse	· Amphotéricine B liposomale · Traitement local en fonction du nombre de lésion, de la taille et du statut immunitaire du patient : cryothérapie, dérivé de l'antimoine intra-lésionnel, paromomycine crème	· Dérivés de l'antimoine · En cas d'échec du traitement local ou atteinte étendue : dérivé de l'antimoine, amphotéricine B, fluconazole, pentamidine
· Amœbose tissulaire · Giardiose · Trichomonose	· Métronidazole + tiliquinol · Métronidazole · Métronidazole	· Secnidazole ou tinidazole

Pour en savoir plus

- Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2019. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (disponible en ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/>)

- e-Pilly TROP, édition 2016. Ouvrage majeur de médecine tropicale disponible gratuitement en ligne : <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/epilly-trop/epillytrop2016.pdf>