

Parasitoses digestives : giardiose, amœbose, téniasis, ascaridiose, oxyurose cryptosporidiose et anguillulose

Connaissances pour la validation du 2^e cycle des études médicales

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître les parasitoses les plus fréquentes responsables d'atteinte intestinale
A	Définition	Connaître les 2 parasitoses responsables d'atteinte hépatique et nommer les agents pathogènes
A	Diagnostic positif	Connaître les modes de transmission des parasitoses digestives
A	Diagnostic positif	Connaître les manifestations cliniques associées aux parasitoses intestinales (hors amœbose)
B	Diagnostic positif	Connaître les circonstances cliniques et épidémiologiques devant faire évoquer une anguillulose
B	Diagnostic positif	Connaître les circonstances cliniques et épidémiologiques devant faire évoquer une cryptosporidiose
A	Diagnostic positif	Connaître les manifestations cliniques associées à l'amœbose intestinale et hépatique
B	Diagnostic positif	Connaître les complications liées à l'infestation par <i>T. solium</i>
B	Examens complémentaires	Connaître les moyens diagnostiques de l'amœbose intestinale et hépatique
A	Examens complémentaires	Connaître les moyens diagnostiques des parasitoses intestinales (hors amœbose)
B	Examens complémentaires	Savoir demander une recherche spécifique d'anguillulose
B	Examens complémentaires	Savoir demander une recherche spécifique de cryptosporidiose
A	Contenu multimédia	Aspect macroscopique d'un <i>Tenia</i> spp.
B	Contenu multimédia	Aspect macroscopique d'oxyures
A	Prise en charge	Connaître les principes du traitement de la giardiose, oxyurose, taeniasis, ascaridiose
B	Prise en charge	Connaître les principes du traitement de l'amœbose intestinale et hépatique
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître le principe de la surveillance post-thérapeutique des parasitoses intestinales

Points importants

- En dehors de la taeniose à *Taenia saginata*, de l'oxyurose et de la giardiose qui peuvent se transmettre en France, les parasitoses intestinales sont le plus souvent importées chez des voyageurs ou des migrants.
- Une hyperéosinophilie est caractéristique des helminthoses (parasites pluricellulaires, ex: bilharziose). Elle est absente dans les protozooses (parasites unicellulaires, ex : amébose (F-172-1)).
- L'albendazole est le médicament de référence des helminthoses (oxyurose, ascaridiose).
- Le métronidazole est le médicament de référence des protozooses intestinales (giardiose et amébose).
- L'abcès amibien du foie est une cause de fièvre au retour de zone tropicale : tableau associant hépatalgie fébrile, polynucléose neutrophile, volumineux abcès unique à l'échographie, et sérologie positive.
- **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 amébose

- Agent causal : *Entamoeba histolytica* (protozoaire).
- Physiopathologie :
 - transmission féco-orale (par l'eau et les aliments) ou manuportée ;
 - en France, l'amébose est en général une pathologie du voyageur ou du migrant (F-172-1).

A

1. AMÉBOSE INTESTINALE AIGÜE

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.

A

Examens complémentaires

- **Examen parasitologique des selles (EPS)** ; 3 examens espacés de quelques jours ; acheminement rapide au laboratoire dans la forme aiguë car parasite fragile.
- L'EPS est très peu sensible. C'est pourquoi la détection par PCR, beaucoup plus sensible, se généralise actuellement.
- Sérologie rarement positive, dans ces formes sans atteinte tissulaire extra-muqueuse.
- Rectoscopie (non systématique) :
 - ulcérations en coup d'angle,
 - biopsie : abcès en bouton de chemise avec présence d'amibes.

B

Principes du traitement de l'amébose intestinale aiguë

B

Amœbicide tissulaire

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

Amœbicide dit "de contact" : diminue le risque de récurrence, par son activité sur les kystes présents dans la lumière intestinale.

- Sulfate de paromomycine 10 jours.
- Contrôle par EPS à distance du traitement.

2. AMÉBOSE HÉPATIQUE

Diagnostic clinique : hépatalgie fébrile

A

- **Fièvre, contrairement à l'amébose 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

B

- 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 multiple.
 - 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 (P-172-1).

B

P-172-1 : Abcès amibien du foie droit (scanner)

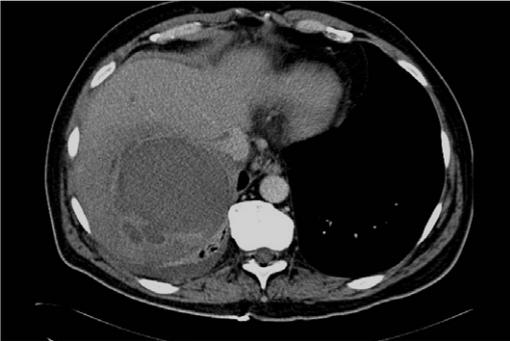


Image C. Rapp - © CMMT - Alimea Plus

B

Examens de confirmation

- EPS : le plus souvent négatifs.
- 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'amébose 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.

Diagnostic différentiel

L'autre parasitose majeure responsable d'atteinte hépatique est l'échinococcose hydatique (ou hydatidose hépatique), due à *Echinococcus granulosus*, un taenia du chien en impasse parasitaire chez l'homme.

Traitement de l'amébose hépatique

- Amœbicide tissulaire** : métronidazole. Durée : 10 jours, suivi par une cure d'amœbicide "de contact" (sulfate de paromomycine) pour éviter les rechutes.
- Ponction de l'abcès inutile dans la majorité des cas**, mais justifiée :
 - pour évacuer un abcès volumineux (≥ 10 cm), hyperalgique 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, etc.

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.

A

F-172-1 : Répartition géographique de l'amébose dans le Monde (source ANOFEL)



2 Diagnostic et principes du traitement d'une giardiose

- Agent causal : *Giardia duodenalis* (anciennement *Giardia lamblia* ou *intestinalis*)
- Physiopathologie :
 - contamination indirecte par l'alimentation ou l'eau, ou directe par les mains souillées.

A 1. DIAGNOSTIQUER**Signes cliniques**

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

- 3 EPS à quelques jours d'intervalle, acheminement rapide au laboratoire car parasite 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 (PCR *Giardia duodenalis*).
- Biopsies jéjunales (bilan de malnutrition) ou dans le liquide duodénal : formes végétatives.

A B 2. PRINCIPES DU TRAITEMENT

- 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.

A 3 Diagnostic et principes du traitement d'une taeniose

- Agent causal : *Taenia saginata* (P-172-2), *Taenia solium* (cestodes ou vers plats segmentés de plusieurs mètres de long).

A P-172-2 : *Taenia saginata* adulte

Source Anofel - M Gani-Foussaint - © CMIT - Aliméa Plus

- Physiopathologie :
 - contamination humaine par ingestion de viande parasitée mal cuite ou crue d'hôte intermédiaire (bœuf : *T. saginata* ; porc en zone tropicale : *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.

A B 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.

A B 2. PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Taeniose intestinale : en 1^{re} intention praziquantel PO parfois en plusieurs cures.
- Surveillance post-thérapeutique : vérifier l'absence d'émission d'anneaux dans les selles pendant les trois mois suivant le traitement.

A 4 Diagnostic et principes du traitement de l'ascarirose

- 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 (péril fécal).
- Épidémiologie : exceptionnelle en France métropolitaine, fréquente dans les pays en développement.

1. DIAGNOSTIQUER**Signes cliniques**

- Phase d'invasion : asymptomatique le plus souvent ; parfois urticaire ; rarement, syndrome de Löfller (fébricule, toux sèche, quinteuse, infiltrats pulmonaires radiologiques labiles).
- Phase d'état :
 - asymptomatique le plus souvent,
 - troubles digestifs non spécifiques : dyspepsie, nausées.

Diagnostic

- Phase d'invasion : hyperéosinophilie inconstante. À ce stade les œufs ne sont pas encore éliminés dans les selles.
- 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

- Antihelminthiques : albendazole PO ou flubendazole PO.

5 Diagnostic et principes du traitement de l'oxyurose

A

- Agent causal : *Enterobius vermicularis* (helminthe, nématode, ver rond), ≈ 1 cm de long.
- Physiopathologie :
 - 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 : fréquente chez les enfants en collectivité (crèche) et dans leur entourage familial.

A

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).

B

P-172-3 : Oxyures (*Enterobius vermicularis*) : adultes femelles



Photo : Service parasitologie CHU Limoges - © CMMIT - Alinéa Plus

Diagnostic

- Vers adultes, visibles à l'œil nu, dans les selles ou sur la marge anale (P-172-3).
- 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).

A

2. PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Traitement toujours indiqué.
- Traiter l'individu et les sujets contacts (famille, collectivité).

6 Strongyloïdose (anguillulose)

- Agent causal : *Strongyloides stercoralis*.
- Mode de transmission : par pénétration transcutanée des larves strongyloïdes (marche pieds nus sur une terre humide).
- Répartition géographique : tous les pays tropicaux.
- Diagnostiquer
 - Signes cliniques : asymptomatique le plus souvent ; parfois douleurs épigastriques, diarrhée. Urticaire et dermatite rampante (*Larva currens*). Rarement, syndrome de Löfller.
 - Dans les hyperinfestations des immunodéprimés, souvent mortelles : détresse respiratoire et encéphalite, purpura péri-ombilical.
 - Diagnostic : hyperéosinophilie inconstante. La recherche des larves dans les selles, fait l'objet d'une demande spécifique (par la technique de Baermann) ; sérologie spécifique.
 - Le traitement d'une strongyloïdose, dans le respect des contre-indications à l'ivermectine, est indiqué avant toute immunosuppression en particulier avant une corticothérapie ou une chimiothérapie chez tout patient ayant séjourné en zone d'endémie.

A

B

7 Cryptosporidiose

- Agent causal : *Cryptosporidium parvum*.
- Mode de transmission : contamination indirecte (eau ou aliments) ou directe par les mains souillées.
- Répartition géographique : cosmopolite et plus fréquente en régions tropicales.
- Diagnostiquer
 - Signes cliniques : diarrhée aiguë cholériforme ou diarrhée chronique. Chez les sujets immunodéprimés : malabsorptions et angiocholites.
 - Diagnostic : la recherche d'oocystes dans les selles, fait l'objet d'une demande spécifique (par la coloration de Ziehl-Nielsen) ou PCR spécifique.

A

B

Pour en savoir plus

- Le site eANOFEL propose une riche iconographie d'accès libre en ligne ; http://www.eanofel.fr/4daction/w3_CatVisu/fr/diapositives.html?wCatIDAdmin=1081
- ePILLY Trop, édition 2022. Ouvrage majeur de médecine tropicale disponible gratuitement en ligne