



Item168-Parasitoses digestives : giardiose, amoebose, téniasis, ascaridiose, oxyurose.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement d'un téniasis, d'une ascaridiose, d'une oxyurose, d'une giardiose, d'une amoebose intestinale aiguë et d'un abcès amibien du foie.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Photocopiés nationaux: > Hépatogastro > PILLY 12	- Giardiose: diarrhée et malabsorption → EPS / métronidazole PO 5 J / LPF - Taenia saginata (boeuf) / anneaux - Taenia solium (porc) / cysticercose → EPS / praziquantel 1 prise (15J si c) - Ascaridiose: Loeffler / diarrhée / C° → EPS / albendazole en 1 prise / LPF - Oxyurose: purit anal nocturne enfant → scotch-test / albendazole 1x / LPF - A. colique: diarrhée: dystentérie / EPS - A. hépatique: HMG / douleur / fièvre → métronidazole IV puis Intérix® 10J - Hydatidose: chien / kyste hépatique → sérologie / chirurgie / albendazole - Anguillulose: pieds / ivermectine 1x - Distomatose: cresson / C° biliaires	- MHD / lutte contre le péril fécal - Contrôle par EPS au décours - Kyste hydatique = ponction CI - Anguillulose en pré-corticoïdes

Généralités

Définition

- Parasite = être vivant qui vit aux dépens d'un autre être vivant

Cycle parasitaire

- Hôte définitif: héberge les formes adultes / lieu de reproduction
- Hôte intermédiaire: nécessaire à la transformation des parasites

Classification des parasitoses

- Protozooses (parasite = protozoaire: organisme unicellulaire)
 - Digestives: amoebose / giardiose
 - Autres: paludisme / toxoplasmose / leishmaniose / cryptosporidiose, etc.
- Helminthoses (parasite = helminthe: vers pluricellulaire / hyperéosinophilie ++)
 - Nématodes (vers ronds): ascaridiose / oxyurose / anguillulose, etc.
 - Cestodes (vers plats): taeniasis / échinococcose, etc.

!! Remarques:

- **Parasitoses digestives**
 - **liées au péril fécal:** giardose / ascarirose / amébose
 - **non liées au péril fécal:** taeniasis / hydatidose / anguillulose
- **Traitements antiparasitaires**
 - **Protozooses:** métronidazole (sauf isosporose, cyclospore, microsporidiose)
 - **Helminthoses:** nématode = albendazole / cestode = praziquantel

Lutte contre le péril fécal

- Se laver les mains avant chaque repas / après chaque selle
- Alimentation: laver les fruits et légumes / les peler / les cuire
- Boire de l'eau purifiée ou en bouteille / assainissement
- Aliments protégés (moules) / pas de fèces comme engrais

Giardose (Lamblase)

Généralités

- **Parasite:** giardia intestinalis / !! lamblase = giardiose = giardose
- **Epidémiologie:** !! la plus fréquente des protozooses digestives / cosmopolite
- **Contamination:** oro-fécale (ingestion d'eau ou aliments souillés par des kystes)
- **Cycle:** kystes très résistants / multiplication intestinale / élimination fécale

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Asymptomatique** dans la grande majorité des cas (90% de porteurs sains)
 - Troubles digestifs non spécifiques: diarrhée, douleur abdominales.. (!! apyrétiques)
 - Malabsorption avec stéatorrhée et diarrhée prolongée (enfant ++)
- **Examens complémentaires**
 - Examen parasitologique des selles (**EPS**): kystes / Ag spécifiques
 - !! Remarque: aucun intérêt de la sérologie / pas de FOGD

Evolution

- **Histoire naturelle**
 - Sans traitement: évolution paroxystique chronique
 - Sous traitement: guérison mais 10-30% de récurrences
- **Complications**
 - Malabsorption: chez l'enfant ++ / forme prolongée
 - Formes épidémiques: enfants dans les crèches +++

Traitement

- **Prise en charge** ambulatoire
- **Antiparasitaire:** métronidazole (Flagyl®) 250mg x3 pendant 5J PO, 2ème cure à J15 (enfants++)
- **Traitement symptomatique:** réhydratation si diarrhée (SRO chez l'enfant)
- **Surveillance:** EPS de contrôle à +J30 (si rechute: refaire une cure)
- **Prévention:** lutte contre le **péril fécal** = hygiène (mains, eau, etc.) (**A savoir !**)

Téniasis

Taenia saginata

- **Généralités**
 - **Parasite:** taenia saginata: **cestode** (vers plat) / « vers solitaire » (4 à 10m !)
 - **Epidémiologie:** parasitose cosmopolite / fréquente (500 000cas/an)
 - **Contamination** humaine par ingestion de viande de boeuf mal cuite
 - **Cycle:** hôte intermédiaire = **boeuf** / larve (cysticerce) dans muscle
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - !! le plus souvent asymptomatique +/- asthénie, hyperPNE..
 - Signes digestifs: prurit anal / émission **d'anneaux** / boulimie..
 - **Examens complémentaires**
 - **EPS:** recherche oeufs / anneaux (!! émission active hors des selles)
 - **NFS:** hyperéosinophilie inconstante / scotch test: recherche oeufs
- **Traitement**
 - **Prise en charge:** ambulatoire
 - **Antiparasitaire:** praziquantel (Biltricide®) 10mg/kg PO prise unique
 - **Surveillance:** EPS de contrôle à +3M

Taenia solium

- **Généralités**
 - **Parasite:** adulte = taenia solium (cestode aussi) / larve = cysticerce ++
 - **Epidémiologie:** peu fréquent en France / neurocysticercose dans PVD ++
 - **Téniasse:** forme digestive / contamination par ingestion de viande de **porc**
 - **Cysticercose:** forme tissulaire / par ingestion d'eau ou légume souillés d'oeufs
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Téniasse:** parasite adulte dans l'intestin / même tableau que T. saginata
 - **Cysticercose:** larves disséminant dans les tissus: !! C° graves (cf infra)
 - **Examens complémentaires**
 - EPS en cas de téniasis digestive
 - HyperPNE + recherche d'Ac dans le LCR/sérum si cysticercose
- **Complications**
 - **Neurocysticercose +++**
 - Principale cause d'épilepsie dans de nombreux pays (Madagascar ++)
 - !! A évoquer devant toute symptomatologie neuro au retour de voyage
 - **Autres localisations**
 - Oculaire (kyste intra-vitréen) / musculaire / sous-cutanée (nodules)...
- **Traitement**
 - **Si téniasis**
 - Antiparasitaire: praziquantel (Biltricide®) prise unique PO
 - !! associer laxatif PO (risque de cysticercose si stase)
 - **Si cysticercose**
 - Antiparasitaire: praziquantel 50mg/kg/j pendant 15J PO
 - !! associer traitement anti-épileptique en cas de neurocysticercose

Ascariidose

Généralités

- **Parasite:** ascaris lumbricoides (**nématode:** vers rond) (15-35cm de long)
- **Epidémiologie:** parasitose cosmopolite / liée au **périm fécal** / enfants ++
- **Contamination:** ingestion d'eau ou légume/fruits souillés par des oeufs
- **Cycle parasitaire**
 - ingestion d'oeufs puis migration par la veine porte vers les poumons
 - maturation puis les larves remontent par les bronches et sont dégluties (!)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Phase d'invasion = migration des larves**
 - Asymptomatique +++ / sinon syndrome de **Loeffler**
 - → toux sèche + hyperéosinophilie + opacités à la RTx
 - **Phase d'état = ascaris adulte dans l'intestin**
 - Asymptomatique ++ / sinon signes digestifs aspécifiques
 - → douleurs abdominales / diarrhée / vomissement de vers...
- **Examens complémentaires**
 - En phase d'invasion: hyperPNE à 3000/mm³ max à J21 / RTx
 - En phase d'état: **EPS** (oeufs) +/- imagerie (écho abdo, endoscopie..)

Complications

- Occlusion intestinale mécanique subaiguë (véritable « paquet » de vers...)
- Autres: apendicite / péritonite / ascariidose biliaire ou hépatique, etc.

Traitement

- **Prise en charge:** ambulatoire / hospitalisation si complication
- **Antiparasitaire:** albendazole
- **Traitement des complications:** traitement médical +/- chirurgical en cas d'occlusion aiguë
- **Surveillance:** EPS de contrôle à 1 mois
- **Prévention:** lutte contre le péril fécal (**A savoir !**)

Oxyurose

Généralités

- **Parasite:** Enterobius vermicularis (nématode: vers rond, petit: 5-10mm)
- **Epidémiologie:** parasitose cosmopolite / !! 1 milliards de personnes: **enfants** ++

- **Contamination: oro-fécale:** mains (ongles ++) souillées à la bouche (auto-infestation)
- **Cycle parasitaire**
 - ingestion d'oeufs → larve puis adulte dans intestin grêle
 - migration et ponte nocturne à la marge anale d'embryons (prurit)

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - Asymptomatique ++ / sinon: **prurit anal nocturne** (enfant +++)
 - Si infestation massive seulement: selles molles / insomnie / anorexie..
- **Examens complémentaires**
 - **Scotch-test:** bande adhésive sur l'anus le matin (avant la toilette)
 - → visualisation d'oeufs embryonnés (!! EPS en général négatif)

Traitement

- **Prise en charge:** ambulatoire
- **Antiparasitaire**
 - albendazole (Zentel®) ou flubendazole (Fluvermal®) en prise unique
 - à **répéter à J15** (cf actif que sur les vers adultes et pas sur les oeufs)
- **Mesures associées**
 - Traitement systématique de l'entourage (**famille**) recommandé ++
 - Couper les **ongles** courts / lavage de la **literie** / se laver les **mains** ++
- **Surveillance:** scotch-test / répéter 1x/15J pendant 3M si récidives
- **Prévention:** lutte contre péril fécal et hygiène stricte: changer la literie.. (**A savoir !**)

Amoebose (++)

Généralités

- **Parasite:** Entamoeba histolytica (protozoaire) / « amoebose » = « amibiase »
- **Epidémiologie:** fréquent (50M) / parfois grave (3ème parasitose en mortalité)
- **Contamination: oro-fécale:** ingestion d'eau ou aliments souillés par kystes

On distingue +++

- **Amoebose-infection**
 - **parasite:** asymptomatique / forme végétative (E. dispar)
 - **cycle:** kyste → Ehm → élimination fécale: portage et contamination
- **Amoebose-maladie**
 - **parasite:** forme pathogène hématophage (E. histolytica)
 - **cycle:** kyste → Ehm → Ehh → dissémination par veine porte: foie, etc.

Diagnostic (amoebose-maladie)

- **Amoebose intestinale (colique)**
 - **Clinique**
 - !! **Diarrhée** liquidienne abondante / toujours **apyrétique**
 - Parfois syndrome dysentérique avec diarrhée glairo-sanglante (20% des cas)
 - **Paraclinique**
 - **EPS:** sur 3 échantillons successifs / examen direct d'Ehh +/- coloration
 - Coprocultures systématiques: cf autres causes de dysenterie (cf **Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.**)
- **Amoebose hépatique (viscérale)**
 - **Clinique**
 - **Triade** caractéristique: hépatomégalie / douleur HCD / fièvre élevée (39°C)
 - Douleur majorée à l'ébranlement hépatique / fièvre en plateau
 - **Paraclinique**
 - Echographie abdominale: **abcès** liquidien parfois multiples / hypoéchogènes
 - **Sérologie:** pour diagnostic de certitude en cas de doute (+++)
 - Ponction écho-guidée de l'abcès: pus « couleur chocolat » caractéristique
 - **Diagnostic différentiel**
 - Abcès hépatique à pyogènes +++ / faire sérologie +/- ponction
- **Autres localisations**
 - Amoebose pleuro-pulmonaire (par contiguïté sur abcès hépatique)
 - Amoebose cérébrale, cutanée, péricardite, splénique, etc.

Traitement

- **Amoebose-infection**
 - Prise en charge ambulatoire / par amoebicide de contact
 - Ex: Intérix® (hydroxyquinoléine) 2gel. x2/j pendant 10 jours
- **Amoebose intestinale**

- Hospitalisation systématique (si syndrome dysentérique)
- Amœbicide tissulaire: métronidazole (Flagyl®) **PO 5J**
- puis amœbicide de contact: Intérix® PO pendant 10J
- **Amœbose hépatique**
 - Hospitalisation systématique / en urgence / pose VVP
 - Amœbicide tissulaire: métronidazole **IV** (puis PO) 10J
 - puis amœbicide de contact: Intérix® PO pendant 10J
 - +/- drainage chirurgical si absence d'amélioration à 72H
- **Prévention**
 - Lutte contre le péril fécal +++ (**A savoir !**)

Hydatidose

Généralités

- **Parasite:** *Echinococcus granulosus* (cestode: vers plat « taenia du chien »)
- **Epidémiologie:** cosmopolite: Maghreb, Afrique mais aussi France ++
- **Contamination:** par ingestion d'aliments souillés (oeuf) ou par chiens
- **Cycle parasitaire**
 - Hôte définitif = chien (ou autre carnivore): vers dans intestin
 - Hôte intermédiaire = mouton et l'homme (ou autre herbivore)
 - → passage des oeufs par v. porte vers le foie +/- autres organes

Diagnostic

- **Kyste hydatique hépatique (60%)**
 - **Clinique**
 - Hépatomégalie avec masse abdominale lisse / pesanteur
 - Parfois longtemps asymptomatique: découverte fortuite
 - **Paraclinique**
 - Echographie abdominale : de kyste liquidien à lésion calcifiée
 - **Sérologie** +++ : examen de référence désormais / pose le diagnostic
 - **!! Remarque**
 - Ponction de kyste formellement contre-indiquée (**A savoir !**)
 - → risque de dissémination +/- choc anaphylactique
- **Kyste hydatique pulmonaire(30%)**
 - **Clinique:** asymptomatique ++ / sinon: hémoptysie, toux, dyspnée
 - **Paraclinique:** RTx: opacité ronde +/- calcifiée / en « boulet de canon »
- **Autres localisations**
 - En théorie: toutes: cerveau / rate / rein, etc.

Complications

- **d'un kyste hydatique hépatique**
 - **fissuration:** douleur abdominale (biliaire) / ictère
 - **rupture:** péritonite +/- choc anaphylactique
 - **surinfection:** abcès hépatique à pyogènes
 - **compression**
 - hypertension portale ou Budd-Chiari (si veines sus-hépatiques)
 - ictère cholestatique ou angiocholite (si voies biliaires)

Traitement

- **Prise en charge:** hospitalisation systématique / en urgence / en chirurgie
- **Options thérapeutiques**
 - **Traitement chirurgical:** exérèse mais risque opératoire: ne pas léser le kyste +++
 - **Traitement instrumental:** ponction aspiration avec réinjection de sérum (PAIR)
 - **Traitement médicamenteux:** antiparasitaire (albendazole) possible mais long
- **Stratégie thérapeutique**
 - **si kyste compliqué:** exérèse chirurgicale sous couvert d'albendazole
 - **si kyste non compliqué:** PAIR si symptomatique / abstention sinon
- **Surveillance**
 - Suivi sérologique pour efficacité du traitement: seulement à +12 à 18M
 - Suivi morphologique: échographies répétées (pendant ≥ 5ans)

Autres parasitoses

Anguillulose

- **Généralités**
 - **Parasite:** Strongyloïdes stercoralis (nématode) / !! = strongyloïdose
 - **Epidémiologie:** fréquent en inter-tropical / en France: Antilles +++
 - **Contamination:** par pénétration **transcutanée** à partir du sol humide
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - Asymptomatique +++ / sinon signes digestifs aspécifiques (diarrhée..)
 - Autres: signes cutanés (cf migration) / pulmonaires / généraux..
 - **Examens complémentaires**
 - NFS: hyperéosinophilie (!! parfois élevée)
 - **EPS:** diagnostic de certitude +++
- **Complication**
 - Si terrain immuno-déprimé: risque d'anguillulose maligne: mortelle !
 - → ivermectine avant toute **corticothérapie** si sujet à risque +++ (**A savoir !**)
- **Traitement**
 - **Ivermectine** (Stromectol®) 200µg/kg en prise unique PO
 - Prévention = lutte contre le péril fécal / ne pas marcher pieds nus

Distomatose

- **Généralités**
 - **Parasite:** Fasciola hepatica (trématode) / !! = « grande douve du foie »:
 - **Contamination:** par ingestion de végétaux semi-aquatiques (**cresson** +++)
 - **Cycle parasitaire**
 - oeufs dans selles puis dans eau douce: va dans mollusque
 - larves deviennent cercaires puis se fixent sur végétaux: T°
- **Diagnostic**
 - **Phase d'invasion (+1 à 4S)**
 - Tableau d'hépatite toxico-infectieuse: fièvre + hépatomégalie sensible
 - Signes allergiques: urticaire / prurit / toux
 - **Phase d'état (+ 3 à 6M)**
 - Vers adultes dans voies **biliaires**: complications mécaniques/inflammatoire
 - → pseudo-chirurgical: colique hépatique / cholécystite / angiocholite
 - **Paraclinique**
 - Echo/TDM abdo: distensions biliaires localisée +/- pseudokystes
 - NFS: hyperéosinophilie élevée / confirmation par **sérologie** +++
- **Traitement**
 - Antiparasitaire: Triclabendazole (Egaten®) 10mg/kg en prise unique PO
 - Prévention: éviter la consommation de cresson sauvage (lavage inutile !)

A connaître: bilharziose

Généralités

- **Epidémiologie**
 - !! 2ème endémie parasitaire après le paludisme / p = 200M / M = 500 000/an
 - Zones d'endémie: Afrique (Egypte +++) / Amérique du Sud / Asie du Sud-Est
- **Physiopathologie**
 - **Germe: schistosoma** = trematode (vers plat non segmenté)
 - **Hôtes:** intermédiaire: mollusque d'eau douce / définitif: vertébré (dont homme)
 - **Cycle du schistosome**
 - Pénétration active transcutanée d'un cercaire lors de bains en **eaux stagnantes**
 - Migration vers Vx méésentériques (S. mansoni) ou vésicaux (S. haematobium)
 - Ponte de 3000 oeufs/j → élimination dans selles ou urines: retour à l'eau, etc.

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain:** patient originaire d'une zone endémique ou **voyages** ++
 - **Signes généraux:** asthénie / épisodes fébriles / anémie chronique
 - **Examen physique**
 - **bilharziose urogénitale**
 - **Hématuries** macroscopiques terminales récidivantes
 - Signes fonctionnels urinaires: pollakiurie / impériosité
 - **bilharziose intestinale**
 - Hépatosplénomégalie / douleur abdominale

- Diarrhée chronique
- Examens complémentaires
 - Pour diagnostic positif
 - EPU ou EPS: retrouve les oeufs de schistosoma + + +
 - Sérologie: recherche Ag du parasite (peu indiquée)
 - Si EPU négative: cystoscopie pour anapath (granulomes bilharziens)
 - Pour évaluation du retentissement
 - ASP/Echo: calcifications vésicales (« vessie porcelaine »)
 - NFS: hyperéosinophilie (phase d'invasion) +/- anémie modérée
 - Cystoscopie ou rectoscopie: bilan des complications

Complications

- vésicales: IU récidivantes / transformation: cancer épidermoïde vésical (cf Tumeurs du testicule.)
- urétéro-néphro: sténose urétérale / PNC / hydronéphrose puis IRC
- génitales: hémospemie / épididymite (H) - métrorragies (F)
- hépatiques: cirrhose et surtout HTP + + +

Traitement

- Prise en charge: en ambulatoire hors complication
- Traitement curatif = antiparasitaire
 - Praziquantel (Biltricide®; cf cestode) 40mg/kg PO en prise unique
 - Efficace mais ne prévient pas la reinfection = importances des MHD + + +
- Prévention et MHD (A savoir !)
 - Prévention individuelle
 - Ne pas se baigner dans les eaux douces stagnantes + + +
 - Prévention collective
 - Dépistage et traitement dans les zones d'endémies
 - Lutte anti-mollusques dans les eaux douces
- Surveillance
 - Clinique: arrêt des hématuries / douleurs abdominales-transit
 - Au long cours: cf risque de réinfestation et complication (cancer + +)

Synthèse pour questions fermées

A quelle phase du cycle de l'ascaris correspond le syndrome de Loeffler ?

- Phase de migration larvaire (passage pulmonaire, remonte au niveau carrefour VADS, puis recontamination digestive)

NB : Sd de Loeffler dans d'autres helminthoses (Strongyloïdes stercoralis= anguillulose)

Quel germe faut-il éliminer ou traiter avant la mise en route d'une corticothérapie ?

- Strongyloïdes stercoralis (Anguillulose)

Comment sensibiliser la recherche de Strongyloïdes stercoralis ?

- Technique de Baermann (les larves sont attirées par la chaleur)

Quel germe est responsable de la cysticerose ?

- Taenia solium