

Amoebiose - Parasitoses intestinales

Généralités

Dr A. Benyahia

Est parasite tout organisme qui se développe aux dépens d'un être vivant pendant toute ou une partie de son existence. Les parasites intestinaux appartiennent au monde animal (protozoaires, vers, arthropodes). Les parasitoses intestinales peuvent rester asymptomatiques si l'infection est faible, ou provoquer des troubles digestifs et généraux sévères en cas d'infection massive. Ces parasitoses sont cosmopolites ou uniquement tropicales.

Amoebiose

L'amibiase est une parasitose humaine due à un protozoaire *Entamoeba histolytica*. De transmission facile par les mains sales et les aliments souillés, l'amibiase est une maladie cosmopolite mais avec une forte prévalence dans les pays sous-développés. Comme d'autres maladies du péril fécal, l'amibiase est un indicateur d'hygiène. L'atteinte colique est la plus fréquente, mais d'autres localisations hépatiques, cutanées, Pleuro-pulmonaires... peuvent se voir.

Parmi les six espèces d'amibe qui peuvent parasiter l'homme, seule *E. histolytica* est pathogène. Ce protozoaire peut se présenter sous trois aspects : une forme kystique qui permet la survie dans le milieu extérieur, deux formes végétatives : *E. histolytica.minuta* et *E. histolytica histolytica* qui est la forme invasive.

Le réservoir est strictement humain. L'homme malade ou porteur qui va éliminer des kystes dans ses selles.

Le mode de transmission est féco-oral par les mains sales ou par les crudités, aliments et l'eau souillés par les selles.

Clinique

1. Amoebiose colique aiguë

C'est la manifestation initiale de la maladie qui peut se présenter sous une forme dysentérique ou diarrhéique.

La forme dysentérique aiguë est la forme la plus évocatrice, la plus caractéristique, mais la moins fréquente.

Le début est brutal souvent précédé par une diarrhée banale. Rapidement apparaissent des douleurs abdominales à type de coliques permanentes. Sur ce fond douloureux, survient le syndrome dysentérique :

Des épreintes : ce sont des douleurs violentes partant de la fosse iliaque droite (cæcum), parcourent le cadre colique en vagues et se terminent par une envie impérieuse d'aller à la selle. La palpation douce de la fosse iliaque droite révèle un cæcum tendu (cæcum érectile) et au niveau de la fosse iliaque gauche un sigmoïde spasmodé (la corde sigmoïdienne) : c'est la colite bipolaire.

Des ténésmes : ce sont des contractures douloureuses du sphincter anal avec sensation de corps étranger intra-rectal

Des crachats dysentériques : émission fréquente (5-10) de selles afécales faites de glaires muco-purulentes, et de sang.

La forme diarrhéique est la forme la plus fréquente passant souvent inaperçue et considérée à tort comme une diarrhée banale. Elle se caractérise par des coliques intestinales avec émission de selles diarrhéiques striées ou non de sang. L'examen met en évidence la colite bipolaire.

Dans ces deux formes, l'état général est plus ou moins conservé, la température est normale.

Evolution : L'amoebiose colique aiguë évolue favorablement sous traitement. Non ou mal traitée, l'évolution peut se faire vers une localisation tissulaire (hépatique le plus souvent), des hémorragies intestinales, des perforations.

2. Amoebose hépatique

l'amoebose hépatique est la localisation extra intestinale la plus fréquente. Elle est secondaire à une embolisation dans le système porte des amibes intestinales. Grâce à leurs enzymes, les amibes ont le pouvoir de détruire les tissus et de s'incruster dans la muqueuse colique et par effraction vasculaire se retrouver emportées par le sang porte au niveau du foie. Au niveau du foie, elles déterminent une nécrose centrifuge aboutissant à une abcédation.

Cliniquement, l'amoebose hépatique réalise un tableau d'hépatomégalie douloureuse et fébrile. La fièvre est constante, anarchique, brutale. Le patient se plaint de douleur spontanée de l'hypochondre droit, l'état général est altéré.

Evolution : non traitée, l'évolution se fait vers l'extension de la lésion avec possibilité de rupture à la paroi, dans le péritoine, dans le péricarde, la plèvre.

Diagnostic

Amoebose colique

NFS : leucocytose normale, vitesse de sédimentation normale, il n'y a pas d'hyperéosinophilie

Recherche d'amibes dans les selles fraîchement émises

Amoebose hépatique

Chez un amibien, l'élévation de VS, une hyperleucocytose et/ou une douleur de l'hypochondre droit doit faire évoquer une localisation hépatique

L'échographie montre une cavité anéchogène.

Le diagnostic est sérologique (IFI, ELISA, hémagglutination indirecte).

La recherche d'amibe dans les selle n'a pas d'intérêt.

Traitement

Amibiase colique :

Métronidazole (flagyl*) cp à 250 mg : 30mg/kg/j soit 2g en 3 prises pendant 10j

Tinidazole (tibéral*) 2g/j pendant 3j

Secnidazole 2g en une seule prise.

Amibiase hépatique ou autre localisations extra intestinale :

Métronidazole par voie veineuse (2g par jour) pendant 4 semaines.

NB : Associer une antibiothérapie contre bacilles Gram négatif type C1G ou C3G + aminosides

Envisager une ponction ou un drainage chirurgical s'il existe un risque de rupture.

Oxyurose

Épidémiologie

L'oxyurose est cosmopolite et très fréquente chez les jeunes enfants, en particulier en cas d'hygiène précaire.

L'**oxyure**, ou *Enterobius vermicularis*, est un petit nématode (ver rond) blanc de 1 cm de long, situé dans le cæcum.



L'infestation s'effectue par ingestion des œufs par les mains sales ou objets sucés. Les femelles viennent pondre au niveau de la marge anale, provoquant du prurit anal.

L'enfant va se recontaminer en portant les doigts à sa bouche et va contaminer les autres enfants par les jeux collectifs.

Clinique

En général asymptomatique, la clinique est dominée par un prurit anal nocturne, pathognomonique, pouvant entraîner des lésions de grattage et provoquer une insomnie.

Et peut s'accompagner de troubles digestifs (douleurs abdominales, nausées ou vomissements, parfois une appendicite), des troubles nerveux (irritabilité, cauchemars) ou, chez la fillette, de vulvite et de cystite récidivantes.

Diagnostic

Présence de nombreux petits vers blancs dans les selles, ou restés sur la marge anale ou plus fréquemment sur le scotch-test anal qui reste la meilleure méthode diagnostique de cette parasitose.

Traitement

Les traitements actuels sont efficaces et bien tolérés

Traitement concomitant de l'entourage et mesures d'hygiène

Les échecs thérapeutiques sont dues à des re-contaminations.

Flubendazole (Fluvermal®) 100 mg : 1 cp ou 1 c mesure

Combantrin 125 mg : 1 cp ou 1 c mesure

Albendazole : 400 mg : 1 cp ou 1 c mesure

Une 2^e cure est recommandée, 2 à 3 semaines après la première.

Mesures d'hygiène associés :

Traitement de toute la famille le même jour

Changement de la literie et du linge le jour du traitement couper les ongles le plus ras possible

Lavage des mains et brossage des ongles après chaque selle et avant chaque repas.

Ascariidiose

L'ascaris (*Ascaris lumbricoïdes*) est un nématode cosmopolite, rare en zones tempérées mais très fréquent en zone tropicale. Situé dans l'intestin grêle, il mesure de 10 à 20 cm.



La contamination s'effectue par ingestion d'aliments souillés (crudités, fruits) contenant les œufs.

Après ingestion, les larves traversent la paroi du tube digestif, et par un circuit complexe de deux mois, deviennent adultes dans le grêle. La femelle pond chaque jour environ 200 000 œufs qui sont éliminés avec les selles et éparpillés dans la nature.

Clinique

- Phase de migration larvaire : marqué par le syndrome de Löffler défini par les symptômes pulmonaires (toux, dyspnée, voire hémoptysie, fébricule, infiltrat pulmonaire labile à la radiographie) associé à l'hyperéosinophilie sanguine.
- Phase d'état : troubles digestifs non spécifiques : douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhées.

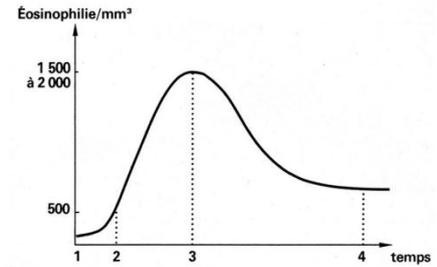
Des complications sont possibles : ictère par obstruction du cholédoque, abcès hépatique, occlusion intestinale avec volvulus du grêle, pancréatite, appendicite, perforation du diverticule de Meckel, péritonite.

Diagnostic

Le diagnostic est affirmé par l'élimination d'un ou de plusieurs vers adultes dans les selles ou parfois à l'occasion d'un effort de vomissement.

L'examen parasitologique des selles : retrouve les œufs d'ascaris.

Le sérodiagnostic n'est utile qu'en phase de migration larvaire. L'éosinophilie sanguine est élevée pendant cette phase et revient à un chiffre subnormal ensuite (courbe de Lavier).



Traitement : dérivés imidazolés :

Flubendazole (Fluvermal®) 100 mg : 2 cp ou 1 c mesure par jour, pendant 3 jours

Combantrin 125 mg : 1 cp ou 1 c mesure

Albendazole : 400 mg : 1 cp ou 1 c mesure

Prévention : contrôler l'hygiène alimentaire et à concentrer les selles dans les latrines, d'où l'importance de l'éducation sanitaire continue.

Trichocéphalose

Le trichocéphale est un nématode cosmopolite. Situé dans le cæcum, 3 à 5 cm de long, composé d'une partie céphalique fine et d'une partie caudale plus épaisse. Les adultes pondent leurs œufs (environ 20 000 par jour) et sont éliminés avec les selles. Les œufs sont ingérés avec l'eau ou les crudités. Les larves éclosent, restent dans l'intestin et deviennent adultes en 10 mois.



Clinique

Une infestation importante peut provoquer des troubles digestifs : douleurs abdominales, diarrhées, voire un syndrome dysentérique, ténésme, et une altération de l'état général, anémie ferriprive, rectorragies et même prolapsus rectal. Le sujet peut éliminer un véritable paquet de trichocéphales.

Diagnostic

L'hyperéosinophilie est modérée.

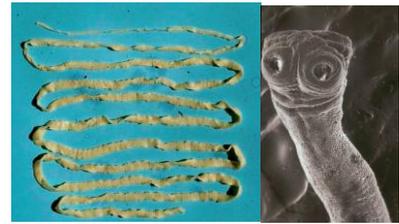
Examen parasitologique des selles : met en évidence les œufs ovoïdes, en "citron" caractéristiques. Il n'y a pas de sérodiagnostic.

Traitement : identique à celui de l'ascaris.

Taeniose

Épidémiologie

Le *Tænia saginata*, ou « ver solitaire », est dû à l'ingestion de viande saignante de bœuf contenant les larves cysticerques. Le ver adulte est composé d'une tête, ou scolex, et de nombreux anneaux formant un ruban de plusieurs mètres.



Clinique

Parfois latent, le *Tænia* peut se manifester par des symptômes regroupés sous le mot de « téniasis » associant des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées) et des troubles du comportement (irritabilité), boulimie « classique », mais plus souvent anorexie, palpitations, dyspnée, urticaire.

Diagnostic

L'hyperéosinophilie est passagère mais peut être très élevée.

Découverte fortuite d'éléments plats et blancs (anneaux) de 1×2 cm, retrouvés dans le linge ou les draps. Examen parasitologique des selles ou scotch-test anal: retrouve des œufs de 50µ.

Traitement : Praziquantel : 10 mg/kg en prise unique

Prévention : longue cuisson de la viande de bœuf.

Giardiose

Épidémiologie

Cette affection cosmopolite très fréquente est due à *Giardia intestinalis* (ou *Lamblia intestinalis*) situé dans le duodénum. Des perturbations écologiques (inondations, tremblement de terre) sont des facteurs favorisant la dissémination de parasitoses intestinales.

L'infestation se fait par ingestion des kystes avec l'eau ou les crudités.

La giardiose peut survenir par épidémie, en particulier dans les collectivités d'enfants.

Clinique

L'infestation peut rester asymptomatique. Mais les troubles sont parfois très prononcés : nausées, vomissements, épigastralgies rythmées par les repas, diarrhées mousseuses, jaunâtres.

Au long cours, les parasites recouvrent les villosités intestinales entraînant une malabsorption avec un retard staturopondéral. Aussi, dans les pays tropicaux où l'infestation est importante, des traitements périodiques sont recommandés pour maintenir l'état nutritionnel.

Diagnostic et traitement

Le diagnostic est affirmé par les examens parasitologiques des selles, montrant parfois les formes végétatives, mais surtout les kystes. En cas de négativité des examens de selles, on peut pratiquer un tubage duodéal. Il existe des tests de diagnostic rapide pour détecter les antigènes de *Giardia* et de *Cryptosporidium* (test mixte).

Le traitement, actuellement Tinidazole 500 mg, en cure unique de 50 à 70 mg/kg, est efficace et bien toléré. Il est conseillé de traiter l'entourage, possiblement infesté avec la même alimentation, avec une éducation sanitaire.

Cryptosporidiose

Épidémiologie

Cryptosporidium est un protozoaire cosmopolite. La contamination s'effectue par voie orale. En Afrique, la prévalence de la cryptosporidiose est élevée chez les sujets avec le virus de l'immunodéficience humaine positif (VIH+).

Clinique et diagnostic

Chez l'immunocompétent, cette affection provoque des troubles intestinaux peu intenses.

Chez l'immunodéprimé, elle provoque des diarrhées importantes avec nausées, vomissements et douleurs abdominales, évoluant vers une malnutrition.

Un frottis de selles coloré au Ziehl-Neelsen retrouve les cryptosporidies.

La biopsie duodénale montre ces parasites accolés à la bordure en brosse des entérocytes. Il existe des tests de diagnostic rapide, détectant les antigènes de Giardia et de Cryptosporidium. Le test Elisa a une sensibilité et une spécificité de 90 et 93 %.

Traitement

À défaut de traitement spécifique du Cryptosporidium, il faut restaurer l'état immunitaire des patients

Des essais sont encourageants avec la paromomycine, l'azithromycine ou le nitazoxanide.

Microsporidiose

Plusieurs espèces peuvent atteindre le sujet immunodéprimé (en particulier VIH positif), comme *Encephalitozoon cuniculi* ou *Enterocytozoon bienewisi* responsables de troubles digestifs (douleurs abdominales, diarrhées) et pulmonaires.

Le diagnostic est établi par le frottis de selles ou une biopsie duodénale.

Outre la restauration immunitaire, des essais sont en cours par le cotrimoxazole, l'albendazole ou la fumagilline.

Ankylostomose

Épidémiologie

Il existe deux espèces d'ankylostomes : *Ankylostoma duodenale* en zone subtropicale et *Necator americanus* en région tropicale. Les vers adultes s'accrochent sur la muqueuse duodénale par leurs crochets buccaux. Dans la nature, les œufs éliminés avec les selles éclosent et les larves traversent la peau des enfants qui jouent en terrain boueux. Après un circuit complexe dans l'organisme, les parasites deviennent adultes dans le duodénum en 40 jours. Ces nématodes étant hématophages, une infestation massive et chronique provoque une anémie par carence martiale.

Clinique

Les troubles digestifs sont fréquents : douleurs abdominales, diarrhées, nausées, vomissements.

L'ankylostomose aboutit à un syndrome anémique : pâleur, amaigrissement, œdème du visage et des membres.

Diagnostic et traitement

L'hémogramme révèle une hyperéosinophilie, mais surtout une anémie ferriprive, microcytaire, hyposidérémique.

L'ankylostomose est affirmée par l'examen parasitologique des selles.

Le traitement est fondé sur les dérivés imidazolés (Albendazole)

Anguillulose

Épidémiologie

L'anguillulose est fréquente en milieu tropical, avec quelques petits foyers en Europe du Sud.

Les vers adultes, dans le duodénum, émettent des œufs d'où sortent des larves émises avec les selles.

Ces larves traversent la peau et, après un circuit complexe, rejoignent le duodénum. Il existe, en outre, un cycle d'auto-infestation.

Clinique

Les troubles digestifs (douleurs épigastriques, nausées, vomissements, diarrhées parfois abondantes) sont plus accentués chez les enfants dénutris. Peut apparaître un sillon cutané érythémateux, prurigineux et mobile de plusieurs millimètres par heure (larva currens).

Diagnostic

Hyperéosinophilie oscillante, en raison du cycle de réinfestation par les anguillules.

Examen parasitologique des selles à la recherche des larves.

Traitement

Le traitement classique (Albendazole, Flubendazole, mébendazole) a été remplacé par l'ivermectine.