

PARASIToses INTESTINALES (PI)

Deux groupes de parasites peuvent coloniser le tube digestif: **les protozoaires et les helminthes**.

Si les protozoaires se développent très rapidement après la contamination dans l'intestin, de nombreux helminthes effectuent un cycle de développement dans l'organisme et ne se retrouvent dans l'intestin que plusieurs semaines après la contamination, justifiant, en cas de suspicion d'une helminthiase, la répétition des examens après plusieurs semaines. **Les helminthes** peuvent être à l'origine d'une **éosinophilie**, particulièrement pendant leur cycle évolutif dans l'organisme, ce qui n'est pas le cas des protozoaires.

QUAND PENSER A UNE PARASITOSE INTESTINALE ?

Les situations cliniques justifiant une recherche de parasites intestinaux (tabl. 2) sont souvent un **syndrome diarrhéique, des troubles digestifs vagues** ou une **éosinophilie**.

3 populations sont particulièrement à risques

1. **Les voyageurs** (notamment ceux séjournant dans des conditions aventureuses ou proches des populations locales) et **les migrants**.
2. Les **patients immuno-déprimés (HIV, corticothérapies,...)** (parasitoses opportunistes parfois responsables de tableaux sévères)
3. **Les enfants (et les personnes âgées)** vivant en collectivité

Diagnostic par examen coprologique - Règles à respecter pour une rentabilité optimale

Prélèvement des échantillons

- Utiliser un contenant propre, à large ouverture
- Quantité
 - selles formées : 20-40 g (grosse noix)
 - selles liquides : 5-6 c. à soupe
- A distance (idéalement 3 jours) de l'utilisation de:
 - Produits opaques (baryte, charbon)
 - Substances laxatives ou suppositoires
 - Antiacides
- Régime pauvre en fibres végétales les jours qui précèdent
- Fenêtre antibiotique (min 5 jours) si prise de métronidazole ou de tétracyclines

Acheminement rapide des selles au laboratoire (de préférence dans les 3 heures)

ACHEMINER
IMMEDIATEMENT AU
LABO

Répétition des examens

car émission discontinue de certains protozoaires (Giardia sp., coccidies), pauciparasitisme

3 échantillons à 2-3 jours d'intervalle en 10 jours maximum
(1 demande par échantillons -3 demandes différentes)

BIEN SPÉCIFIER AUX PATIENTS
QU'UN DÉLAI DE 2-3 JOURS
ENTRE CHAQUE SELLES EST
NÉCESSAIRE

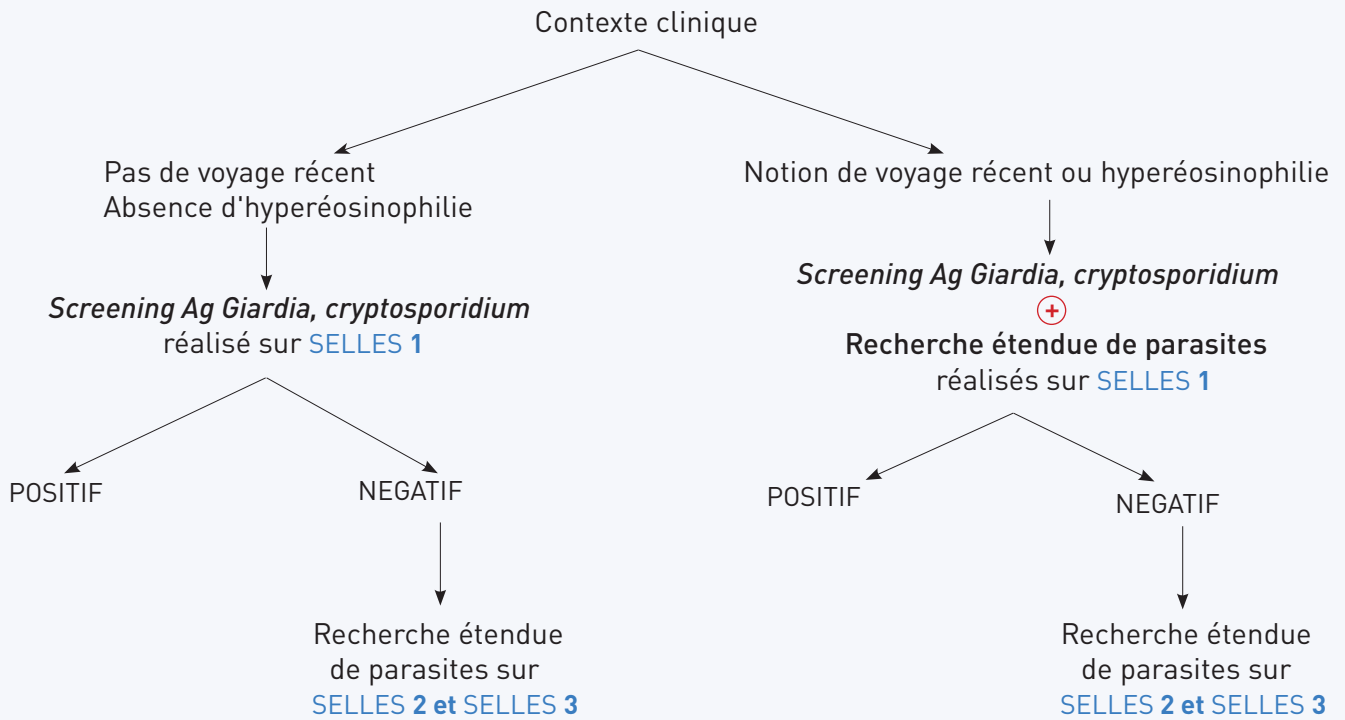
Renseignements cliniques indispensables

- Il est toujours utile de préciser au laboratoire le ou les parasites recherchés, l'état immunitaire du patient, ses symptômes, la présence d'une éosinophilie et le(s) pays visité(s).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
INDISPENSABLES POUR UN
DIAGNOSTIC CORRECT EN
PARASITOLOGIE

Demande de parasites sur selles IBC

Algorithme de prise en charge



■ Toujours sur 3 échantillons (1 demande par envoi) à 2-3 jours d'intervalle en 10 jours maximum
Excrétion intermittente des œufs ou des kystes. Les échantillons de selles doivent être prélevés en jours alternés

PARASIToses INTESTINALES (*)

Ag *Giardia lamblia* [305] + Ag *Crypto* [319]
et/ou microscopie parasitaire [381]

Toujours recueillir 3 échantillons de selles
(3 demandes /3 envois) à 2-3 jours d'intervalle sur une période de max 10 jours

Selle 1 Selle 2 Selle 3

Retour de voyage ou hyperéosinophilie ?

303 NON 312 OUI

Pays visité

Parasite suspecté

Ver adulte : mettre dans NaCl 0.9% ou dans coton humide

382 Scotch-test (oxyure)

320 *Entamoeba histolytica* (Ag) sur selle mucosanglante

Plus d'info sur www.ibctab.be/actualites/

■ Si le patient revient de voyage et/ou s'il présente une hyperéosinophilie, un screening Antigènes *Giardia* + *cryptosporidium* **ET** une recherche étendue de parasites (microscope) sont d'emblée recherchés sur le 1^{er} échantillon de selles parvenant au laboratoire. En cas de négativité, une recherche étendue de parasites est alors poursuivie sur les selles 2 et 3.

■ Dans les autres situations, un screening Antigènes *Giardia* + *cryptosporidium* est réalisé dans un 1^{er} temps sur les selles 1. En cas de négativité et de persistance des symptômes, une recherche étendue de parasites est alors réalisée sur selles 2 et 3.

■ Mon patient dit qu'il a vu des vers dans ses selles que faut-il faire ?

1. Mettre l'élément dans du sérum physiologique ou dans un coton humide (l'essentiel est qu'il ne sèche pas)
2. Demander au patient si l'élément bouge et le spécifier sur la feuille de demande.

Le *Taenia saginata* est mobile au-contre des autres *Taenia*

3. Conserver à T° ambiante et amener au laboratoire < 24h

Hyperéosinophilie

L'hyperéosinophilie se définit par une **valeur absolue de polynucléaires éosinophiles > 500 /mm³**

Elle peut être très évocatrice d'une infection par **helminthes (pas d'éosinophilie en cas d'infection par les protozoaires)**

Si elle est franchement supérieure à 1000/mm³, cela évoque une primo-infection (stade larvaire) surtout si des signes «allergiques» sont présents. A l'inverse, au-dessous de ce seuil (500-1000), il s'agit plutôt d'une helminthiase au stade d'état (stade adulte du parasite).

Attention : ne pas perdre de vue que l'hyperéosinophilie n'est pas spécifique des parasitoses.

Une fois les causes non parasitaires éliminées (v. encadré), l'anamnèse est cruciale.

Si le sujet n'a pas quitté la Belgique, rechercher : chat ou chien à domicile (toxocarose ou larva migrans viscérale, parfois asymptomatique), consommation de cresson (distomatose hépatique), de chair de poisson cru (anisakidose) ou de viande de porc ou bœuf peu cuite (trichinellose/tæniasis).

Si le sujet a voyagé en zone à risque : évoquer filariose, bilharziose (digestive ou urinaire), ascaridiose, ankylostomose et anguillulose.

Enfants et sujets âgés en collectivité

L'oxyurose et la giardiose sont rencontrées régulièrement dans les collectivités de jeunes enfants (crèches, garderies) mais aussi en MRS ou en secteur psychiatrique fermé.

Giardia lamblia (le plus commun sous nos latitudes)

Grande variété de symptômes gastro-intestinaux, allant de la forme asymptomatique à une diarrhée aiguë ou chronique, parfois accompagnée d'un syndrome de malabsorption et/ou une déficience transitoire en lactase. Un régime pauvre en lactose peut alors être bénéfique.

Oxyurose

Parasitose intestinale, cosmopolite, fréquente chez les enfants en collectivité et très contagieuse.

La contamination, strictement interhumaine, se fait par ingestion d'œufs émis dans le milieu extérieur.

Le patient n'est pas toujours symptomatique, et des vers peuvent être fortuitement découverts lors d'un examen proctologique ou d'une coloscopie. En cas de symptômes, la clinique est dominée par le **prurit anal** (morsure de la peau par le ver et sécrétion d'une substance irritante). Des **troubles du transit et des douleurs abdominales** sont également possibles.

Le diagnostic se fait en visualisant les vers à l'œil nu. S'ils ne sont pas visibles, la recherche des œufs au niveau de la marge anale se fait par « scotch-test », le matin, avant la toilette locale et avant défécation. Les diagnostics différentiels correspondent aux autres causes de prurit anal : candidose, eczéma, psoriasis, etc.

La prévention repose sur des règles d'hygiène élémentaire.

Scotch-test anal ([Voir notre page WEB](#))

A effectuer au lever avant la toilette et les premières selles.

- Décoller le scotch transparent de son support (utiliser un scotch "transparent" qui permet l'examen au microscope)
- Appliquer le coté adhésif sur les plis de la marge anale et le maintenir en appuyant quelques secondes.
- Retirer le scotch et l'étaler sur la lame porte-objet support.
- Acheminer la lame au laboratoire dans les plus brefs délais.

HYPEREOSINOPHILIE - Étiologies non parasitaires

Maladie allergique : asthme, eczéma, urticaire, dermatite atopique

Postopératoire : gastrectomie, splénectomie

Exposition toxique : mercure, benzène, radiations ionisantes

Iatrogène : pénicillines, barbituriques, vitamine B12, dérivés arsenicaux, tryptophane

Pathologies digestives : RCUH, Crohn

Hémopathies : leucémies aiguës et chroniques, métastases de divers cancers

Maladies de système : périartérite noueuse, lupus, polyarthrite rhumatoïde, pemphigus.

Cas particulier :

Syndrome d'hyperéosinophilie essentielle :

groupe d'affections rares et hétérogènes, définies par une hyperéosinophilie prononcée (>1500/mm³) et persistante pendant plus de 6 mois consécutifs ; les atteintes d'organes sont très variables (peau, cœur, poumons et système nerveux) ; diagnostic évoqué après exclusion de toutes les autres causes et traitement antihelminthique d'épreuve.

Roufosse, F.E., Goldman, M. & Cogan, E. Hypereosinophilic syndromes. Orphanet J Rare Dis 2, 37 (2007)

Giardiose - Cryptosporidiose : caractéristiques de la maladie (tabl 1)

	<i>Giardia</i>	<i>Cryptosporidium</i>
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cosmopolite ■ Collectivités +++ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cosmopolite ■ Toutes classes d'âge
Formes asymptomatiques	OUI	
Principaux symptômes	<p>Chez l'adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Selles pâteuses ou parfois diarrhéiques, douleurs abdominales, anorexie / perte de poids. <p>Chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diarrhées grasses abondantes avec malabsorption (70 – 92 %), ■ Anorexie (40 – 73 %), ■ Malnutrition protéique, retard de croissance et de développement (si infection chronique). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diarrhée aqueuse (81 %) ■ Douleurs abdominales (60-96 %) ■ Perte de poids (50-75 %) ■ Nausées (35 %) ■ Vomissements (49-65 %) ■ Fièvre (36-59 %)
Complications	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formes persistantes (> 6 mois) : 60% des cas chez les sujets immunodéprimés. ■ Augmente le risque de fatigue chronique et de syndrome de l'intestin irritable jusqu'à 6 ans après la période d'infection. 	<p>Immunodéprimés: diarrhée sévère et prolongée, atteinte biliaire dans près de 30 % des cas. Très rares localisations extradiigestives.</p> <p>Létalité pouvant être élevée chez les sujets très immunodéprimés (patient SIDA et enfants malnutris)</p> <p>Possibles séquelles extra-digestives: douleurs articulaires, oculaires</p>

A RETENIR

- Le diagnostic des parasitoses intestinales repose avant tout sur l'examen coprologique
 - **Acheminer rapidement les selles au laboratoire** (de préférence dans les 3 heures)
 - **Répéter les examens : 3 échantillons à 2-3 jours d'intervalle en 10 jours maximum (1 demande par échantillons -3 demandes différentes)**
 - **Renseignements cliniques indispensables** (retour voyage, hyperéosinophilie, pays visité(s), état immunitaire)
- Populations à risque : voyageurs, migrants, immuno-déprimés, enfants
- Hyperéosinophilie : $\geq 500/\text{mm}^3$ → helminthes (vers)
→ $> 1000/\text{mm}^3$: primo-invasion / < 1000 : phase d'état
- **En dehors d'une hyperéosinophilie ou d'un retour de voyage**, un screening Antigènes *Giardia* + *cryptosporidium* est réalisé systématiquement dans un 1^{er} temps sur les selles 1. En cas de négativité, une recherche étendue de parasites est alors réalisée sur selles 2 et 3.
- **Si le patient revient de voyage et/ou s'il présente une hyperéosinophilie**, un screening *Giardia/cryptosporidium* ET une recherche étendue de parasites (microscope) sont d'emblée recherchés sur le 1^{er} échantillon de selles parvenant au laboratoire. En cas de négativité, une recherche étendue de parasites est alors poursuivie sur les échantillons 2 et 3.

Tableau 2

SITUATIONS EVOQUANT UNE PARASITOSE INTESTINALE

Voyageurs au retour	Diarrhée avec syndrome dysentérique	Amibiase (<i>diarrhée mucosanglante - DD avec la Shigellose</i>), balantidiose
	Diarrhée chronique	Giardiose , amibiase, cyclospore (<i>Népal, Pérou, Haïti et Russie</i>), cryptosporidiose , microsporidiose, isosporose, strongyloïdose, distomatoses intestinales
	Signes généraux (<i>fièvre, urticaire, érythème, asthme, syndrome de Loeffler</i>) avec signes digestifs (primo-invasion)	Ankylostomose, ascaridiose, strongyloïdose (anguillulose), schistosomoses (bilharziose), trichinellose, toxocarose,...
	Tableau dyspeptique (<i>sensation fréquente chez le voyageur => évoquer une PI pauci-symptomatique</i>)	Giardiose , téniasse, ascaridiose, ankylostomose
Migrants	Dyspepsie, diarrhée, hépatopathie, hyperéosinophilie	Giardiose , amibiase, ankylostomose, ascaridiose, schistosomoses, strongyloïdose, téniasse, distomatoses intestinales
Pas de séjour en zone tropicale	Diarrhée et déficit immunitaire <i>La diarrhée est souvent chronique, sans température avec perte de poids importante</i>	Giardiose , cryptosporidiose , microsporidiose, isosporose, cyclospore
	Tableau de primo-invasion d'helminthiase	Trichinellose, toxocarose
	Signes généraux sévères et troubles digestifs avec immuno-dépression	Anguillulose (strongyloïdose) maligne ou disséminée*
	Syndrome pseudo-occlusif ou pseudo-ulcéreux <i>Poissons crus !</i>	Anisakidose (anisakiase)
	Sujets en collectivité (crèches, écoles maternelles, institutions fermées)	Oxyurose , giardiose
Visualisation (parfois fortuite)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15 à 20 cm : ascaris (émission par les selles ou vomissements) ■ 1 à 5 cm : ankylostome, trichocéphale, anisakis (endoscopie) ■ < 1 cm : oxyure (marge anale ou endoscopie) ■ anneaux plats : taenia, bothriocéphale (marge anale, sous-vêtements) 	

D'après O.Bouchaud (*Parasitoses intestinales méconnues*)

* Anguillulose (strongyloïdose) maligne (ou disséminée). Dans un contexte d'immuno-suppression (particulièrement une corticothérapie à fortes doses ou une chimiothérapie lourde...mais bizarrement pas le sida), le cycle d'autoinfestation interne (qui permet à une anguillulose de persister à bas bruit plusieurs décennies après l'infestation) «s'emballe» avec hyperproduction d'une quantité considérable de larves qui vont disséminer partout dans l'organisme (tableau, heureusement rare mais justifiant une recherche chez toute personne immunodéprimée ayant séjourné en zone tropicale (y compris Antilles).

Pour éviter l'anguillulose disséminée (maligne), penser à une cure d'ivermectine systématique avant un traitement immuno-suppresseur chez tout patient ayant séjourné en zone d'endémie, même plusieurs décennies auparavant.