

Parasitoses digestives : du laboratoire à la clinique (ou l'inverse)

Dr Fakhri JEDDI (Parasitologue -Mycologue)
&
Dr Olivier BAHUAUD (Infectiologue)



Vignette Clinique n°1 :

Un homme de 32 ans, sans antécédent notable, non immunodéprimé, consulte pour une diarrhée aqueuse évoluant depuis 10 jours.

Il décrit 4 à 5 selles liquides par jour, des douleurs abdominales diffuses, des ballonnements, une asthénie et une perte de 2 kg.

Il n'y a pas de sang dans les selles.

Il n'a pas voyagé récemment et ne rapporte aucune prise d'antibiotique.

Son conjoint a eu un épisode diarrhéique bref quelques jours plus tôt.

L'examen clinique retrouve une sensibilité abdominale diffuse sans défense. La température est à 37,8 °C

Quels éléments recherchez vous à l'interrogatoire pour orienter votre diagnostic étiologique ?



Quels examens complémentaires préconisez vous pour vous orienter ?



Quels examens complémentaires préconisez vous pour vous orienter ?

1

Numération formule sanguine

✓ bonne réponse

84% 37 ✓

2

Sérologie VIH

✓ bonne réponse

48% 21 ✓

3

Sérologie Cryptosporidiose

0% 0

4

Sérologie Giardia intestinalis

5% 2

5

Sérologie Amibiase

5% 2

6

Coproculture

✓ bonne réponse

100% 44 ✓

7

Recherche de clostridium difficile

34% 15

8

Examen parasitologique des selles

✓ bonne réponse

98% 43 ✓

9

calprotectine fecale

5% 2

10

PCR multiplex Helminthes / Protozoaires sur écouvillon rectal

7% 3

Renseignements cliniques :

Question à l'interrogatoire	Pourquoi la poser ?	Parasites principalement évoqués
Viande peu cuite	Contamination alimentaire par tissus animaux	<i>Taenia saginata/solium</i> , <i>Toxoplasma gondii</i> plutôt hors EPS,
Poisson cru	Parasites liés aux poissons crus ou insuffisamment cuits	<i>Anisakis</i> spp.
Crudités non lavées / végétaux crus	Transmission féco-orale ou par aliments souillés	<i>Giardia intestinalis</i> , <i>Cryptosporidium</i> spp., microsporidies, <i>Cyclospora</i> sp, <i>Entamoeba histolytica</i> ; <i>Toxoplasma gondii</i>
Signes digestifs	Confirme le syndrome cible : diarrhée aqueuse, prolongée, douleurs, ballonnements	<i>Giardia intestinalis</i> , <i>Cryptosporidium</i> spp., microsporidies, <i>Cyclospora</i> sp, <i>Cystoisospora</i>
Signes cutanés	Peut orienter vers une helminthose avec phase cutanée ou migration larvaire (larva currens)	<i>Strongyloides stercoralis</i> , ankylostomes ;
Entourage symptomatique	Recherche un cluster féco-oral ou hydrique	<i>Giardia intestinalis</i> , <i>Cryptosporidium</i> spp, microsporidies
Voyage hors Europe de l'Ouest	Fait passer à un panel élargi, surtout si diarrhée prolongée ou hyperéosinophilie	<i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Cyclospora</i> , <i>Cystoisospora</i> , <i>Schistosoma</i> sp, <i>Strongyloides stercoralis</i> , ankylostomes
Pays d'origine / pays traversés si migrant	Recherche des parasitoses persistantes longtemps après l'exposition	<i>Strongyloides stercoralis</i> , <i>Schistosoma</i> sp, ankylostomose
Immunodépression	Augmente la gravité et la chronicité de certaines protozooses	<i>Cryptosporidium</i> spp.; microsporidies ; <i>Strongyloides stercoralis</i>
Profession	Expositions spécifiques : enfants/ crèches, Restauration	<i>Giardia intestinalis</i> , oxyure ;
Baignade eau douce / piscine	Utile pour une diarrhée sans voyage	<i>Cryptosporidium</i> spp. +++, <i>Giardia intestinalis</i>
Visite de ferme / animaux domestiques	Recherche une transmission zoonotique	<i>Cryptosporidium parvum</i> , <i>Giardia</i> assemblages zoonotiques, microsporidies

Quel diagnostic retenez vous ?

- ① Infection isolée à *Cryptosporidium* spp. de l'immunocompétent
- ② Infection isolée à *Blastocystis hominis* de l'immunocompétent
- ③ Co-infection à *Cryptosporidium* spp. et à *Blastocystis hominis* de l'immunocompétent

Examen parasitologique des selles (EPS)

- Nécessité d'expertise pour la microscopie
 - Concentration des selles : x20
- Émergence des techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN)
- Quantité minimale : 30-40 g
- Pas d'ingestion de médicaments opaques (charbon), régime pauvre en fibres végétales le jour précédant l'EPS
- 3 EPS à quelques jours d'intervalle sur 7 à 10 jours
 - Même si positivité 1er et/ou 2ème examen
 - Helminthes :
 - la ponte des œufs n'est pas quotidienne
 - Différents délais de ponte
 - Moins d'évidence pour les protozoaires surtout si PCR
- Écouvillon rectal : non

Panel minimal : autochtone ou voyage en Europe occidentale

- *Giardia intestinalis*
- *Cryptosporidium* spp.
- *Entamoeba histolytica*
- *Enterocytozoon bieneusi* et *Encephalitozoon* spp.
- *Enterobius vermicularis* (oxyure)
- *Taenia* spp.
- *Strongyloides stercoralis* (anguillule)

Qualité/accréditation

Copyright: JLE, 2025 • doi : 10.1684/abc.2025.1986

Annales de
**Biologie
Clinique**

Examen parasitologique des selles :
recommandations françaises ANOFEL/LABAC

Xavier Iriart^{1,2}, Philippe Poirier^{2,3,4}, Damien Costa^{2,4,5}, Frédéric Dalle^{2,4,6}, Noémie Coron^{7,8},
Nicolas Argy^{2,9}, Loïc Favennec^{2,4,5}, Elodie Pernot-Marino^{8,10}, Stéphanie Haim-Boukobza^{8,11},
Jean-Marc Giannoli^{8,12}, Frédéric Gabriel^{2,13}, Florence Robert-Gangneux^{2,14}

Panel élargi : voyage hors Europe occidentale ou immunodépression ou polynucléaires éosinophiles sanguins $> 500/\text{mm}^3$ ou signes cliniques persistants

Qualité/accréditation

Copyright: JLE, 2025 • doi : 10.1684/abc.2025.1986

Annales de
Biologie
Clinique

- Panel minimal plus :

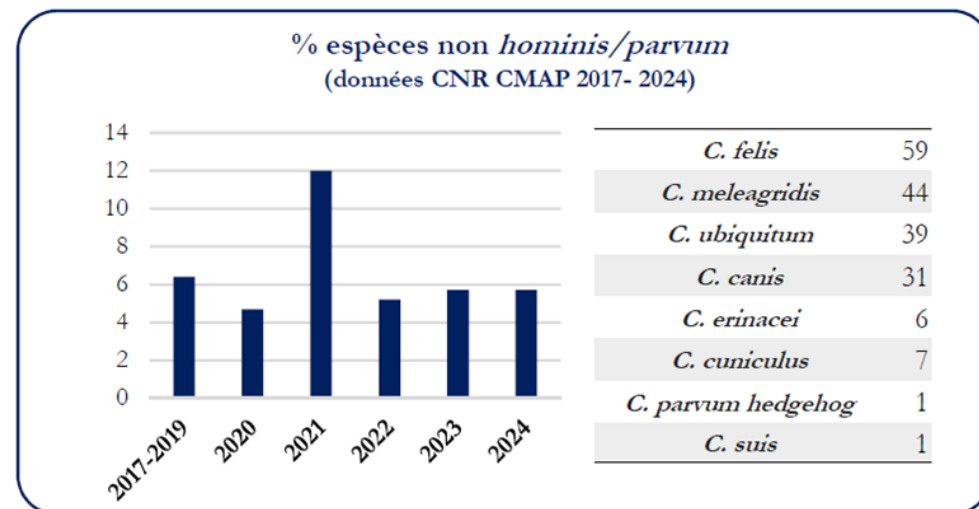
- *Cyclospora cayetanensis*
- *Cystoisospora belli*
- *Sarcocystis* spp.
- *Schistosoma* spp.
- *Trichuris trichiura*
- *Necator* et *Ancylostoma* spp. (ankylostomidés)
- *Hymenolepis nana*
- *Dibothriocephalus* spp.
- Douves

Examen parasitologique des selles :
recommandations françaises ANOFEL/LABAC

Xavier Iriart^{1,2}, Philippe Poirier^{2,3,4}, Damien Costa^{2,4,5}, Frédéric Dalle^{2,4,6}, Noémie Coron^{7,8},
Nicolas Argy^{2,9}, Loïc Favennec^{2,4,5}, Elodie Pernot-Marino^{8,10}, Stéphanie Haim-Boukobza^{8,11},
Jean-Marc Giannoli^{8,12}, Frédéric Gabriel^{12,13}, Florence Robert-Gangneux^{2,14}

Résultat négatif ?

- Microscopie : opérateur dépendant.
- Attention aux inhibiteurs si PCR (intérêt d'associer la microscopie)
- Examen réalisé précocement (délai d'élimination des œufs)
- Renouveler l'examen si présence de cristaux de Charcot-Leyden
- *Cryptosporidium* spp : 10 % espèces autres que *C. parvum* et *C. hominis*, risque de faux négatifs en PCR
- Transmettre les selles au CHU si 3 EPS neg, bactério et viro neg avec persistance des symptômes.



Autres protozooses intestinales

- Amibes non pathogènes
 - *Entamoeba dispar*, *Entamoeba moshkovskii*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni*, *Entamoeba polecki*, *Endolimax nanus*, *Iodamoeba butschlii*
- Flagellés
 - *Pentatrichomonas* [ex- *Trichomonas*] *hominis*, *Chilomastix mesnili*, *Embadomonas intestinalis*, *Enteromonas hominis*
- Ciliés
 - *Balantidium coli*

Bien que non pathogènes ou pathogénicité discutée, leur présence témoigne du péril fécal



Rechercher des parasites pathogènes

Revenons à notre patient...

PARASITOLOGIE

Tél : (02400)84079

Diagnostic des parasitoses intestinales

Recherche de protozoaires par amplification génique

Cibles recherchées :
AmpliQuick Protozoa BIOSYNEX

Blastocystis spp., *Cryptosporidium* spp., *Cyclospora cayetanensis*, *Cystoisospora belli*, *Dientamoeba fragilis*, *Encephalitozoon* spp., *Entamoeba dispar*, *Entamoeba histolytica*, *Enterocytozoon bieneusi*, *Giardia intestinalis*

Résultat :

Positif

Cibles détectées :

Cryptosporidium spp. *Blastocystis* spp.,

Recherche d'helminthes par amplification génique

Cibles recherchées :
AmpliQuick Helminths BIOSYNEX

Ancylostoma duodenale, *Ascaris lumbricoides*, *Dibothriocephalus latus*, *Enterobius vermicularis*, *Hymenolepis nana* (*Rodentolepis nana*), *Necator americanus*, *Schistosoma mansoni*, *Strongyloides stercoralis*, *Taenia* spp., *Trichuris trichiura*.

Résultat :

Négatif

Recherche microscopique standard

Technique(s) réalisée(s) :

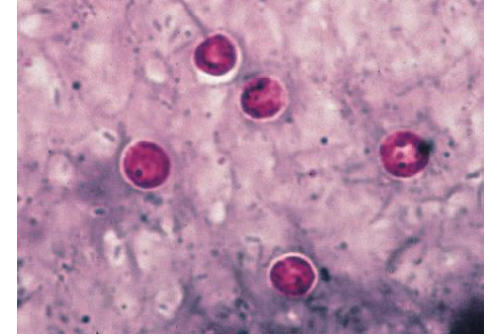
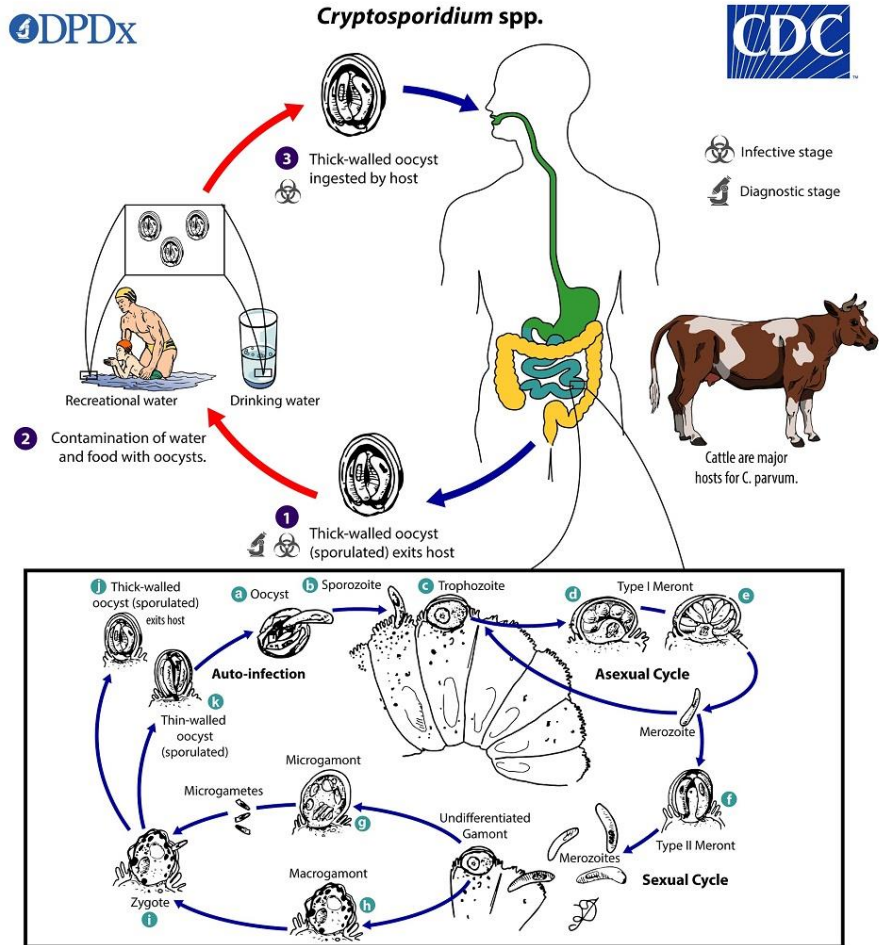
Concentration Bailenger Para-selles OPTIMA

Résultat :

Examen non réalisé

Cryptosporidiose

Cryptosporidium spp.



Données épidémiologiques (CNR CMAP)

1er protozoaire pathogène, 1.7% des selles en 2023
(3297/199000)

73% immunocompétents

Enfants < 5 ans et jeunes adultes (20-34 ans)

79% sans notion de voyage hors France métropolitaine

Recherche en 1ère intention devant des diarrhées.

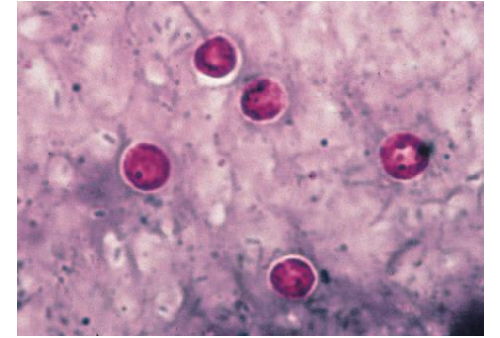
Contamination :

Féco-orale ou péril fécal : Oocystes Directement infestants

=> transmission Interhumaine et par eaux ou aliments souillés

Incubation 3 à 12j

Cryptosporidiose



Présentations cliniques:

- Sujet immunocompétent : le plus souvent asymptomatique +++

Diarrhée hydrique souvent profuse + Dr abdo

+/- fièvre

+ asthénie

+ anorexie

==> Habituellement résolutif en 3 à 15j mais rechutes possibles

- Sujet immunodéprimé : *Formes sévères chez l'immunodéprimé (notamment PVVIH CD4 < 100/mm³.)*

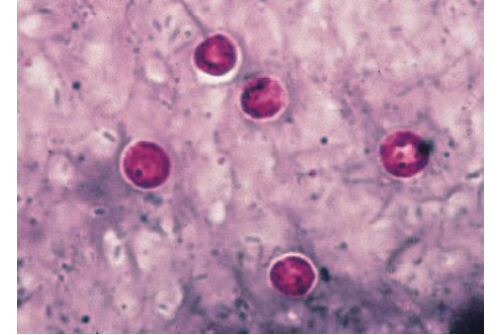
Diarrhée sévère ==> grande déperdition hydrique et malabsorption

Blastocystis spp.

- 23% des selles positives par PCR en 2023 (225.000)
- Pathogénicité controversée
 - Colon irritable, dysbiose ?
- Corrélation positive avec diversité microbienne
- Transplantation fécale : suivi chez les receveurs de donneurs positifs. Pas de différence avec ceux de donneurs négatifs.

Commentaire biologique indiquant le rôle pathogène controversé et n'incitant pas au traitement de première intention.

Cryptosporidiose



Traitement :

NITAZOXANIDE 1 à 2g/j pendant 3j chez IC (80% efficacité et accélère la guérison)

Efficacité débattue chez ID = diminuer le ttt IS ou remonter CD4 +/- NITAZOXANIDE prolongé...

Autorisation d'accès compassionnel (AAC)

Alinia 500 mg, comprimé

Alinia 100 mg/5 ml, suspension buvable

Nitazoxanide 500 mg, comprimé

Critères d'octroi

- Cryptosporidiose du patient immunodéprimé

**Demande ATU ==> plateforme e-Saturne.
Rétrocession hospitalière**

Vignette Clinique n°2 :

Vous revoyez un garçon de 5 ans en consultation pour une diarrhée persistante depuis 8 jours. La coproculture standard prescrite initialement a été rendue stérile.

Vous reprenez alors l'interrogatoire et l'examen :

Les selles sont molles, non sanglantes, 4 à 6 fois par jour, associées à des douleurs abdominales intermittentes, des ballonnements et une baisse de l'appétit. Il n'a pas de fièvre. Les parents rapportent une fatigue inhabituelle et une perte de poids modérée.

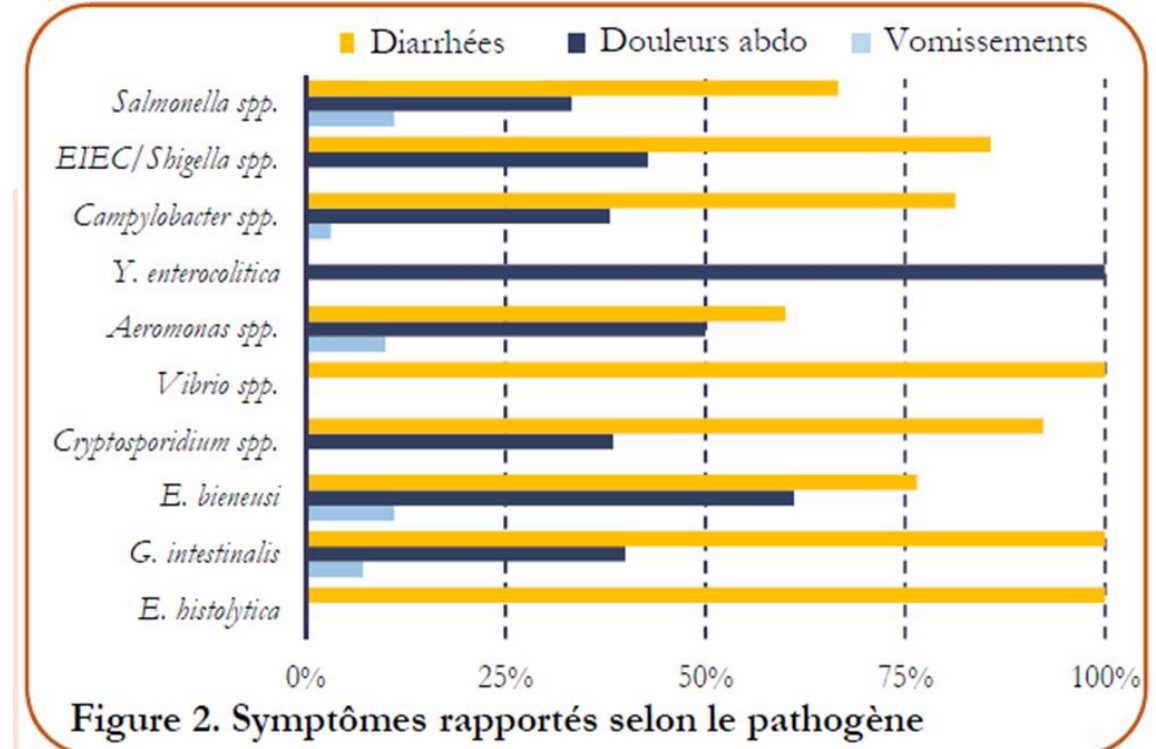
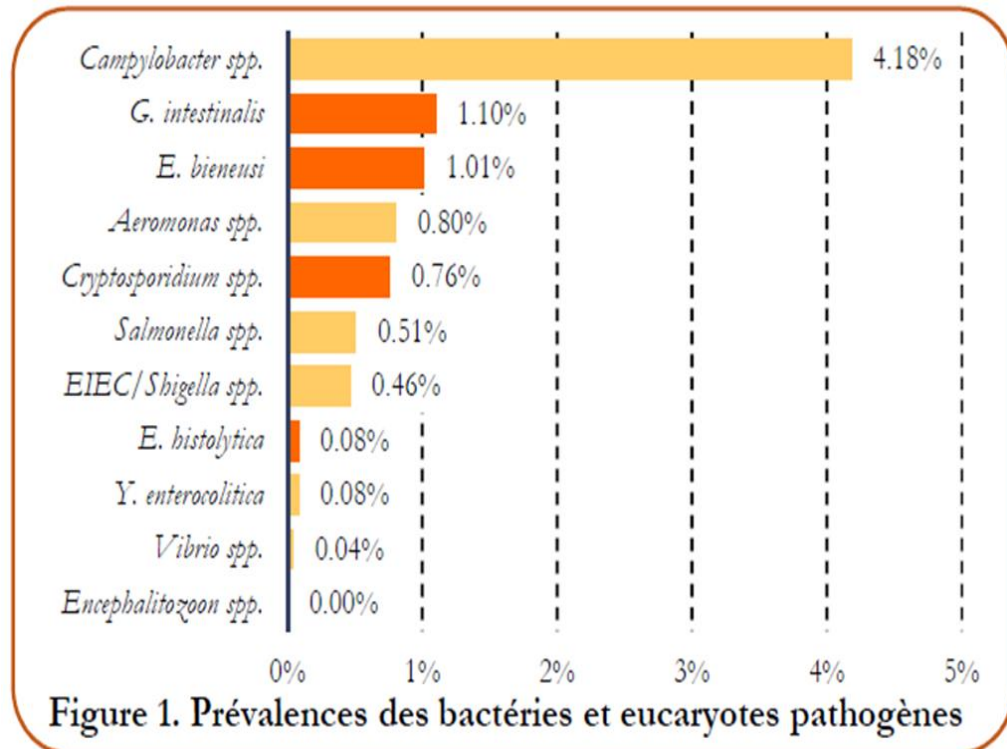
Il n'a pas voyagé récemment.

Il est scolarisé en maternelle, où plusieurs enfants ont présenté un épisode de gastro-entérite la semaine précédente.

L'interrogatoire retrouve également une baignade récente en piscine municipale. Il n'y a pas d'antibiothérapie récente.

L'examen clinique retrouve un enfant apyrétique, légèrement déshydraté, avec un abdomen souple mais météorisé.

- 5 laboratoires de ville
- 02/01/2025-17/02/2025 : selles avec une prescription de recherche bacterienne seule (pas d'EPS prescrit).
- CNR CMAP : recherche par qPCR *Cryptosporidium* spp., *Enterocytozoon bieneusi*, *Encephalitozoon* spp., *Giardia intestinalis* et *Entamoeba histolytica*.



Recherches parasitaires en 1ère ligne des investigations microbiologiques pour syndrome digestif aigu comme recommandé par la HAS (2024)

PARASITOLOGIE

Tél : (02400)84079

L'examen parasitologique des selles repose sur l'examen de 3 selles sur une période de 7 à 10 jours, idéalement espacées d'au moins 2 jours et même en cas de positivité du premier et/ou du deuxième échantillon (recommandations ANOFEL/LABAC 2025).

Diagnostic des parasitoses intestinales Selles - Echantillon de selles

Aspect de la selle :

Moulée

Recherche de protozoaires par amplification génique

Cibles recherchées :
AmpliQuick Protozoa BIOSYNEX

Blastocystis spp., *Cryptosporidium* spp., *Cyclospora cayetanensis*, *Cystoisospora belli*, *Dientamoeba fragilis*, *Encephalitozoon* spp., *Entamoeba dispar*, *Entamoeba histolytica*, *Enterocytozoon bieneusi*, *Giardia intestinalis*

Résultat :

Positif

Cibles détectées :

Giardia intestinalis *Dientamoeba fragilis*,

Recherche d'helminthes par amplification génique

Cibles recherchées :
AmpliQuick Helminths BIOSYNEX

Ancylostoma duodenale, *Ascaris lumbricoides*, *Dibothriocephalus latus*, *Enterobius vermicularis*, *Hymenolepis nana* (*Rodentolepis nana*), *Necator americanus*, *Schistosoma mansoni*, *Strongyloides stercoralis*, *Taenia* spp., *Trichuris trichiura*.

Résultat :

Négatif

Recherche macroscopique

Résultat :

Absence d'éléments
parasitaires visibles à l'oeil nu

Quel diagnostic retenez vous ?

1

Infection isolée à *Giardia intestinalis* de l'immunocompétent

✓ bonne réponse

86% 30 ✓

2

Infection isolée à *Dientamoeba fragilis* de l'immunocompétent

0% 0 👤

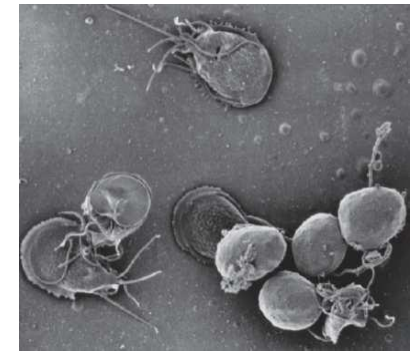
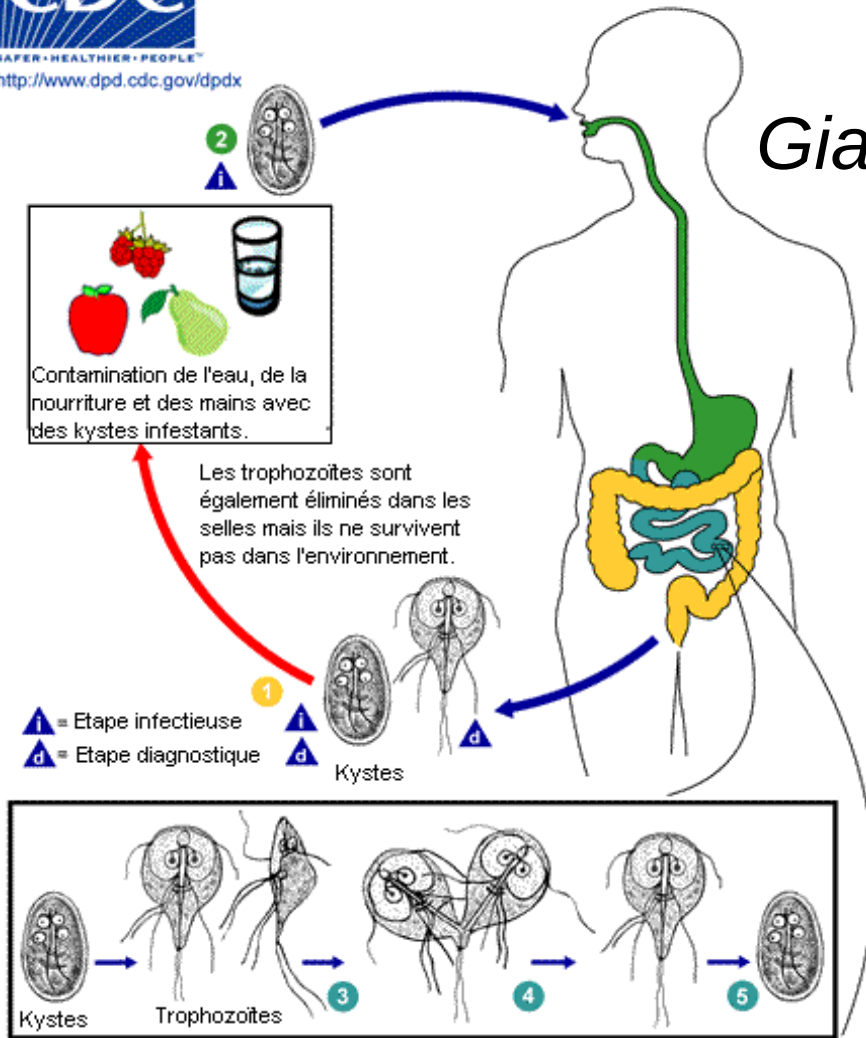
3

Co-infection à *Giardia intestinalis* et *Dientamoeba fragilis* de l'immunocompétent

14% 5 👤

Giardiose

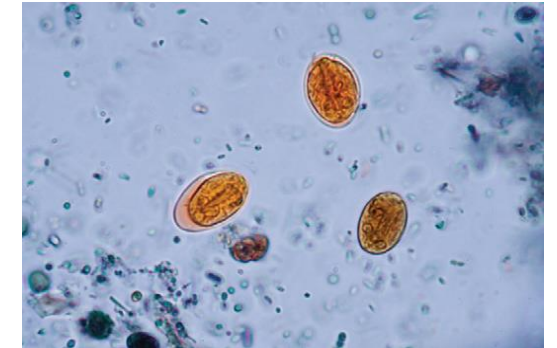
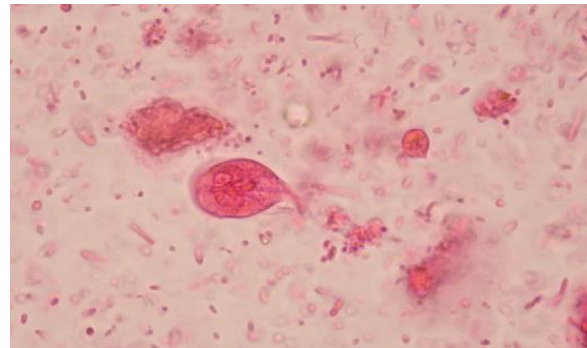
Giardia intestinalis



- Répartition cosmopolite
- incubation, après ingestion contaminante : de 1 à 3 semaines
- Incidence

Pays en développement : 6-8% enfants, 2% adultes

France : 1.5% des selles positives en 2023 (3410/225000)



Giardiose



- **Immunocompétents :**
 - 70% a- ou pauci-symptomatiques
 - 30% troubles digestifs (diarrhées chroniques...) *Variable selon virulence des souches et inoculum d'infestation*
 - diarrhée au premier plan : liquides ou pâteuses, non sanglantes,
 - pas de fièvre
 - troubles dyspepsiques.

Durée = plusieurs semaines (ou mois) sans traitement, possibilité d'alternance diarrhées et selles normales, voire de constipation

- **Immunodéprimés :**
 - Défaut de clairance parasitaire, forme chronique, malabsorption
- **Enfants**
 - Diarrhée fluctuante, Infection chronique : Malnutrition, retard de croissance et de développement (essentiellement pays faible ressources)

Recherche à faire en première intention

Dientamoeba fragilis

- 14% des selles positives par PCR en 2023 (225.000)
- Pathogénicité controversée
- Influence sur le microbiote ?

Commentaire biologique indiquant le rôle pathogène controversé et n'incitant pas au traitement de première intention.

Giardiose



Cryptosporidioses, Microsporidies
Autres Protozooses digestives

Traitement

1ère intention:

SECNIDAZOLE 2g/jour à J1 puis à J7 (efficacité identique au MÉTRONIDAZOLE, meilleure tolérance)

Si R aux imidazolés:

2ème intention:

- association SECNIDAZOLE 2g/jour à J1 puis J7 + ALBENDAZOLE 400mg*2/jour pendant 7 jours.

Suivi:

surtout clinique si amélioration ou non.

attendre 1 mois post traitement pour le contrôle PCR ds les selles.

Pensez bilan ID notamment : déficit IgA, séroVIH ou malabsorption. + co-infections parasitaires ou bactério.

Vignette Clinique n°2 :

Vous le revoyez en consultation une semaine avoir instauré le traitement.

Les parents vous rapportent une amélioration de la symptomatologie avec malgré tout persistance de troubles digestifs et apparition d'un prurit anal plus important le soir au moment du coucher.

Que proposez vous alors ?

- 1

EPS/PCR de contrôle pour confirmer l'éradication de *Giardia intestinalis*

5% 2 
- 2

Nouvelle cure de SECNIDAZOLE en association avec ALBENDAZOLE

5% 2 
- 3

Scotch Test à la recherche d'oeufs d'*Enterobius vermicularis*

✓ bonne réponse

92% 34 ✓
- 4

EPS/PCR à la recherche d'*Enterobius vermicularis*

✓ bonne réponse

11% 4 ✓
- 5

Traitement par METRONIDAZOLE forte dose pour couvrir *Dientamoeba fragilis*

0% 0 

Recherche d'helminthes par amplification génique

Cibles recherchées :
AmpliQuick Helminths BIOSYNEX

Ancylostoma duodenale, Ascaris lumbricoides, Dibothriocephalus latius, Enterobius vermicularis, Hymenolepis nana (Rodentolepis nana), Necator americanus, Schistosoma mansoni, Strongyloides stercoralis, Taenia spp., Trichuris trichiura.

Résultat :

Positif

Cibles détectées :

Enterobius vermicularis,

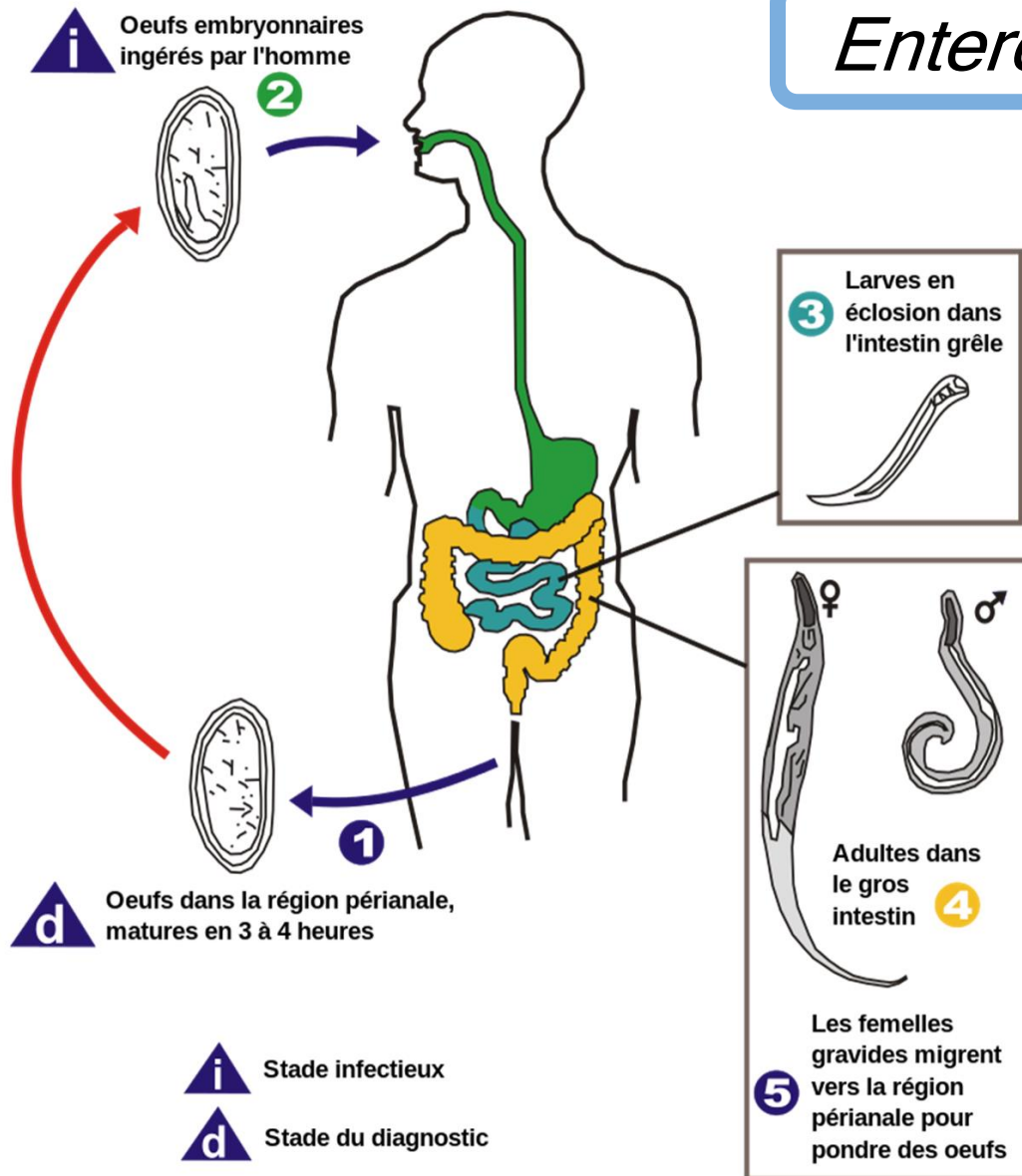
Recherche macroscopique

Résultat :

Absence d'éléments
parasitaires visibles à l'oeil nu

Oxyurose

Enterobius vermicularis



Oxyurose



Répartition: Cosmopolite

Population : Enfants en collectivité et leur entourage

Contamination = direct Inter-humaine ++ ingestion des œufs dans l'environnement, auto-infestation

Clinique:

- Prurit anal vespéral et nocturne
- Vulvovaginite chez jeunes filles
- Troubles du sommeil, irritabilité

Diagnostic :

- Scotch test anal (le matin, avant toilette) et/ou EPS avec PCR
- Vers adultes femelles visibles sur la marge anale

Oxyurose



Répartition: Cosmopolite

Population : Enfants en collectivité et leur entourage

Contamination = direct Inter-humaine ++ ingestion des œufs dans l'environnement, auto-infestation

Clinique:

- Prurit anal vespéral et nocturne
- Vulvovaginite chez jeunes filles
- Troubles du sommeil, irritabilité

Dientamoeba fragilis : Fréquemment associé aux oxyures

Proposer un scotch test et/ou EPS si *Dientamoeba fragilis* isolé sur 1er prélèvement.

Diagnostic :

- Scotch test anal (le matin, avant toilette) et/ou EPS avec PCR
- Vers adultes femelles visibles sur la marge anale

Oxyurose



Répartition: Cosmopolite

Population : Enfants en collectivité et leur entourage

Contamination = direct Inter-humaine ++ ingestion des œufs dans l'environnement, auto-infestation

Clinique:

- Prurit
- Vulvo
- Troub

Traitement :

- Flubendazole 100mg dose unique
- Albendazole 400mg DU (Adultes) ou 200mg DU (enfants <2ans)
- 2^e cure J15
- Le cas index et les contacts familiaux +++
- Prévention de la réinfestation : ongles courts, lavage mains, linge...)

Diagnostic

- Scoto
- Vers a

t associé

si
rèlèvement.

Doit on recontrôler les prélèvements ?

Examen parasitologique des selles : recommandations françaises ANOFEL/LABAC

Xavier Iriart^{1,2}, Philippe Poirier^{2,3,4}, Damien Costa^{2,4,5}, Frédéric Dalle^{2,4,6}, Noémie Coron^{7,8},
Nicolas Argy^{2,9}, Loïc Favennec^{2,4,5}, Elodie Pernot-Marino^{8,10}, Stéphanie Haim-Boukoba^{8,11},
Jean-Marc Giannoli^{8,12}, Frédéric Gabriel^{2,13}, Florence Robert-Gangneux^{2,14}

6.4. Conduite à tenir en post-thérapeutique

Il est recommandé de contrôler la négativation des selles après traitement, afin d'identifier les éventuels échecs thérapeutiques. Cependant, des données complémentaires sont nécessaires pour préciser le délai de négativation d'une PCR après un traitement bien conduit et/ou une résolution des signes cliniques. Même si la négativation d'une PCR *G. intestinalis* a été estimée comme étant rapide (1 semaine) dans une étude [66], il n'en est pas de même pour une PCR *Cryptosporidium*, qui peut rester positive 4 semaines ou plus. Pour objectiver un éventuel échec thérapeutique, il faut donc effectuer un contrôle tardif ou utiliser la microscopie. ■

En pratique :

Pas de contrôle de PCR avant 1 mois

Contrôle Microscopie possible avant 1 mois en cas de persistance des symptômes.

Vignette Clinique n°3 :

Une femme de 28 ans, originaire du Cameroun, est vue en consultation dans le cadre d'un bilan de santé de primo-arrivant.

Elle est arrivée en France il y a 4 mois. Elle n'a pas d'antécédent médical connu et ne prend aucun traitement.

À l'interrogatoire, elle rapporte depuis plusieurs mois des douleurs abdominales intermittentes, des épisodes de diarrhée avec parfois des selles glaireuses, une fatigue persistante et une perte de poids modérée.

Elle ne décrit pas de fièvre.

Que proposez vous comme examen complémentaire en première intention ?

1

Numération formule sanguine

✓ bonne réponse

100% 16 ✓

2

Sérologie VIH

✓ bonne réponse

100% 16 ✓

3

Coproculture

✓ bonne réponse

94% 15 ✓

4

Examen parasitologique des selles

✓ bonne réponse

100% 16 ✓

5

Examen parasitologique des urines

44% 7 👤

6

sérologie Anguillulose

✓ bonne réponse

31% 5 ✓

7

Sérologie HTLV1

✓ bonne réponse

0% 0 ✓

8

Sérologie Amibiase

25% 4 👤

9

Sérologie Bilharziose

✓ bonne réponse

44% 7 ✓

10

Sérologie Filariose

✓ bonne réponse

13% 2 ✓

11

Quantiféron

✓ bonne réponse

56% 9 ✓

Réponse correcte



Recommandation de la Société française de pathologie infectieuse
de langue française (SPILF), de la Société française de pédiatrie
(SFP) et de la Société française de lutte contre le sida (SFLS)
sur le

Bilan de santé à réaliser chez toute personne migrante primo-arrivante (adulte et enfant)

Juin 2024



15:45 - 16:45

Bilan de primo-arrivant chez l'enfant et l'adulte
Dre Collias Lio (CPMIT) & Dre Franco Justine (Pédiatre)

La sérologie bilharziose revient positive, que proposez vous alors ?

1

EPS pour rechercher des oeufs de bilharziose

✓ bonne réponse

71% 27 ✓

2

EPU pour rechercher des oeufs de bilharziose

✓ bonne réponse

76% 29 ✓

3

Echographie Abdominale

✓ bonne réponse

89% 34 ✓

4

Uroscanner

11% 4 👤

5

Il faudra traiter de toute façon

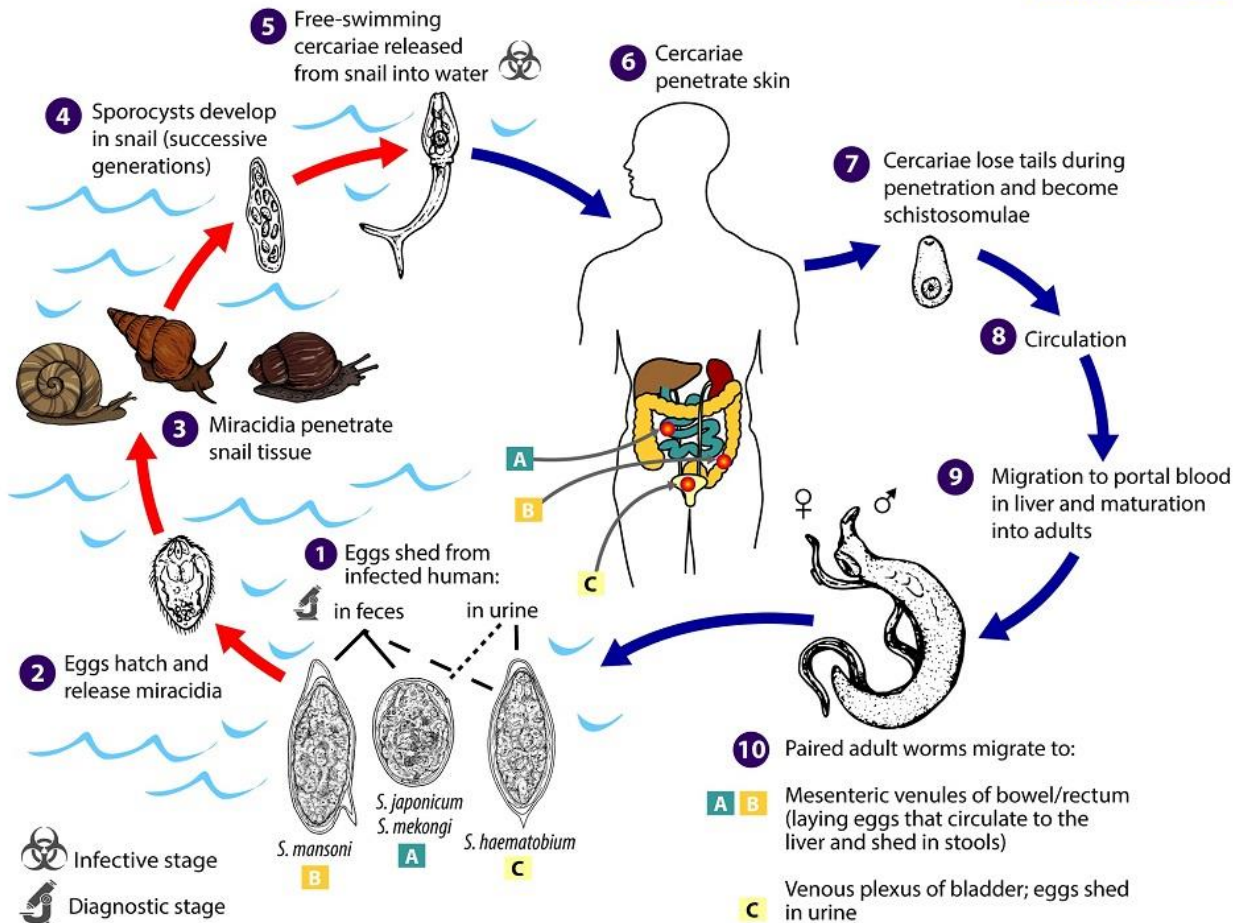
✓ bonne réponse

53% 20 ✓

Bilharzioses = schistosomoses



Schistosoma spp.



- 250 millions de cas dont 90% en Afrique
- Forme digestive à *S. mansoni* : 3ème helminthose en France après oxyurose et téniasis
- Dg :
Hyperéosinophilie, sérologie, EPS

Bilharzioses = schistosomoses

Formes cliniques différentes dues à des parasites (helminthes) différents

Bilharziose urinaire ou uro-génitale
(*S. haematobium*)

Hématurie macroscopique, leucocyturie aseptique, **SFU**,
Hydronéphrose, **insuffisance rénale**

Dg: **EPU, biopsie vésicale**

Bilharziose intestinale
(*S. mansoni et intercalatum*)

Diarrhées, douleurs coliques,
Rectorragies, rectite (*S.*)

Dg: **EPS, biopsie hépatique/rectale**

Bilharziose hépato-splénique
(*S. japonicum, mekongi, mansoni*)

Hépatite granulomateuse,
parfois **hypertension portale**

Dg: **EPS, biopsie hépatique**

Bilharzioses = schistosomoses

Donc en cas de sérologie positive : EPU et EPS avec recherche d'oeufs de *Schistosomia*

Puis bilan d'imagerie pour dépistage bilan lésionnel :

- Echo Abdominale (bilan hépatique et voies biliaires)

- Echo voies urinaires + Cs uro et cystoscopie. Éventuellement uroscanner

Bilharzioses = schistosomoses

Donc en cas de sérologie positive : EPU et EPS avec recherche d'oeufs de *Schistosomia*

Puis bilan d'imagerie pour dépistage bilan lésionnel :

Echo Abdominale (bilan hépatique et voies biliaires)

Echo voies urinaires + Cs uro et cystoscopie. Éventuellement uroscanner

Traitement :

Praziquantel monodose (40 ou 60mg/kg) à renouveler à un mois (sauf retour de voyage)

Contrôle post-traitement : EPS ou EPU à 2 mois minimum

La sérologie Anguillulose est également positive, qu'en faites vous ?

1

Traitement par ivermectine dose unique

✓ bonne réponse

100% 23 ✓

2

Abstention en l'absence d'immunodepression

0% 0 👤

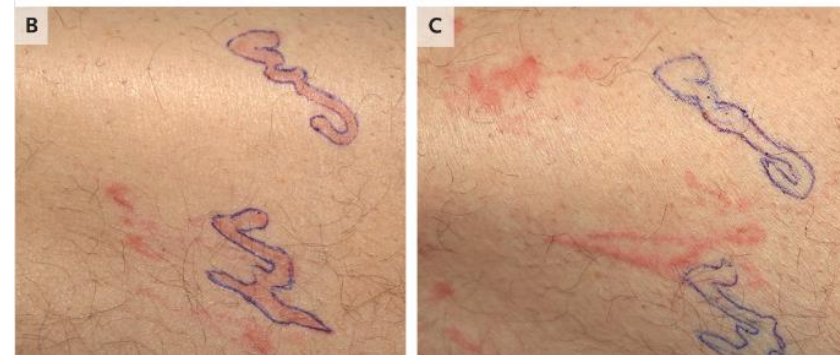
Anguillulose

Pénétration **trans-cutanée**
(marche pied nu, serviette sur la plage...)



- Migrants
- Augmentation des voyages en zone d'endémie
- Présence en Europe du Sud et de l'Est
- Cas autochtones

Larva currens
(*dermatite rampante*)



Forme sévères chez l'immunodéprimé = **anguillulose maligne**

Detresse respiratoire et encephalite +++

Anguillulose

- Éosinophilie permanente et fluctuante

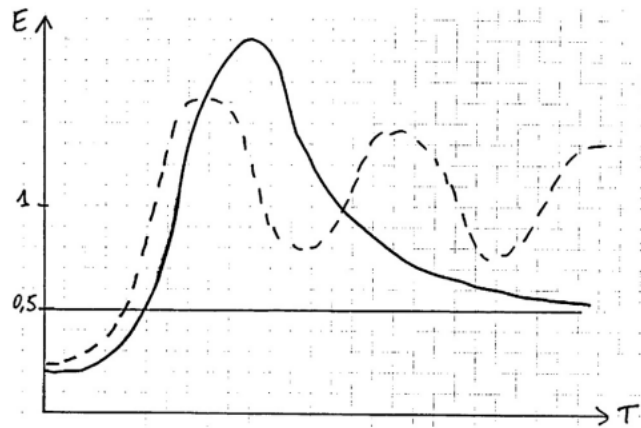


Figure 1 Cinétique de l'éosinophilie en fonction du temps dans les helminthoses. E: éosinophiles (G/L); T: temps; a) —: courbe de Lavier; b) ----: anguillulose.

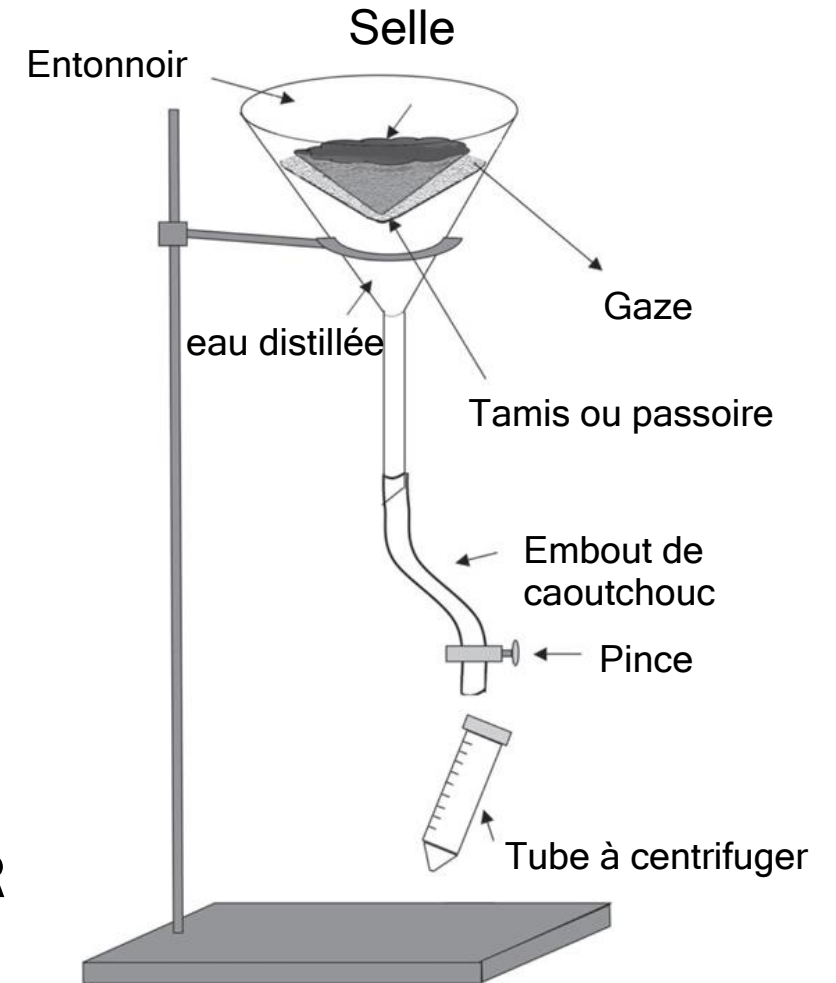


RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES Hyperéosinophilie parasitaire. Utilisation pratique des tests diagnostiques

Parasitic hypereosinophilia. Practical use of diagnostic tests

A. Paugam*, F. Ranaivo Rabetokotany, F. Lesle, S. Challier,
N. Dahane, H. Yera

- Sérologie+++ mais peu spécifique
- EPS avec coproculture (peu sensible) si pas de PCR



technique de Baermann

**Sérologie
strongyloïdose
(anguillulose)**

- Devant une **sérologie strongyloïdose positive** :

- Compléter le bilan par trois examens parasitologiques des selles avec technique de Baermann ou PCR multiplex sur les selles intégrant la recherche de *Strongyloides stercoralis*

- S'assurer de l'absence de co-infection par le virus HTLV-1 pour les personnes originaires de zone d'endémie ou d'immunodépression

- Prescrire un traitement par ivermectine 200 µg/kg en prise unique chez l'immunocompétent (voir tableau 4 pour l'enfant)

Vignette Clinique n°4 :

Une femme de 24 ans consulte pour des troubles digestifs évoluant depuis trois semaines. Elle revient d'un voyage de 8 mois en sac à dos en Asie du Sud-Est, au cours duquel elle a séjourné dans plusieurs zones rurales et mangé régulièrement dans des marchés de rue.

Depuis son retour, elle décrit des douleurs abdominales intermittentes, des nausées, une alternance de selles molles et de diarrhée, avec parfois des glaires.

Elle rapporte une fatigue inhabituelle et une perte de 3 kg. Elle n'a pas de fièvre.

Elle signale avoir consommé à plusieurs reprises de la viande de porc et de bœuf peu cuite, ainsi que des crudités et des fruits lavés à l'eau locale.

L'examen clinique retrouve un abdomen souple, sensible en fosse iliaque gauche, sans défense ni hépatomégalie.

Quel(s) examen(s) prescrivez vous ?

- 1 Echographie abdominale 0% 0 
- 2 **EPS avec réalisation d'un panel étendu** ✓ bonne réponse 0% 0 
- Réponse correcte
- 3 Sérologie amibiase 0% 0 
- 4 Sérologie taenia 0% 0 
- 5 **Frottis sanguin et goutte épaisse (recherche palu)** ✓ bonne réponse 0% 0 

Recherche d'helminthes par amplification génique

Cibles recherchées :
AmpliQuick Helminths BIOSYNEX

Ancylostoma duodenale, Ascaris lumbricoides, Dibothriocephalus latius, Enterobius vermicularis, Hymenolepis nana (Rodentolepis nana), Necator americanus, Schistosoma mansoni, Strongyloides stercoralis, Taenia spp., Trichuris trichiura.

Résultat :

Positif

Cibles détectées :

Taenia spp.,

Recherche macroscopique

Résultat :

Absence d'éléments
parasitaires visibles à l'oeil nu

Teniasis

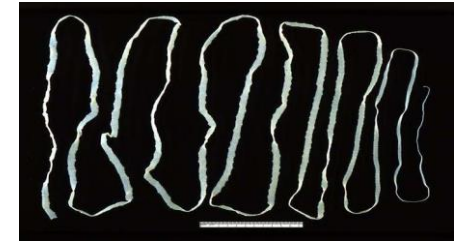
Taenia solium *Taenia saginata*



- Répartition
 - Cosmopolite
 - plus fréquents dans les pays en développement

- Contamination

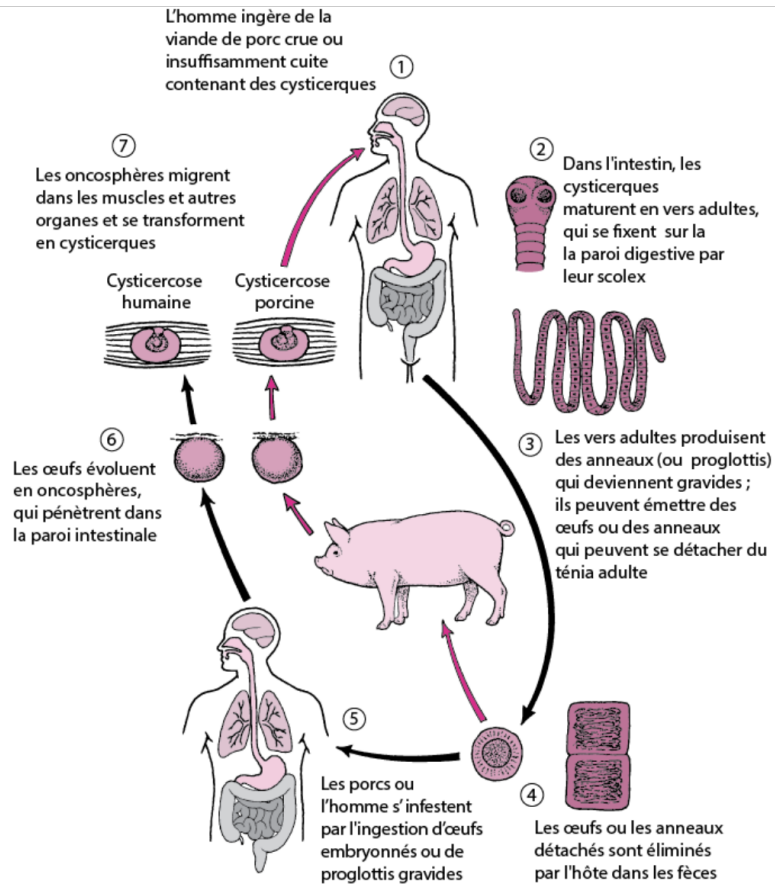
- Viande peu cuite
 - Bœuf => *Taenia saginata*
+++ En France (Steak tartare,...)



- Porc => *Taenia solium*

Eradiqué d'Europe occidentale et Am du Nord,
Encore présent en Asie de l'Est, Afrique, Am
du Sud

- Auto-infestation et péril fécal
 - *Taenia solium* => cysticercose



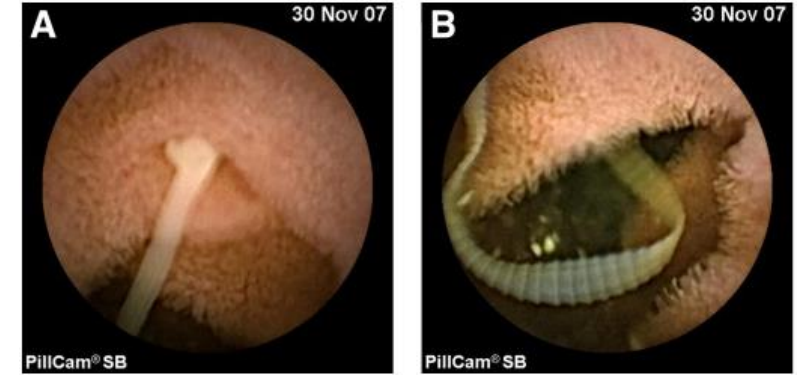
Teniasis

- **Clinique**

- Asymptomatique
- Douleurs abdominales
- Troubles de l'appétit, nausées
- Urticaire
- Hyperéosinophilie fluctuante
- Sensation de reptation anale
- **Anneaux plats dans les sous-vêtements**

- **Diagnostic**

- Analyse parasitologique des anneaux de vers adultes
- EPS



- **Traitement**

- **Praziquantel PU** (parfois à répéter)
- EPS de contrôle 1 mois après la cure
- *Prévention : éducation sanitaire, cuisson de la viande*



Dr Fakhri JEDDI

fakhri.jeddi@chu-nantes.fr

Dr Olivier BAHUAUD

olivier.bahuaud@chu-nantes.fr