

Ascariidiose

**Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie
(ANOFEL)**

2014

Table des matières

1. Définition.....	4
2. L'agent pathogène.....	4
2.1. Morphologie et biologie.....	4
2.1.1. Les adultes.....	4
2.1.2. L'œuf.....	4
2.1.3. Les larves.....	5
2.1.4. La contamination.....	5
3. La clinique.....	5
4. Le diagnostic biologique.....	6
5. Le traitement.....	6
6. La prophylaxie.....	6

Objectifs ENC

- **Item 168. Parasitoses digestives: giardiose, amoebiose, téniasis, ascaridiose, oxyurose :**
 - Diagnostiquer et connaître les principes du traitement d'un téniasis, d'une ascaridiose, d'une oxyurose, d'une giardiose, d'une amoebiose intestinale aiguë et d'un abcès amibien du foie.
- **Item 170. Pathologie infectieuse chez les migrants adultes et enfants :**
 - Diagnostiquer les pathologies infectieuses les plus fréquentes rencontrées chez les migrants.
 - Connaître les conseils d'hygiène et de prévention adaptés aux conditions de vie des migrants.
- **Item 171. Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant: conseils avant le départ, pathologies du retour: fièvre, diarrhées, manifestations cutanées :**
 - Connaître les conseils d'hygiène et de prévention adaptée, y compris la vaccination anti-amarile.
 - Connaître les principales causes de fièvre, diarrhée, de manifestations cutanées et de manifestations cutanées au retour d'un pays tropical.
 - Connaître les symptômes d'une dengue, d'une infection à chikungunya.
- **Item 172. Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant :**
 - Connaître les principaux agents infectieux causes de diarrhées.
 - Reconnaître les signes de gravité d'une diarrhée infectieuse.
 - Connaître les indications et savoir interpréter les résultats d'un examen bactériologique, virologique et parasitologique des selles.
 - Connaître les principes des traitements des diarrhées infectieuses.
 - Connaître les principes de prévention de la toxi infection alimentaire et savoir la diagnostiquer.
 - Connaître les principes de la conduite à tenir en cas de toxi infection alimentaire familiale ou collective.
- **Item 173. Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte et l'enfant :**
 - Prescrire et surveiller un traitement anti-infectieux.
- **Item 175. Risques sanitaires liées à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires :**
 - Préciser les principaux risques liés à la consommation d'eau ou d'aliments (crudités, viandes et poissons ingérés crus ou insuffisamment cuits).
- **Item 214. Eosinophilie :**
 - Argumenter les principales hypothèses diagnostiques devant une hyperéosinophilie et demander les premiers examens complémentaires les plus pertinents.
- **Item 282. Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant :**
 - Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

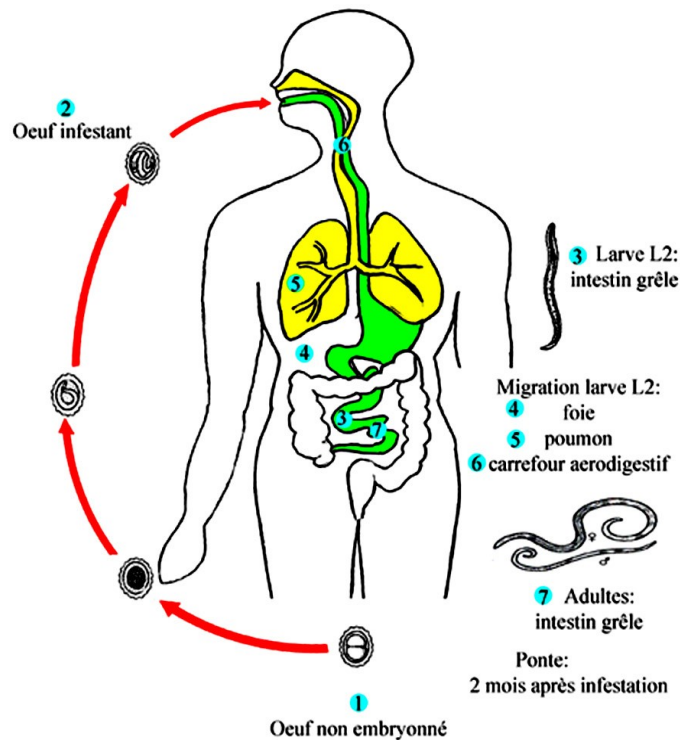
1. Définition

Parasitose intestinale la plus fréquente dans le monde, l'ascaridiose est causée par un ver rond de grande taille, strictement humain, *Ascaris lumbricoides*. Elle est fréquente dans les pays tropicaux à hygiène insuffisante, de plus en plus rare dans les pays tempérés.

2. L'agent pathogène

Le cycle évolutif d' *A. lumbricoides* est résumé dans le schéma suivant :

Figure 1 : Cycle évolutif d' *Ascaris lumbricoides*



2.1. Morphologie et biologie

2.1.1. Les adultes

Les ascaris adultes vivent de 6 à 18 mois dans le jéjunum où ils ingèrent les particules alimentaires. Ils migrent facilement et peuvent se retrouver dans différents viscères. Les mâles mesurent de 12 cm à 17 cm de long et de 2 à 4 mm diamètre; leur extrémité est recourbée en crosse. Les femelles mesurent de 20 à 25 cm et de 3 à 6 mm de diamètre.

2.1.2. L'œuf

Les œufs ovoïdes (60 à 70 μm de long sur 40 à 50 μm de large) sont pondus en très grand nombre dans l'intestin (jusqu'à 200.000 par jour) et évacués avec les fèces (stade 1 du cycle parasitaire). Ces œufs sont entourés d'une double coque brune, d'aspect mamelonné très caractéristique, qui les rend très résistants dans le milieu extérieur.

Figure 2 : Oeufs d'*Ascaris lumbricoides* (et oeufs de trichocéphale)



2.1.3. Les larves

Après ingestion d'un oeuf embryonné, la larve est libérée dans le tube digestif (stade 3 du cycle parasitaire).

Elle traverse la paroi intestinale et gagne le foie soit par la veine porte soit par le mésentère. Elle séjourne trois à quatre jours dans le foie, y subissant une mue puis gagne le poumon par voie sanguine (stades 4 et 5 du cycle parasitaire). La larve traverse alors la paroi de l'alvéole pulmonaire, remonte l'arbre bronchique jusqu'au pharynx où habituellement elle est déglutée en direction du tube digestif (stade 6 du cycle parasitaire). La larve gagne le jéjunum où elle devient adulte (stade 7 du cycle parasitaire). Les femelles commencent à pondre environ 2 mois après ingestion de l'oeuf. Un oeuf ne devient infestant qu'après un séjour de quelques semaines dans le milieu extérieur (cette maturation est favorisée par une température et une hygrométrie élevée).

2.1.4. La contamination

Cette parasitose cosmopolite est favorisée par la chaleur, l'humidité et les risques de contamination fécale (utilisation d'engrais humains). Dans les pays tempérés, les infestations sont pauciparasitaires.

3. La clinique

Les manifestations cliniques dépendent de l'importance du parasitisme. Elles sont habituellement absentes en cas de pauci-parasitisme.

La phase de migration larvaire (stades 4 à 6 du cycle parasitaire) est marquée par un **syndrome de Löffler** : accès de toux accompagnés de fièvre et d'images radiologiques pulmonaires fugaces asymétriques (opacités).

La phase d'état est fréquemment marquée par des troubles digestifs (épisodes diarrhéiques, douleurs abdominales mal localisées ; exceptionnellement des signes nerveux (irritabilité, troubles du sommeil voire convulsions).

Des complications chirurgicales peuvent être observées par migration et/ou accumulation d'adultes donnant des signes d'angiocholite fébrile, de pancréatite aiguë hémorragique ou d'appendicite, d'occlusion intestinale, d'étranglement herniaire, de perforation intestinale.

Figure 3 : Expulsion d'*Ascaris lumbricoides* après traitement par l'ivermectine



4. Le diagnostic biologique

Une **hyperéosinophilie** apparaît quelques jours après la contamination. Elle atteint un maximum au bout de trois semaines (phase larvaire) puis décroît progressivement (phase adulte). A cette hyperéosinophilie est souvent associée une hyperleucocytose.

Un ascaris adulte, facilement identifiable du fait de sa taille permet parfois le diagnostic à partir des fèces ou lorsqu'il est évacué par la bouche ou le nez.

Le plus souvent le diagnostic repose sur la découverte des œufs dans les selles, **au minimum deux mois après la contamination**. La quantité d'œufs dépend du nombre de femelles adultes présentes dans le tube digestif. Des œufs de formes anormales étant observés lors d'infestations monosexuées femelles.

Le diagnostic sérologique n'a pas d'intérêt.

5. Le traitement

Les traitements médicamenteux sont très efficaces. On utilise de préférence des benzimidazolés :

- Flubendazole (Fluvermal®), comprimé ou suspension : un comprimé dosé à 100 mg matin et soir, pendant trois jours.

- Albendazole (Zentel®), comprimé ou suspension : 400 mg en cure unique.

Le Pamoate de pyrantel (Combantrin®), 12 mg/kg en cure unique est une alternative.

6. La prophylaxie

Elle repose sur l'hygiène personnelle (lavage des mains, propreté des aliments) et la lutte contre le péril fécal (installation de latrines, égouts, traitement des eaux usées, interdiction des engrais d'origine humaine pour les sols des cultures maraîchère).

Points essentiels

- L'ascaridiose est la parasitose la plus fréquente du monde intertropical. Elle est en rapport avec le péril fécal.
- Après ingestion orale d'un œuf mature, la larve traverse la paroi du grêle, gagne le foie puis les poumons avant de finir d'évoluer dans la lumière de l'intestin grêle.
- Au syndrome de Löffler marquant parfois la phase de migration larvaire, peuvent succéder des troubles nerveux et exceptionnellement des complications chirurgicales.
- Le diagnostic évoqué devant une hyperéosinophilie au début de l'infestation repose, deux mois après l'infection, sur la présence d'œufs dans les selles.