

Oxyurose

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

2014

Table des matières

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

Objectifs ENC

- **Item 113. Prurit :**
 - Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
 - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- **Item 173. Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte et l'enfant :**
 - Prescrire et surveiller un traitement anti-infectieux.
- **Item 214. Eosinophilie :**
 - Argumenter les principales hypothèses diagnostiques devant une hyperéosinophilie et demander les premiers examens complémentaires les plus pertinents.

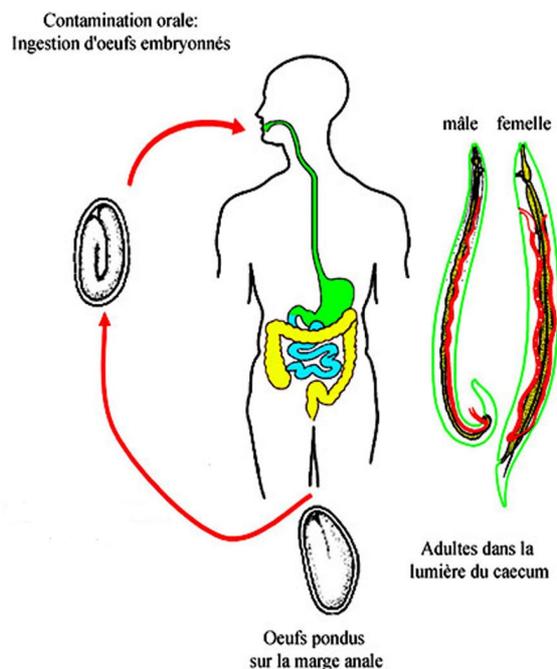
1. Définition

L'oxyurose est une parasitose intestinale, fréquente, strictement humaine, causée par un ver rond cosmopolite : *Enterobius vermicularis*.

2. L'agent pathogène

Le cycle évolutif d'*E.vermicularis* est résumé dans le schéma suivant :

Figure 1 : Cycle évolutif d'*E. vermicularis*



2.1. Morphologie et biologie

2.1.1. Les adultes

L'oxyure adulte est un ver rond et blanc.

Figure 2 : *Enterobius vermicularis* (oxyure) - adulte femelle [1-1,5 cm]



La femelle d'E. vermicularis présente une queue pointue prenant le 1/3 de la longueur totale. Son utérus est distendu par les oeufs. Dans les deux sexes, l'extrémité antérieure porte une bouche entourée de trois lèvres rétractiles.

Figure 3 : Selles : *Enterobius vermicularis* - adulte mâle [2 à 5 mm]



Contrairement à la femelle, l'oxyure mâle a une extrémité postérieure brusquement tronquée et recourbée ventralement avec un cloaque et un spicule copulateur (env. 70µm) recourbé en hameçon. Il est exceptionnellement observé dans les prélèvements.

2.1.2. L'œuf

Les œufs, incolores et lisses, ont une forme ovale asymétrique. Ils mesurent de 50 à 60 µm de long par 30 à 32 µm de large. Dès la ponte, habituellement sur la marge anale, ces œufs renferment un embryon mobile et sont infestants en moins de 6 heures (auto-infestation possible).

Figure 4 : œufs d'*Enterobius vermicularis* prélevés par test de Graham (« Scotch-test »)



2.1.3. Le cycle

La contamination se fait par ingestion (voire inhalation) des œufs émis dans le milieu extérieur. Les œufs éclosent sous l'effet des sucs digestifs et libèrent les larves qui évoluent dans l'intestin grêle où elles subissent 5 mues en 2 à 4 semaines pour devenir adultes dans la région caecoappendiculaire. Seule la femelle gravide franchit le sphincter anal. Elle s'accroche par sa bouche à la muqueuse anale et pond en moyenne 10.000 œufs avant de mourir.

2.1.4. La contamination

Cosmopolite et strictement humaine, cette nématodose est principalement rencontrée chez l'enfant. Elle est favorisée par la vie en collectivité (fratrie, école...). L'apparition très rapide d'œufs embryonnés favorise l'autoinfestation.

3. La clinique

En général, le portage d'*E. vermicularis* est asymptomatique. La clinique est dominée par un **prurit anal** (du à la fixation des femelles au niveau de la marge anale), prédominant le soir au moment du coucher. Il peut s'accompagner de lésions péri-anales de grattage. Des épisodes de diarrhée, de douleurs abdominales, de manifestations nerveuses (irritabilité, cauchemars) sont classiques. Plus rarement, des oxyures peuvent déclencher une appendicite ou être responsables, chez la petite fille, de vulvite.

4. Le diagnostic biologique

Classiquement, la présence sur les selles de petits vers blancs et mobiles permet un diagnostic aisé par l'observation des femelles adultes.

La recherche des œufs caractéristiques pondus sur la marge anale permet une identification facile de cette parasitose. Elle doit être réalisée le matin avant toute toilette locale et toute défécation. La meilleure technique est le test de Graham, ou test à la cellophane adhésive (« scotch test » anal) qui consiste à appliquer contre les plis radiés de l'anus la face collante d'un ruban adhésif transparent. Celui-ci après avoir été collé sur une lame de microscope peut être transporté facilement vers un laboratoire et examiné au microscope.

Une hyperéosinophilie sanguine modérée peut parfois être constatée en fin de période d'incubation.

5. Le traitement

Le traitement repose sur les benzimidazolés en comprimés ou en suspension : flubendazole (Fluvermal®) à la dose de 100 mg quel que soit le poids, ou d'albendazole (Zentel®) à la dose de 200 mg jusqu'à l'âge de 2 ans et de 400 mg après 2 ans. L' embonate de pyrvinium (Povanyl®) qui colore les selles en rouge, ou le pamoate de pyrantel (Combantrin®) sont des alternatives ainsi que le mébendazole en zone tropicale.

En raison du cycle parasitaire, il est conseillé d'effectuer systématiquement un nouveau traitement 2 à 3 semaines après le premier pour éviter l'auto-infestation et la réinfestation.

6. La prophylaxie

Du fait de l'importante contagiosité de l'oxyurose, il est nécessaire lorsqu'un cas est observé dans une collectivité (famille essentiellement) d'en traiter simultanément tous les membres.

La prévention de l'oxyurose consiste également à garder les ongles courts, changer le linge de nuit, laver les « doudous », dépoussiérer les lieux d'habitation par aspiration.

Points essentiels

- L'oxyurose est une maladie parasitaire cosmopolite, favorisée par la vie en collectivité, particulièrement fréquente chez les enfants.
- L'oxyurose est habituellement bénigne. La migration des parasites adultes, principalement des femelles, est à l'origine des symptômes extradiigestifs.
- Le diagnostic repose sur le test à la cellophane adhésive qui permet de visualiser femelles et œufs présents sur la marge anale.
- Le traitement de l'oxyurose doit s'accompagner de mesures prophylactiques strictes.