

AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES PARASITOSSES

Chez les migrants récemment arrivés en France, la prévalence élevée des parasitoses intestinales et la gravité potentielle de certaines d'entre elles (anguillulose fréquente pour les ressortissants d'Asie du Sud, d'Afrique centrale et d'Amérique centrale) justifient le dépistage et/ou le traitement. La bilharziose urinaire est fréquente chez les patients d'Afrique de l'Ouest. Les autres parasitoses sont rares, mais le paludisme doit être prévenu en cas de voyage ultérieur en zone d'endémie.

VOIR AUSSI *Bilan de santé* page 237

CLINIQUE

Les helminthiases intestinales sont souvent asymptomatiques, mais peuvent expliquer en partie les fréquentes douleurs abdominales dont se plaignent les exilés lors des premiers mois de la vie en France. L'ankylostomiase peut provoquer, en cas d'infestation importante, une anémie grave par carence en fer. Les autres complications sont exceptionnelles. En raison de la longévité de l'anguillulose (jusqu'à 30 ans par auto-réinfestation, quand les autres helminthiases disparaissent spontanément en quelques années), le risque ultérieur d'une anguillulose maligne en cas d'immunosuppression justifie de contrôler l'efficacité du traitement.

D'autres parasitoses sont fréquemment dépistées dans les selles et les urines :

- l'amibiase intestinale est presque toujours asymptomatique (kystes), mais tout porteur doit être traité en raison des risques d'amibiase-maladie (dysenterie, abcès hépatique) ;
- la giardiase (ou lambliaose) souvent asymptomatique, évoque parfois un ulcère gastrique ;
- la bilharziose urinaire, lorsqu'elle est symptomatique, se manifeste par une hématurie indolore microscopique ou macroscopique et des troubles urinaires divers.

Certains patients donnent à leurs symptômes le nom de parasites qu'ils connaissent. Sur un plan médical, ces autodiagnostic sont souvent erronés, mais donnent des indications cliniques. La « malaria » évoque ainsi une fièvre, les « filaires » un prurit, et la « dysenterie » une diarrhée.

TRAITEMENT

Helminthiases :

- **l'albendazole (ZENTEL cp 400 mg x 1, 4 €), bien toléré, est le seul traitement efficace sur tous les helminthes : ascaris, ankylostomes, trichocéphales, oxyures : 1 cp, à répéter après 1 semaine ; et anguillules : 1 cp/j x 3j (ainsi que sur les Giardia). Il est souhaitable de contrôler le traitement de l'anguillulose après 6 mois par EPS et NFS ;**
- **le flubendazole (FLUVERMAL cp 100 mg x 6, 3 €) est efficace sur les ascaris, ankylostomes et trichocéphales : 1 cp x 2/j pendant 3 jours ; mais pas sur les anguillules.**

../...

.../...

Amibiase intestinale :

le traitement doit associer un amoebicide tissulaire / le tinidazole (FASIGYNE, cp 500 mg x 4, 4 €) : 4 cp en 1 prise pendant 1 repas (ou métronidazole 500 mg 1 cp x 3 /j pendant 10 jours) et un amoebicide de contact / le tiliquinol-tilbroquinol (INTETRIX 40 gel, 6 €) 2 gel x 2 /j pendant 10 jours.

Giardiase : tinidazole 500 mg, 4 cp en 1 prise, ou albendazole 400 mg, 1 cp pendant 3 jours, ou metronidazole 500 mg, 1 cp x 2 /j pendant 5 jours.

Bilharziose urinaire : praziquantel (BILTRICIDE 6 cp 600 mg, 27 €) 40 mg/kg après un repas. Également efficace sur les autres schistosomes (60 mg/kg pour les schistosomes asiatiques). Le traitement de la bilharziose urinaire doit être contrôlé après 6 mois par EPU et NFS. Le traitement de la bilharziose intestinale est identique.

Devant une hyperéosinophilie isolée (EPS- et EPU-), 2 attitudes sont possibles :

- rechercher un parasite par EPS (et EPU pour les patients d'Afrique subsaharienne) pendant 3 jours ;
- proposer un traitement d'emblée par albendazole 400 mg 1 cp/j x 3j pour tous et, pour les patients d'Afrique de l'Ouest, praziquantel 40 mg/kg après un repas.

.../...

DÉPISTAGE

Trois examens simples permettent le choix du traitement dans la plupart des cas : numération formule sanguine (NFS), examen parasitologique des selles (EPS) et examen parasitologique des urines (EPU). La répétition des EPS et EPU permet d'en améliorer la sensibilité (faux négatifs > 10% avec 1 seul examen). Elle n'est cependant pas justifiée dans une démarche de dépistage.

L'examen parasitologique des selles (EPS) est recommandé pour les migrants originaires de zone tropicale et subtropicale, même plusieurs années après leur arrivée en France. Pratiqué par un laboratoire expérimenté, l'EPS est destiné à dépister des anguillules, dont la recherche doit être recommandée au laboratoire :

- il retrouve des œufs d'*Ascaris lumbricoides* ; des œufs d'*Ancylostoma duodenale* ou de *Necator americanus* (ankylostomes), des larves de *Strongyloides stercoralis* (anguillules), des œufs de *Trichuris trichura* (trichocéphales), des œufs de *Schistosoma mansoni* (bilharziose intestinale), des kystes (et rarement des formes végétatives) d'*Entamoeba histolytica* (amibes pathogènes), ou des kystes de *Giardia intestinalis* ;
- la découverte (fréquente) des parasites suivants n'a pas de signification pathologique : *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni*, *Endolimax nanus*, *Pseudolimax butschlii*, *Blastocystis hominis*.

L'examen parasitologique des urines (EPU) est recommandé pour tous les patients d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique de l'Est ou d'Égypte. Pratiqué par un laboratoire expérimenté, l'EPU retrouve des œufs de *Schistosoma haematobium*.

La NFS permet l'orientation diagnostique en l'absence de preuve parasitologique :

- une hyperéosinophilie (> 500/mm³) signe le plus souvent une helminthiase intestinale et/ou une bilharziose urinaire (> 1000, elle évoque une anguillulose et/ou une ankylostomiase) ;
- une anémie microcytaire hypochrome doit faire penser à une ankylostomiase, même si les autres causes de carence en fer sont beaucoup plus fréquentes (voir *Pathologie courante, Hématologie* page 332).

PALUDISME (OU MALARIA)

Le paludisme est une maladie tropicale due à un parasite (Plasmodium) transmis par un moustique (anophèle femelle). Environ 40 % de la population mondiale, vivant dans les régions

tropicales et subtropicales, est exposée à la maladie. Le paludisme est responsable de plus de 300 millions de cas par an et d'au moins 1 million de décès. La maladie se traduit par une fièvre, des frissons et divers autres symptômes (douleurs, troubles digestifs, troubles neuropsychiques, pâleur, ictère, splénomégalie...). Il existe 4 espèces de *Plasmodium* : *falciparum* (le plus dangereux et le plus fréquent, résistance possible à la chloroquine) ; *vivax* et *ovale* (fièvre tierce bénigne, longévité 2 à 4 ans) et *malariae* (longévité 20 à 30 ans).

En raison d'une immunité relative (ou « prémunition ») entretenue par des expositions répétées, le paludisme est peu fréquent chez les migrants récemment arrivés en France. Mais cette prémunition disparaît en l'absence d'exposition, c'est pourquoi les migrants voyageant en zone d'endémie sont exposés aux mêmes risques que les autres voyageurs et doivent se voir proposer les mêmes mesures de prévention : protection contre la piqûre d'anophèle (dès la tombée du jour et pendant toute la nuit : port de vêtements longs, insecticides d'environnement, moustiquaires imprégnées et répulsifs) et chimioprophylaxie.

La chimioprophylaxie doit être débutée la veille du départ en voyage (10 jours avant pour la méfloquine) et poursuivie 4 semaines après le retour (7 jours pour atovaquone+proguanil). Elle doit être prise régulièrement, mais n'est jamais efficace à 100 %. Elle dépend de l'existence ou non d'une chloroquinorésistance (voir ci-contre).

Diagnostic : toute fièvre survenant dans le mois qui suit le retour d'un voyage en pays tropical doit faire suspecter un paludisme. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du parasite : sur frottis sanguin (peu sensible mais qui permet l'identification d'espèce) et goutte épaisse (plus sensible mais ne permet pas l'identification d'espèce). Il existe maintenant des tests rapides permettant d'établir un diagnostic en quelques minutes.

Traitement :

- *Plasmodium falciparum* : halofantrine après un ECG normal (HALFAN 6 cp 250 mg, NR) 2 cp x 3 prises espacées de 6h, à répéter à demi-dose après 1 semaine ou MALARONE (4 cp/j x 3 jours) ;
- *Plasmodium vivax, ovale ou malariae* : chloroquine 6 cp en une prise, 3 cp 6 heures plus tard, puis 3 cp/j en une prise les 2^e et 3^e jours, peut être utilisée chez la femme enceinte ;
- ne pas traiter par LARIAM s'il a été utilisé en chimioprophylaxie ;
- hospitalisation immédiate pour quinine IV en cas de signe/s de gravité (encéphalite).

.../...

Autres parasitoses :

- **paludisme** : voir infra ;
- **loase (filariose à Loa loa)** : ivermectine (STROMECTOL 3 mg x 4, 20 €) 4 cp ;
- **petite douve du foie (Dicrocoelium dendriticum)** : œufs en transit, pas de traitement ;
- **ténia du bœuf (Taenia saginata) et du porc (Taenia solium)** : praziquantel 10 mg/kg en 1 prise, ou niclosamide (TREDEMINE cp 500 mg x 4, 2 €) 2 cp le matin à jeun et 2 cp après 1 h.

■ **Zone I** : pas de chloroquinorésistance : chloroquine 100 mg, 1 cp/j (NIVAQUINE 20 comprimés à 100 mg, 3 € NR en prophylaxie).

■ **Zone II** : chloroquinorésistance moyenne : chloroquine 100 mg, 1 cp/j + proguanil 200 mg/j (SAVARINE, 28 cp, 15 €, NR) ou atovaquone + proguanil (MALARONE, 1cp/j, 12 cp, 45 €, NR).

■ **Zone III** : chloroquinorésistance élevée : méfloquine 250 mg, 1 cp/sem (LARIAM 8 cp, 42 €, NR) ou MALARONE.

■ **En cas de séjour de plus de 3 mois : même traitement que ci-dessus pendant les 3 premiers mois puis arrêt de la chimioprophylaxie (traitement présomptif en cas de fièvre).**