

N° 168. Parasitoses digestives : giardiose, amœbose, téniasis, ascaridiose, oxyurose

- Diagnostiquer et connaître les principes du traitement d'un téniasis, d'une ascaridiose, d'une oxyurose, d'une giardiose, d'une amœbose intestinale aiguë et d'un abcès amibien du foie.

► Statistiques ECN

0

► En quelques mots-clés

Péril féco-oral — hygiène — prévention contre la réinfestation

Les dix commandements

- ✓ Tu interrogeras ton patient comme il se doit
- ✓ Tu lutteras contre le péril féco-oral
- ✓ Tu dépisteras et traiteras l'entourage
- ✓ Tu feras l'EPS sur 3 jours NON consécutifs
- ✓ Tu penseras à la NFS : éosinophilie +++ pour les helminthiases
- ✓ Tu penseras à traiter une éventuelle anguillulose chez les patients à risque (antilles) avant de mettre des corticoïdes
- ✓ Tu feras un EPS de contrôle 15j après la fin du traitement si dg par EPS
- ✓ Tu ne réaliseras pas de biopsie hépatique en cas de suspicion d'hydatidose
- ✓ Tu rechercheras un déficit immunitaire chez un patient atteint de giardiase chronique
- ✓ Tu préviendras ton patient que le traitement par albendazole peut colorer les selles en rouge.



Monsieur et Madame Harziose ont un fils,
comment l'appellent-ils ?



La question

- Interrogatoire primordial +++ : mode de vie (métiers à risque, sexualité à risque pour le VIH), origine, voyages récents et anciens, terrain immunodéprimé, anamnèse +++
- Examen clinique complet sans oublier l'examen dermatologique (peau, yeux, phanères, muqueuses)
- Ex complémentaires :
 - Bio : NFS +++ (leuco, lymphocytes, éosinophiles), CPK (trichinellose)
 - Sérologies orientées en fonction de la clinique et de l'EPS
 - EPS : sur 3 j non consécutifs
 - Imagerie rare en fonction du contexte : échographie abdominale, Rx T, TDM, endoscopie

HELMINTHIASES = HYPERÉOSINOPHILIE

- Teniasis (Taenia Saginata, bœuf ; Taenia Solium, porc ; Hymenolepis Nana = cisticéroïde), cestodes, cosmopolite, viandes peu cuites
 - Asymptomatique, troubles du comportement alimentaire, perte de poids possible
 - Dg : présence d'anneaux dans les selles, œufs que pour H.Nana
 - Ttt : Niclosamide en cure unique
 - Rq : cisticercose, rare et grave, liée à l'ingestion d'œufs de Taenia Solium qui s'enkystent dans les tissus (cerveau, œil et muscles)
- Ascaridiose (Ascaris Lumbricoides), nématode, péril fécal
 - Asymptomatique, sd de Löffler, occlusion, angiocholite
 - EPS : œufs
 - Ttt : Albendazole 5j

- Oxyurose (*Enterobius Vermicularis*) nématode, cosmopolite, transmission orofécale
 - Prurit anal +++ ou vulvaire chez la petite fille, diagnostic par le scotch-test
 - Ttt minute par Albendazole, ttt de l'entourage +++ dans le même temps, mesures d'hygiène (brossage ongles...)
- Hydatidose (*Echinococcus Granulosus*), cestode, eau souillée ou élevage de moutons
 - Découverte fortuite en imagerie ou hépatomégalie, complications kyste (fissuration dans les voies biliaires, infection, rupture, compression)
 - Dg : imagerie, confirmation par sérologie. PBH contre-indiquée +++
 - Ttt : chirurgical, Albendazole pour les formes non opérables
- 2 autres nématodes :
 - ankylostomiasis (asymptomatique, anémie ferriprive, sérologie positive)
 - anguillulose (cosmopolite, Antilles ++, transmission transcutanée, EPS) → risque d'anguillulose maligne avec corticoïdes (ttt préventif par Ivermectine)

PROTOZOOSES

- Lamblia ou Giardiose (*Giarda intestinalis*) : cosmopolite, transmission orofécale, souvent asymptomatique, diarrhée non fébrile, malabsorption par atrophie villositaire

EPS : kystes ou formes végétantes, FOGD : visible macroscopiquement
Ttt : Nitro-imidazolés (ex : Flagyl) 2 cures de 7j séparées de 15j
- Amœbose
 - *Entamoeba histolytica minuta* (non pathogène, amibiase infestation)
 - *Entamoeba histolytica histolytica* (amibiase maladie), péril fécal

EPS : kystes ou formes végétantes d'Ehh dans les formes coliques
Sérologie + dans les formes hépatiques ou pulmonaires
Coproculture systématique pour rechercher une surinfection
 - Amœbose intestinale aiguë : pas de fièvre, douleurs, diarrhée, syndrome dysentérique
 - Rectoscopie : ulcérations en coup d'ongle rectum et bas fond cœcal
 - Ttt : Amœbicides diffusibles (ex : Flagyl) détruisent les formes histolytica 10j
 - Abcès amibien du foie : FIÈVRE +++, douleurs HCD, évolution : rupture de l'abcès (pus chocolat).
 - ▶ TDM abdo : hypodensité avec prise de contraste périphérique, HLPNN à la NFS
 - ▶ Ttt : ponction-aspiration

- Amœbicide diffusibles (ex : Flagyl 10j) et de contact détruisent forme minuta (ex : Intetrix 10j) pour éradication
- Amœbose pleuro-pulmonaire : pleurésie, abcès avec vomique chocolat si rupture dans une bronche
- Ttt : idem amibiase hépatique



Mon conseil

L'important est de ne pas oublier les mesures de prévention, d'éradication et contre la réinfestation.

QRM

1. Quelles sont les réponses exactes concernant un abcès amibien ?
 - a. une fièvre est présente au diagnostic
 - b. il existe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
 - c. le germe responsable est *Entamoeba histolytica minuta*
 - d. il existe une hyperéosinophilie sanguine
 - e. la ponction de l'abcès ramène un liquide chocolat
2. Quelle est la proposition fausse parmi celles-ci :
 - a. l'oxyurose est cosmopolite
 - b. la biopsie est contre indiquée en cas de kyste hydatique
 - c. un déparasitage est fait systématiquement avant une mise en route de corticoïdes pour les patients à risque d'ascariose
 - d. un examen parasitologique des selles se fait sur 3 jours non consécutifs
 - e. *Taenia saginata* est transmis par le bœuf

N° 267. Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte

- Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

► En quelques mots-clés

Urgences — grossesse — dissection aortique — anévrysme aorte

Les dix commandements

- ✓ Tu élimineras les urgences chirurgicales devant toute douleur abdominale et rechercheras un abdomen chirurgical
- ✓ Tu feras systématiquement un examen des orifices herniaires et les touchers pelviens
- ✓ Devant un abdomen chirurgical, tu ne retarderas pas la prise en charge avec des examens complémentaires
- ✓ Tu élimineras les urgences médicales : IDM, dissection aortique, syndrome fissuraire
- ✓ Tu penseras aux causes métaboliques : acidocétose diabétique, insuffisance surrénale aiguë
- ✓ Tu rechercheras une prise médicamenteuse qui favorise les ulcères : AINS, aspirine
- ✓ Chez la femme, tu penseras à la date des dernières règles et aux β HCG
- ✓ Une défense chez une femme en âge de procréer te fera penser à une grossesse extra-utérine
- ✓ Chez l'enfant, une douleur abdominale révèle souvent une pneumopathie franche lobaire aiguë inférieure
- ✓ Le « TFI » est un diagnostic d'élimination



La question



► **La démarche diagnostique se fait en deux étapes :**

- éliminer une urgence médico-chirurgicale
si urgence, aucun examen ne doit retarder la prise en charge chirurgicale (si urgence chirurgicale, bilan pré-opératoire, TDM souvent indispensable)
- si absence de gravité immédiate, interrogatoire et examen clinique complet permet souvent d'orienter la prise en charge
 - Bilan biologique quasi-systématique
 - ASP : DA inexpliquée (recherche pneumopéritoine), suspicion occlusion (NHA), colique néphrétique (calcul radio-opaque)
 - Echographie abdominale : en 1^{re} intention si douleur abdominale/lombaire inexpliquée
 - Lombaire : colique néphrétique, pyélonéphrite et insuffisance rénale aiguë
 - Abdominale : Pancréatite aiguë, ictere
 - Examen de débrouillage, rapide mais opérateur-dépendant +++
 - TDM abdo-pelvienne : souvent indispensable, injectée si besoin
 - FOGD si hématémèse, suspicion ulcère

→ **À ce stade, diagnostic souvent établi (cf. tableau)**

- Diagnostic d'élimination : TFI

► **Traitements**

- En fonction de l'étiologie, hospitalisation si besoin
- Ttt symptomatique toujours : prise en charge de la douleur
- Ttt étiologique toujours
- Surveillance efficacité et tolérance du ttt

Douleur abdominale ou lombaire

- Interrogatoire : terrain (sexe, âge, intoxication alcoololo-tabagique), ATCD médico-chirurgicaux, médicaments (AINS, aspirine, AVK, CT), anamnèse, description douleur+++
- Examen physique : T°C, constantes, ex CV complet, ex abdominal avec TR, palpation OH, cicatrices, éliminer défense ou contracture, contact lombaire, AAA, TV chez la femme, HGT BU et ECG+++
- Biologie : NFS plqt, iono, créat, BHC, lipase, hémostase si abdo chir, β HCG chez la F, ECBU si BU+, hémocultures si fièvre
- Imagerie : ASP, écho abdo ou TDM +++, *si pas gravité immédiate*

Éliminer urgences

- Chirurgicales: occlusion, appendicite, ulcère perforé, cholécystite, PA
- CV : IDM, DA, AAA
- Métaboliques : acidocétose, ISA, hypercalcémie
- Infectieux : pneumopathie, pyélonéphrite
- Gynéco : GEU, torsion, nécrobiose fibrome, salpingite

DA localisées

- **HCD**: cholécystite, angiocholite, colique hépatique, abcès, ulcère perforé, appendicite sous-hépatique, foie cardiaque ou de choc, EP, pleurésie dte, PNO, pyélonéphrite, colique néphrétique, abcès rénal, CHC
- **HCG** : ulcère perforé, pancréatite caudale, PK, abcès ou infarctus splénique, étio identiques poumon, rein G, K colon G
- **Epigastre** : id HCD + IDM, angor, AAA ; pancréatite aigue, ulcère, K estomac, pancréas
- **FID** : appendicite++, diverticule Meckel, salpingite, GEU, iléite terminale, K colon
- **FIG** : sigmiodite++, salpingite, GEU, fécalome, K colon ou gynéco
- **Flancs** : pyélonéphrite, appendicite rétrocaecale à droite
- **Hypogastre** : appendicite pelvienne, IU, prostatite, endométrite, K utérus

DA diffuses

- Crise drépanocytaire : contexte évocateur
- FMF (Fièvre Méditerranéenne Familiale) ou maladie périodique: fièvre, arthralgies, SMG (Splénomégalie), épanchements séreuses
- Maladie sérique
- Causes endocrinianes : hyper ou hypothyroïdie, hypercalcémie...
- Purpura rhumatoïde : DA, purpura, arthralgies, atteinte rénale
- TFI : diagnostic élimination

► Liens transversaux

- N° 24. Grossesse extra-utérine
- N° 328. État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique
- N° 351. Appendicite de l'enfant et de l'adulte
- N° 352. Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte
- N° 353. Pancréatite aiguë
- N° 349. Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte

☰ Liens bibliographiques, pour aller plus loin

- HAS 2009 Que reste-t-il de l'ASP en pathologie digestive ?



QRM

1. Quelles sont les propositions exactes concernant une douleur abdominale ?
 - a. une douleur épigastrique irradiant à l'épaule droite fébrile évoque une cholécystite aiguë
 - b. une douleur épigastrique fébrile qui migre en fosse iliaque droite évoque une appendicite aiguë chez l'enfant
 - c. une douleur épigastrique doit faire penser à un infarctus du myocarde chez les patients à risque
 - d. une douleur de l'hypocondre droit peut révéler une pneumopathie chez l'enfant
 - e. un foie de choc ne donne pas de douleur de l'hypocondre droit
2. Quelle est la proposition fausse devant une douleur abdominale ?
 - a. l'abdomen sans préparation peut être utile en cas de colique néphrétique
 - b. aucun examen ne doit retarder la prise en charge d'un syndrome fissuraire
 - c. une acidocétose n'est jamais révélée par une douleur abdominale
 - d. l'échographie est le premier examen à réaliser devant une douleur lombaire inexpliquée
 - e. l'insuffisance surrénalienne aiguë peut mimer un abdomen chirurgical