

ANGUILLULOSE

L'anguillulose (ou strongyloïdose) est une **parasitose intestinale** causée par un ver rond, *Strongyloides stercoralis*, dont l'homme est le principal réservoir.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Présente en zone tropicale et subtropicale (Afrique Subsaharienne, Amérique du Sud, Antilles, La Réunion, Guyane, Asie du Sud Est).

Les cas rencontrés en France sont des cas importés (migrants, voyageurs).

La population à risque est donc essentiellement représentée par les voyageurs en zone d'endémie et les personnes immunodéprimées (VIH, corticothérapie...).

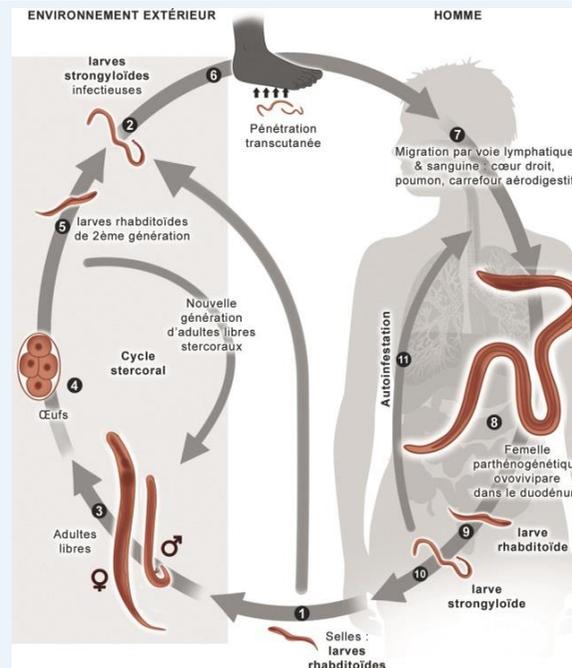
CONTAMINATION

La contamination se fait par les larves strongyloïdes capables de survivre dans des milieux chauds et humides pendant plusieurs jours. La larve **pénètre à travers la peau saine (souvent au niveau des pieds)** puis gagne le cœur avant de rejoindre les poumons.

Elle remonte ensuite au niveau de la trachée où elle est déglutie dans l'œsophage.

Elle gagne enfin la portion initiale de l'intestin et devient un ver adulte femelle. Celui-ci s'enfonce dans la paroi intestinale et y pond ses œufs qui éclosent rapidement dans la muqueuse intestinale, donnant des larves (rhabditoïdes).

Ces dernières sont émises dans les selles ou se transforment en larves infestantes capables de réaliser à nouveau une migration interne à partir des intestins de l'individu infecté (auto-infestation).



CLINIQUE

Phase de pénétration transcutanée provoquant une éruption cutanée fugace.

Phase d'invasion ou migration larvaire : manifestations immuno-allergiques avec tropisme cutané ou pulmonaire. La survenue d'un syndrome de Löffler est possible : toux sèche, gêne respiratoire, augmentation des globules blancs (éosinophiles en particulier) ainsi que des images transitoires à la radiographie pulmonaire.

Phase d'état ou phase de parasitisme intestinal : 3 à 4 semaines après l'infection.

- douleurs abdominales
- alternance de diarrhée et de constipation
- signes cutanés allergiques (*larva currens*)

L'infection peut évoluer à bas bruit pendant plusieurs décennies. Chez l'immunodéprimé, une hyperinfestation (pulmonaire et digestive) ainsi qu'une dissémination extra-digestive sont possibles et souvent mortelles.

DIAGNOSTIC

En première intention, le diagnostic est basé sur la recherche de larves dans des prélèvements de selles (Cf fiche "Examen parasitologique des selles").



Larve strongyloïde en microscopie optique

Larve rhabditoïde en microscopie optique

Source : <http://campus.cerimes.fr>

PRÉVENTION

Lors d'un séjour en zone d'endémie, le port de chaussures en tout lieu est recommandé.

Dans les pays concernés par cette parasitose, la prévention passe essentiellement par la **lutte contre le péril fécal** (l'ensemble des maladies transmises par les excréments) reposant sur l'amélioration de l'hygiène et l'éducation sanitaire, l'assainissement des eaux usées et le traitement des personnes infectées.

TRAITEMENT

Le traitement repose sur la prise d'un antiparasitaire. Les individus ayant séjournés en zone d'endémie (même s'il s'agit d'un séjour très ancien) doivent être traités pour cette parasitose avant l'initiation de toute thérapie immunosuppressive y compris pour une corticothérapie.

SOURCES :

E.Pilly 2020, 27e édition

Haute Autorité de Santé, Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic de la strongyloïdose (anguillulose), Avril 2017

Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie, 2014

Copyright MedQual©
13/05/2022