



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines:  
**Conduite à tenir devant une strongyloïdose**

---

## Contents

---

1. Définition
2. Introduction & Eléments fondamentaux
3. Poids de la maladie et Endémie
4. Groupes à risques
5. Diagnostic et Diagnostic différentiel
6. Conduite à tenir devant une strongyloïdose
7. Bibliographie
8. Sites Web utiles
9. Questions et commentaires

---

## 1. Définition

---

La strongyloïdose est une infection à *Strongyloides stercoralis*, un vers rond qui existe surtout en milieu tropical ou sub-tropical. Elle est particulièrement prévalente en Extrême-Orient.

Le genre *Strongyloides* est classé surtout dans l'ordre des Rhabditidés, et la plupart de ses membres sont des nématodes qui vivent dans la terre. Cinquante-deux espèces de *Strongyloides* existent, mais la plupart n'infectent pas les humains. *S. stercoralis* se révèle être le plus pathogène pour les humains.

Le vers adulte male passe dans les selles après avoir fertilisé la femelle - ce n'est pas un parasite qui vit dans les tissus.

Les femelles adultes parasites parthénogénétiques sont très petites et presque transparentes. Elles mesurent approximativement 2.2-2.5 mm de long avec un diamètre de 50 µm; elles vivent enfoncées dans la muqueuse intestinale au niveau du duodénum et du début du jéjunum; dans des tunnels creusés entre les entérocytes dans l'intestin grêle de l'humain. Leur durée de vie n'est pas connue. Elles vivent profondément enchâssées dans la muqueuse mais ne sont pas hématophages.

*Strongyloides stercoralis* est différent de toutes les autres sources d'infections helminthiques transmises par le sol, car la femelle peut se reproduire par parthogénèse à l'intérieur de l'humain hôte. En fonction de la réponse immunitaire de l'hôte, cela peut conduire à une auto-réinfestation ou à une hyper-infestation.

Terminologie:

"auto-réinfestation": processus qui permet au parasite de survivre très longtemps à l'intérieur de l'humain hôte, et ceci surtout de manière asymptomatique.

"Hyper-infestation ou hyper infection": processus d'auto-réinfestation intense; phase pendant laquelle les larves L3 ou de troisième génération peuvent être retrouvées dans des selles fraîches.

"Infection disséminée": évolution de l'infection pendant laquelle les larves peuvent être retrouvées partout, particulièrement dans les crachats et la peau.

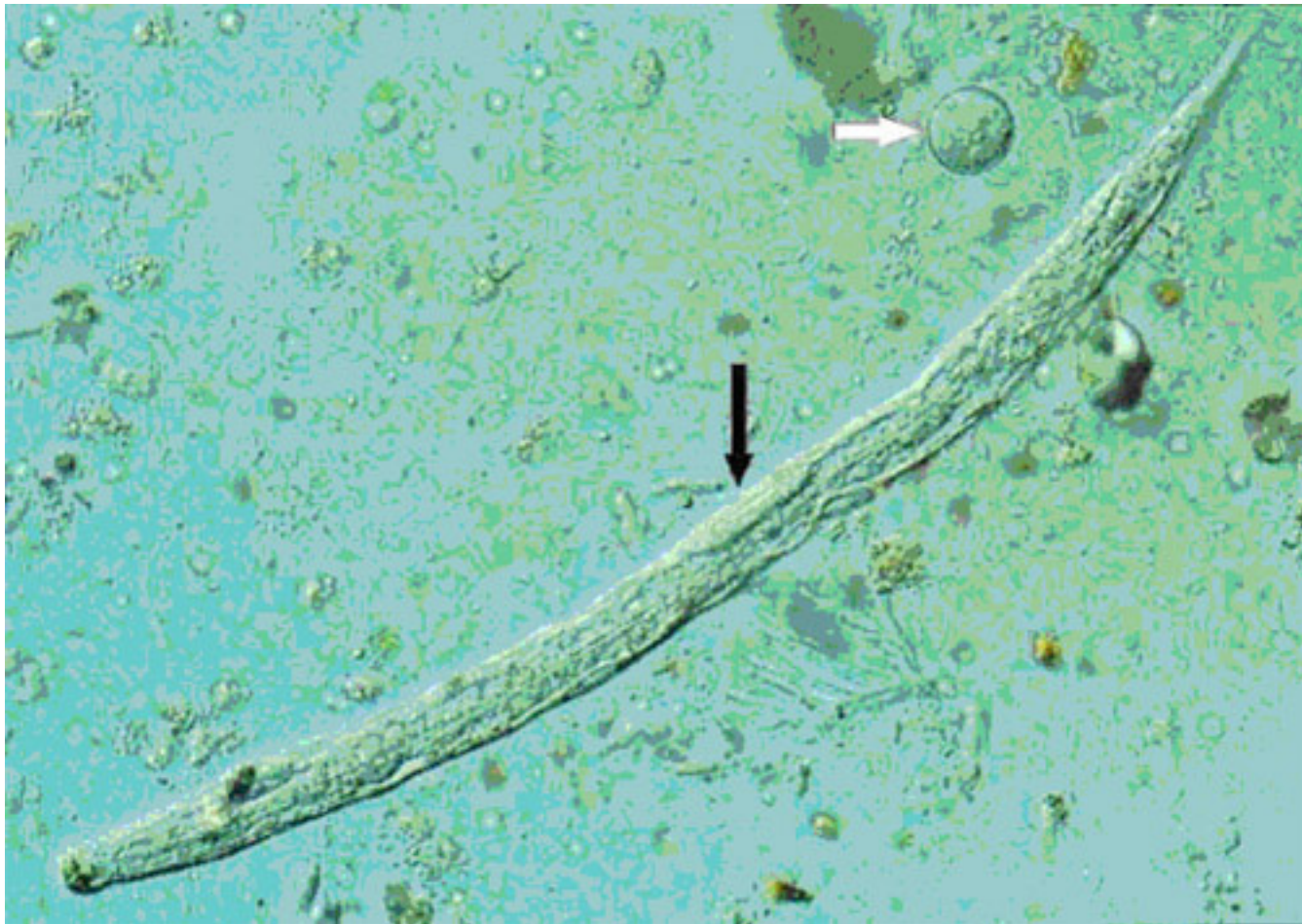


Figure 1. Larve L1 ou de première génération de *Strongyloides stercoralis*

Larve L1 de *Strongyloides stercoralis* conservée dans de la formaline à 10%. Le renflement génital au centre de la larve (flèche noire) est tout à fait évident. Noter aussi le kyste *Entamoeba coli* (flèche blanche) près de la terminaison postérieure de la larve.

Il y a deux étapes importantes dans le cycle de vie du vers, l'étape rhabditiforme et l'étape filariforme.

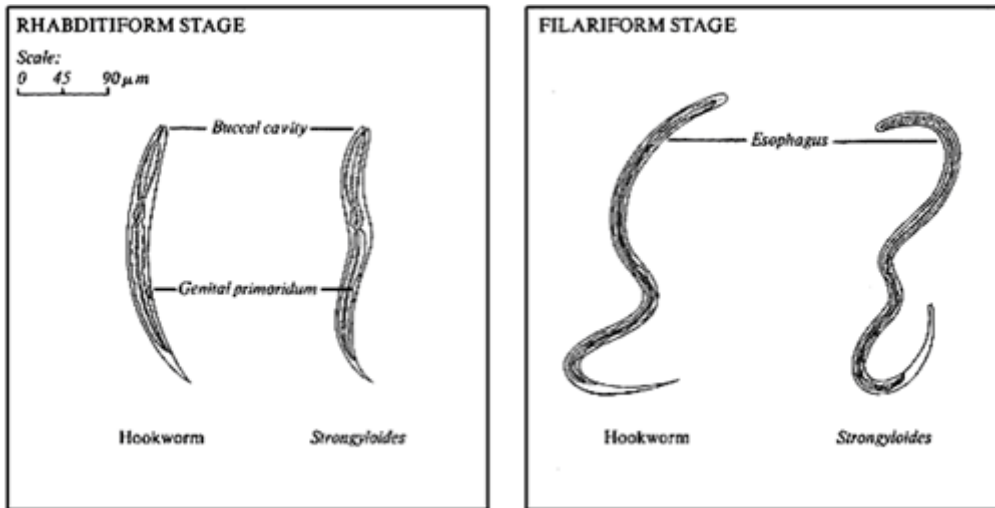


Figure 2. Larves d' ankylostome et de Strongyloides [Adapted from Melvin, Brooke, and Sadun, 1959]

## 2. Introduction & Éléments fondamentaux

### 2.1. Pathophysiologie

Le Strongyloides stercoralis a un cycle de vie unique et complexe. Le graphique ci-dessous extrait du site Nord Américain CDC à [US CDC website](http://US CDC website) montre les seules voies de multiplication du *S.stercoralis*.

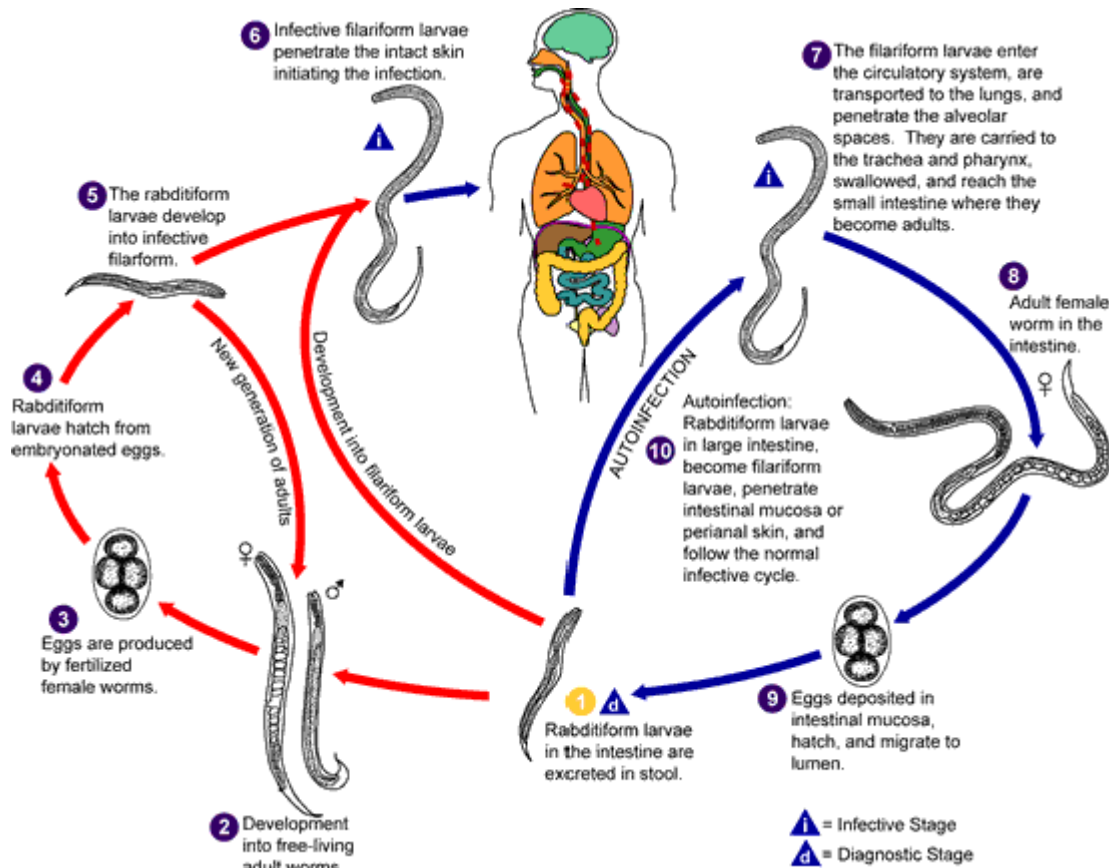


Figure 3. - Cycle de vie du *Strongyloides stercoralis*.

Le cycle de vie du *Strongyloides* est plus complexe que celui de la plupart des nématodes avec une alternance non obligatoire entre une génération libre et une génération parasite et une potentialité d'auto-réinfestation et de reproduction à l'intérieur de l'hôte. Deux types de cycle peuvent exister :

**Génération à vie libre:** Les larves rhabditiformes passées dans les selles peuvent se transformer deux fois et devenir des larves filariformes infestantes (développement direct) ou se transformer quatre fois et devenir des adultes libres, mâles ou femelles libres qui se reproduisent et pondent des œufs dont éclosent des larves rhabditiformes. Ces dernières peuvent à leur tour devenir une nouvelle génération d'adultes libres ou des larves filariformes infestantes. Les larves filariformes pénètrent à l'intérieur de la peau de l'humain hôte pour initier le cycle parasitaire et donner des femelles parasites dans l'intestin (cycle externe direct ou homogonique).

**Génération parasitaire:** Les larves filariformes qui sont dans un sol souillé pénètrent dans la peau de l'humain et sont transportées dans les poumons où elles pénètrent dans les espaces alvéolaires; elles sont transportées à travers les bronches au pharynx où elles sont avalées ce qui leur permet d'atteindre l'intestin grêle. Là, elles se transforment deux fois et deviennent des vers femelles adultes. Les femelles vivent enfoncées dans l'épithélium de l'intestin grêle et par parthénogenèse elles pondent des œufs qui donnent naissance à des larves rhabditiformes. Celles-ci peuvent passer dans les selles (voir "Génération à vie libre" ci-dessus) ou causer une auto-infection. Dans ce cas, les larves rhabditiformes deviennent des larves filariformes infectantes qui peuvent pénétrer dans la muqueuse intestinale (auto-infection interne) ou la peau ou encore la région péri-anale (auto-infection externe); dans tous les cas, les larves filariformes peuvent emprunter les voies décrites précédemment, en passant successivement aux poumons, aux bronches, au pharynx et à l'intestin grêle où elles deviennent par maturation des adultes pour se disséminer largement dans l'organisme. Actuellement l'occurrence d'auto-infection chez l'humain est reconnue seulement dans le cas d'infections helminthiques par *Strongyloides stercoralis* et par *Capillaria philippinensis*. Dans le cas des *Strongyloides*, l'auto-réinfestation peut expliquer la possibilité d'infections persistantes pendant de nombreuses années chez des patients qui n'ont pas été en zones endémiques et d'hyper-réinfestation chez des individus immunodéprimés. La durée la plus longue connue à ce jour est de 65 années.

D'autres théories ont été suggérées [1], par exemple l'idée que les larves peuvent migrer directement de la peau au duodénum à travers les tissus connectives; cependant aucune évidence directe n'a été avancée à ce jour pour conforter de telles hypothèses.

## 2.2. Relations avec HIV/SIDA

Le HIV/SIDA facilite la strongyloïdose

La strongyloïdose n'est pas une infection opportuniste importante associée avec le SIDA, mais c'est une infection opportuniste associée avec le HTLV. 7).

La littérature citée ci-dessous fournit l'évidence d'une telle interaction. Le point fondamental pour le clinicien est de faire très attention car l'immuno-suppression peut faciliter la strongyloïdose en la faisant devenir hyper-infectée et/ou disséminée.

**La Strongyloïdose chez les patients immunodéprimés peut conduire à une hyper-réinfestation**

Reference	Conclusions principales de l'étude et commentaires
Panpiglione and Riccardi, 1972	Dans certaines parties de l'Afrique, la prévalence de l'infection par <i>S. fülleborni</i> atteint 50%. On ne connaît pas les caractéristiques de la réponse immunitaire. Commentaire: HIV et SIDA sont les principales causes de mortalité en Afrique subsaharienne où ces deux pathologies sont co-endémiques.
Pelletier, 1984	L'auto-infection par <i>S. stercoralis</i> entraîne une infection à long terme ou indéfinie qui induit une immunosuppression de manière non précisée. Commentaires: l'endémie globale dépasse celle du HIV/SIDA (voir Conway et al. 1995)
Conway et al., 1995	<i>S. stercoralis</i> est endémique dans les régions tropicales ou tempérées chaudes du monde. L'infection par <i>S. stercoralis</i> peut persister pendant des décennies par le moyen d'auto-réinfestation avec contamination familiale. Commentaires: la répartition globale recouvre les régions de la prévalence la plus haute du HIV/SIDA (Bundy et al. 2000; UNAIDS, 2001). Le HIV/SIDA hétérosexuel est aussi inévitablement familial, en quelque sorte.
Mahmoud, 1996	Les taux de séroprévalence de <i>S. stercoralis</i> sont élevés dans certaines communautés où ce parasite est endémique. Le diagnostic par sérologie est plus sûr que par microscopie. Au Brésil, la séroprévalence peut atteindre 82%. Commentaires: HIV/SIDA et strongyloïdose sont co-endémiques dans certaines communautés brésiliennes, et la possibilité d'interaction immunologique existe certainement.
Karp and Neva, 1999	La prévalence d'infection par <i>S. stercoralis</i> chez l'adulte varie entre 20 et 50% à Kinshasa et l'infestation peut persister pendant 50 ans par auto-infestation (Pelletier, 1984; Conway et al. 1985; Mahmoud, 1996). Commentaires: la prévalence du HIV/SIDA à Kinshasa est également élevée (UNAIDS, 2001). Une activation immunitaire chronique et une anergie pourraient augmenter le risque d'infection par HIV, et contribuer à une progression plus rapide du SIDA et à une inefficacité de l'immunoprophylaxie.

*Table 1. Strongyloïdose en relation avec HIV/SIDA.*

Commentaire général: une forte évidence d'interaction immunologique lors de co-infection par *S. stercoralis*, helminthe transmis par le sol et un rétrovirus cause de leucémie et autres pathologies immunes chez l'humain (HTLV 1) a été démontrée au Brésil, en Jamaïque, au Japon et au Pérou. (Robinson et al., 1994; Hayashi et al., 1997; Neva et al., 1998; Gotuzzo et al., 1999 et Porto et al., 2001).

Ces découvertes peuvent renforcer l'idée qu'une situation similaire puisse se produire pendant une co-infection par helminthes et HIV 1 qui est aussi un virus immuno-dépresseur.

Strongyloïdose et patients avec des défenses immunitaires amoindries

De nombreux patients atteints d'arthrose rhumatoïde ou d'asthme bronchique vivent sous les tropiques où ils sont sous couverture par stéroïdes au long cours. Ils peuvent les acheter en pharmacie où ils sont moins chers que les AINS (ce qui provoque une suppression des défenses immunitaires).

### 2.3. Mortalité et morbidité

La strongyloïdose aiguë est souvent asymptomatique et peut rester cachée pendant des décennies. Les patients dont les défenses immunitaires sont amoindries ont souvent des infections asymptomatiques chroniques qui peuvent causer une certaine morbidité.

La strongyloïdose cliniquement apparente peut avoir des symptômes cutanés, gastro-intestinaux et pulmonaires.

La strongyloïdose disséminée sévère a un taux de mortalité élevé qui peut atteindre 87%.

---

### 3. Poids de la maladie et endémie

---

*Strongyloides stercoralis* est endémique dans les régions tropicales et sub-tropicales et infecte jusqu'à cent millions de personnes. Il est aussi répandu en Europe de l'Est et dans la région méditerranéenne.

Un tableau intéressant a été produit par Siddiqui [7].

*Table 2. Prévalence de Strongyloides stercoralis dans quelques pays en voie de développement .*

Lieux	Nombre d'analyses	Nombre d'analyses positives pour <i>S. stercoralis</i> en , %
Abidjan	1001	1.4
Argentine	36	83.3
Argentine	207	2.0
Brésil	200	2.5
Brésil	900	13.0
Ethiopie	1239	13.0
Guinée	800	6.4
Honduras	266	2.6
Israël	106	0.9
Kenya	230	4.0
Laos	669	19.0
Mexico	100	2.0
Nigeria	2008	25.1
Roumanie	231	6.9
Sierra Leone	1164	3.8
Soudan	275	3.3
Thaïlande	491	11.2

---

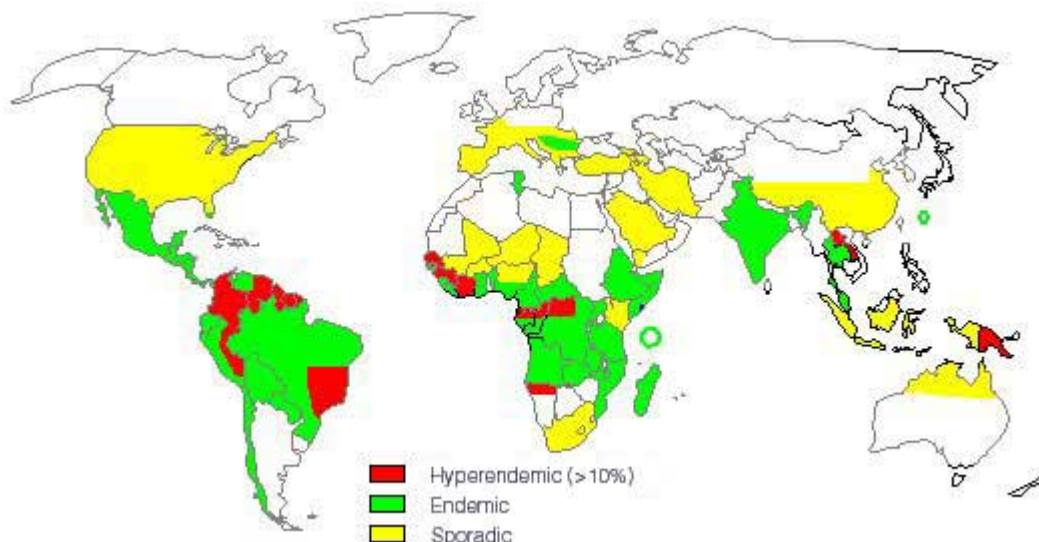


Figure 4. Distribution géographique de Strongyloidiasis

*S. stercoralis* est endémique sous les tropiques et sub-tropiques et infecte plus de cent millions de personnes. Il est endémique dans l'Asie du Sud-Est, en Amérique latine, en Afrique sub-saharienne et dans le sud-est des USA.

---

#### 4. Groupes à risques

---

**Les patients atteints de HIV et du SIDA  
et ceux avec immunosuppresseurs  
sont à haut risque**

Facteurs de risque en cas de strongyloïdose sévère:

- Immunosuppresseurs (en particulier corticostéroïdes, tacrolimus et chimiothérapie)
- Patients avec immunité cellulaire altérée
- Infection au HTLV type 1
- Néoplasmes, surtout hématologiques (lymphome, leucémie)
- Greffe d'organe (receveurs d'allogreffe du rein)
- Maladies du collagène
- Etats de malabsorption et de malnutrition
- Maladie rénale en phase terminale
- Diabetes mellitus
- Quatrième âge
- Infection HIV-1
- Voyageurs à destination ou en provenance de régions endémiques
- Prisonniers
- Facteurs locaux, boucles diverticulaires et aveugles (*Strongyloides stercoralis* qui persistent dans une boucle de l'intestin)

---

#### 5. Diagnostic et diagnostic différentiel

---

## 5.1. Signes physiques et symptômes

*Table 3. Strongyloïdose : signes physiques et symptômes*

Aiguë	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Larva currens (signe le plus caractéristique)</li> <li>• Urticaire (d'ordinaire sur les pieds)</li> <li>• Respiration sifflante, toux, fièvre peu élevée</li> <li>• Douleur épigastrique</li> <li>• Diarrhée/nausée/vomissement</li> </ul>
Chronique (d'ordinaire résultat d'auto-infestation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Larva currens (signe le plus caractéristique)</li> <li>• Douleur épigastrique</li> <li>• Asymptomatique/ douleur abdominale diffuse</li> <li>• Diarrhée intermittente (alternant avec de la constipation)</li> <li>• Nausée occasionnelle et vomissement</li> <li>• Perte de poids (si infestation accentuée)</li> <li>• Rash cutané récurrent (urticaire chronique)</li> </ul>
Sévère (d'ordinaire résultat d'hyper-infection ou d'infection disséminée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition insidieuse</li> <li>• Diarrhée (parfois sanglante)</li> <li>• Douleur abdominale sévère, nausée et vomissement</li> <li>• Toux, respiration sifflante, détresse respiratoire</li> <li>• Raideur de nuque, maux de tête, confusion (méningisme)</li> <li>• Rash cutané (petechiae, purpura)</li> <li>• Fièvre, frissons</li> </ul>

L'essentiel pour diagnostiquer une strongyloïdose est de la soupçonner. Le diagnostic de strongyloïdose ne peut être porté avec certitude que lorsque le parasite a été identifié dans les selles. La petite taille du parasite et sa capacité à se reproduire à l'intérieur de l'hôte rendent souvent impossible le diagnostic sur une seule analyse des selles. Une analyse répétée en série sur plusieurs jours est nécessaire. Une NFS est nécessaire à cause de la fréquence d'hyperéosinophilie sanguine (50 à 60% des patients). Cette dernière est la plupart du temps plus modérée (10 à 30%) ou même moins dans les formes latentes, mais très tenace. Elle est caractérisée par son évolution en dents de scie. Elle est un signe utile pour diagnostiquer les infections simples non compliquées ; et elle est fréquemment absente dans les strongyloïdoses disséminées.

## 5.2. Techniques de diagnostic



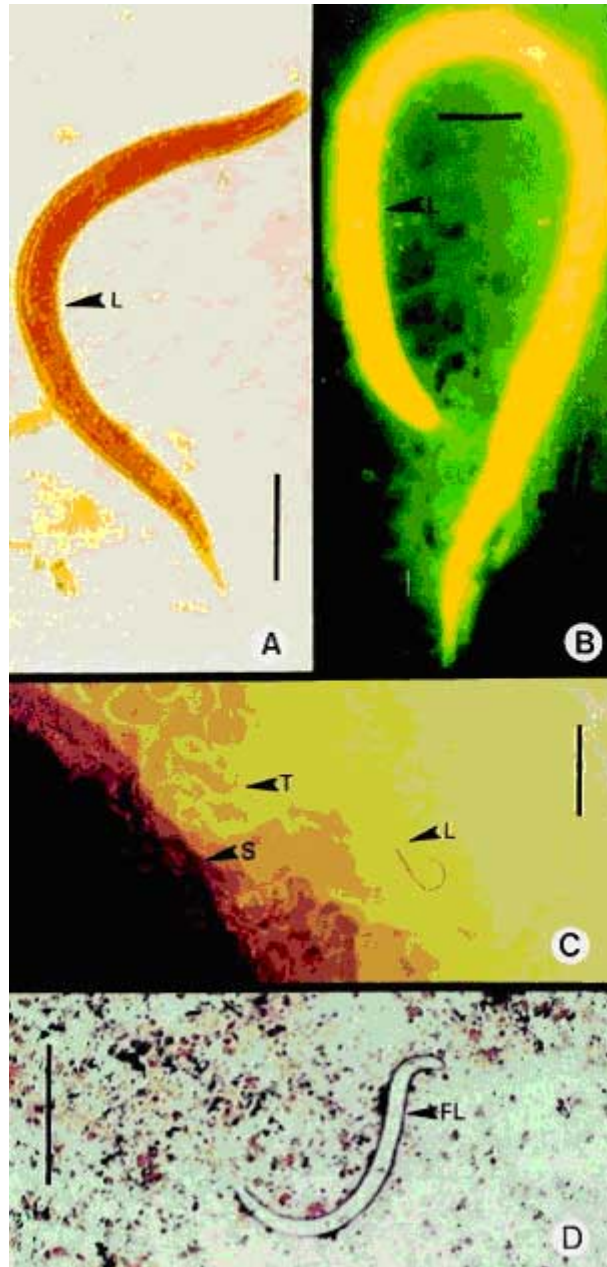


Figure 5. Techniques de diagnostic par coloration et de culture du *Strongyloides Stercoralis* :

A, Coloration au Lugol iodine de la larve rhabditiforme dans les selles. C'est la procédure la plus communément suivie dans les laboratoires de microbiologie clinique. Un simple examen des selles ne détecte les larves que dans 30 % des cas d'infection. Echelle = 25 m.

B, Frottis de selles humaines colorées avec de l'auramine O, montrant une fluorescence orange-jaune des larves rhabditiformes sous la lumière ultra-violette. Une coloration de routine rapide à l'acide, des crachats ou d'autres sécrétions de l'appareil respiratoire (par exemple lavage bronchique) peut aussi se révéler être une procédure de dépistage utile. Echelle = 25 m.

C, Méthode de culture d'Agar. Elle permet de repérer les traces et sillons laissées par les larves autour de l'échantillon de selles. Cette méthode de diagnostic est difficile et demande du temps (2-3 jours), mais elle est plus sûre que d'autres (par exemple analyse "wet mount" pour la détection des larves dans les selles). Les traces sont ici signalées (par une flèche et par la lettre T) ; S signifie selles sur un Agar ; L signifie larve(s) ; Echelle = 250 m.

*D, Coloration de Gram montrant des larves filariformes de S. stercoralis (FL). La coloration Gram d'un crachat est un outil excellent pour diagnostiquer une strongyloïdose pulmonaire. Echelle = 250 m.*

Un certain nombre de procédures de diagnostic peuvent être utilisées:

- String Tests
- Aspiration duodénale
- Tests immuno-diagnostiques (IFA, IHA, EIA, ELISA)
- Examens répétés des selles

Toutes ont des avantages (voir: [ici](#)), mais globalement l'examen répété des selles est la meilleure méthode.

Il existe plusieurs techniques pour identifier les larves dans les selles.

- Technique ou méthode de Baermann (encore considérée comme la norme)
- Directement (dissection microscopique)
- Frottis direct des selles dans une solution colorée lugol iodine
- Après concentration (acetate formaline-ethyl)
- Après culture par la technique Harada-Mori avec filtre de papier
- Cultures Agar (ne pas utiliser pour la gestion d'un cas clinique, mais réserver aux études épidémiologiques)

L'utilisation de ces tests en plus de la microscopie directe de frottis de selles dépendra de la disponibilité locale de ces ressources et de l'expertise de ceux qui les exécuteront.

La manière la plus fiable pour mettre en valeur *S.stercoralis* reste l'examen répété des selles sur un certain nombre de jours consécutifs.

**L'analyse des selles pour identifier les strongyloïdes par la méthode de Baermann est la meilleure.**

### **La méthode de Baermann**

La méthode de Baermann, encore appelée extraction de Baermann, (à laquelle on a apporté un grand nombre de modifications) repose sur l'hygrotopisme et le thermotropisme positifs des larves. La technique est simple. Monter sur entonnoir un embout de caoutchouc fermé par une pince; disposer sur cet entonnoir un tamis métallique en "chapeau chinois" et une couche de gaze; y déposer une noix de selles; ajouter de l'eau tiède de manière à ce qu'elle immerge les matières; 4 heures et 24 heures plus tard, soutirer l'eau en desserrant la pince, centrifuger et examiner le culot. Sa rentabilité est excellente, mais il existe des périodes de cinq jours consécutifs où la coproculture reste négative. Il a été développé des variantes pour chaque constituant de cette technique.

### **MATERIEL**

- Mouchoir en papier ou compresses
- Tamis métallique fin ou passoire à thé
- Petit réservoir mince (ou récipient alimentaire en plastique)

- Entonnoir
- Tube (pour jouer le rôle de base de l'entonnoir)
- Clamp
- Microscope, plaques, lamelles, solution saline (pour observer les spécimens)

## PROCEDURE

1. Séparer les éléments souillés en les faisant passer par le tamis.
2. Dès que les plus importants ont été réduits, les disperser sur un papier pour former une couche d'environ 1 cm d'épaisseur.
3. Entourer l'échantillon de deux compresses dépliées et closes; placer l'ensemble dans l'entonnoir et l'immerger dans la solution saline.
4. Mettre un tube avec un clamp sur le col d'un entonnoir large. Placer le tamis et l'échantillon de matières dans l'entonnoir (voir diagramme)
5. S'assurer que le clamp est bien fermé sur le col de l'entonnoir. Mettre assez d'eau pour qu'elle recouvre les matières.
6. Laisser reposer pendant 2-3 jours. On peut avoir à remplir à nouveau l'entonnoir d'eau pour compenser l'évaporation.
7. Pendant ce temps, les nématodes actifs vont quitter les matières et aller dans l'eau. Elles tomberont dans le fond de l'entonnoir et dans le tube. Pour les récupérer, ouvrir le clamp pour soutirer l'eau et la récupérer.

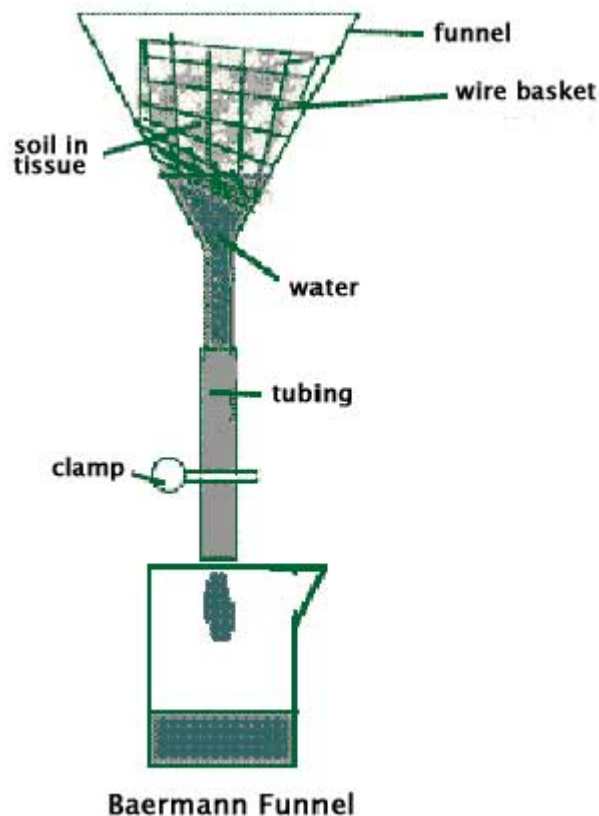


Figure 6.

Les cultures sur Agar se font de la manière suivante:

- Placer les selles sur une plaque d'Agar

- Eviter le risque d'infection accidentelle en isolant les plaques
- Les conserver pendant deux jours à température ambiante
- Les larves montent à la surface avec les bactéries en laissant des traces visibles.
- Confirmer par l'examen l'existence de larves
- Laver avec de la formaline à 10% et recueillir les larves par sédimentation

Répéter cette procédure pendant 6-7 jours consécutifs à cause de la petite taille des parasites et de la forme irrégulière des larves chez de nombreux patients. Les tests ont montré que l'Agar est supérieur a) au frottis direct b) à la méthode de sédimentation formaline-éther, c) à la méthode de filtrage sur papier. Toutefois l'Agar ne peut être effectué partout, mais seulement dans les agglomérations importantes et dans les hôpitaux universitaires.

L'endoscopie montre des signes caractéristiques d'inflammation de la muqueuse du duodénum. Il est important de suivre scrupuleusement la procédure de désinfection de l'endoscope car des endoscopes non stériles peuvent transmettre le parasite.

### 5.3. Diagnostic différentiel

De nombreuses pathologies produisent des symptômes similaires - Penser à :

- Infections intestinales (amibiases, colite bactérienne, shigella, campylobacter, yersinia, clostridium difficile)
- Maladie de l'intestin irritable
- Syndrome de l'intestin irritable
- Troubles abdominaux fonctionnels
- Substances médicamenteuses (AINS, or).

Le point fondamental est d'identifier le parasite. Cela est rendu difficile par la petite taille du parasite et parce qu'un grand nombre d'analyses des selles doit être effectué avant de pouvoir poser un diagnostic.

Les chances de trouver le parasite sont fonction du nombre d'analyses des selles.

---

## 6. Conduite à tenir devant une strongyloïdose

---

### 6.1. Strongyloïdose non compliquée

Le traitement de la strongyloïdose est difficile car, contrairement aux autres infections par helminthes, les strongyloïdes doivent être complètement éradiqués. Ceci est difficile à obtenir à cause de leur petite taille et de la forme irrégulière des larves. Une guérison complète ne peut pas être prononcée sur la seule base d'un examen négatif des selles. La recherche de Strongyloïdes stercoralis dans les selles a pu être négative jusqu'à 70 % des cas d'infection par strongyloïdes.

*Table 4. Thérapie médicamenteuse préférée pour strongyloïdose (extrait de [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com))*

Nom du médicament	Ivermectine (Stromectol, Mectizan) -- DOC pour strongyloïdose aiguë et chronique. Agit sur les nerfs des invertébrés et les cellules musculaires, causant la mort de la cellule. Demi vie de 16 h; métabolisme dans le foie.
Dose adulte	200 mcg /kg /d voie orale pendant 2 jours en une prise unique; le traitement peut être répété pendant deux semaines en cas de besoin dans l'anguillose rebelle.

Dose pédiatrique	Posologie adulte à partir de 2 ans; si moins de deux ans donner: 200 mg/d voie orale pendant trois jours
Contreindications	Allergie rapportée. Ne pas utiliser pendant le premier trimestre de la grossesse; pendant le reste de la grossesse éviter jusqu'à l'accouchement si possible
Interactions	Aucune n'a été rapportée
Grossesse	On n'a pas établi que ce médicament soit sans danger pendant la grossesse.
Précautions	Traiter les mères qui ont l'intention d'allaiter seulement lorsque le fait de retarder le traitement présente plus de risque que le passage possible de l'ivermectine dans le lait maternel. Répéter le traitement peut s'imposer chez les patients immunodéprimés. Peut causer nausée, vomissements, dépression du SNC, et somnolence

**Traiter par dose unique d'Ivermectine de 200 µg /kg**

Une dose unique d'Ivermectine à 200 µg /kg de poids corporel est le meilleur traitement médicamenteux de strongyloïdose non compliquée, quoiqu'il y ait peu d'évidence de l'utiliser chez l'enfant. Actuellement, la posologie pédiatrique s'estime plus par la taille que par le poids.

L'ivermectine est disponible en comprimés de 3 et 6mg. C'est un dérivé des avermectines (appartenant à la famille antibiotique des macrolides).

Un suivi dans l'examen des selles peut confirmer efficacement les résultats. Dans les cas chroniques, l'ivermectine peut être administrée tous les trois mois jusqu'à ce que trois examens successifs des selles s'avèrent négatifs. Ce que l'on sait du cycle biologique du parasite fait souhaiter un contrôle vers J30-J45.

L'albendazole peut être également utilisé à la place.

## 6.2. Hyper-infestation ou infection disséminée

Ces termes sont employées de manière indifférenciée et font mention d'une extension rapide de l'infection -d'ordinaire chez des patients immunodéprimés- et se voit souvent associée à un traitement par corticostéroïdes. L'hyper-infestation est accompagnée d'un risque élevé de septicémie à gram négatif et en conséquence on utilise des antibiotiques à large spectre en particulier pour prévenir une méningite bactérienne.

## 6.3. Prévention

On prévient l'infection en évitant le contact direct de la peau avec un sol contenant des larves infectées. Les personnes à risque -spécialement les enfants- devraient porter des sandales lorsqu'elles marchent sur des sols souillés. Il faut identifier les patients à risque et conduire des tests diagnostiques appropriés avant de commencer une thérapie immunodépressive.

Les personnes en contact ménager avec des patients ne risquent pas d'infection. Un traitement approprié des excréments humains réduit substantiellement la prévalence de la strongyloïdose.

Il n'existe ni prophylaxie ni vaccin.

#### 6.4. Pronostic

Les strongyloïdoses aiguë et chronique ont un bon pronostic. Cependant si elle n'est pas traitée, l'infection peut subsister pour le reste de la vie du patient à cause du cycle d'auto-réinfestation. L'absence prolongée de zone endémique ne garantit pas que l'infection soit terminée.

Une infection disséminée aiguë est d'ordinaire fatale, et souvent elle ne répond pas à la thérapie.

---

### 7. Bibliographie

---

1. Grove DI; Strongyloidiasis: a conundrum for gastroenterologists; GUT 1994, 35:437-440 [Pubmed-Medline](#)
2. Grove DI, Human Strongyloidiasis; Adv Parasitol 1996; 38:251-309 [Pubmed-Medline](#)
3. Dickson R; Awasthi S; Demellweek C; Williamson P; Antihelminthic drugs for treating worms in children: effects on growth and cognitive performance; Cochrane Database of Systematic Reviews 2003 VOL 1
4. The BMJ correspondence criticising this plus author's reply. BMJ 2000; 321; p 1224;11 November [Link to BMJ 2000;321:1224 Full Text Link](#)
5. Siddiqui AA, Berk SL, Diagnosis of Strongyloides stercoralis; Clinical Infectious Diseases; 33; 2001;1040-1047 [Full Text Link](#).
6. Albonico M , Crompton DW, Savioli L; Control strategies for human intestinal nematode infections. Adv Parasitol 1999;42-277-341 [Pubmed-Medline](#)
7. D.W.T. Crompton, D. Engels, L Savioli, A. Montresor, M. Neira. Preparing to control Schistosomiasis and Soil transmitted helminths in the twentyfirst century. Acta Tropica; 16;2-3 pp 121-347; May 2003-08-16
8. Prevention and Control of Schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis; Report of a WHO Expert Committee; WHO technical Report series No 912 ; Geneva 2002 [Pubmed-Medline](#)
9. Savioli L, Albonico M, Engels D, Montresor A. Progress in the prevention and control of schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. Parasitol Int. 2004 Jun;53(2):103-13 [Pubmed-Medline](#)

---

### 8. Sites Web utiles

---

1. The US CDC publishes a free information sheet on strongyloidiasis at: <http://www.dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Strongyloidiasis.htm>
2. The American Socy of Tropical Medicine and Hygiene: <http://www.astmh.org/index2.html>
3. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene: <http://www.rstmh.org/>
4. EMedicine on Strongyloidiasis  
<http://www.emedicine.com/derm/topic838.htm>  
<http://www.emedicine.com/ped/topic2161.htm>  
<http://www.emedicine.com/med/topic2189.htm>
5. World Health Organisation (WHO), 1994. Bench Aids for the diagnosis of intestinal parasites, Geneva.

6. World Health Organisation (WHO), 1998a. Guidelines for the evaluation of soil-transmitted helminthiasis and schistosomiasis at community level. A Guide for Managers of Control Programmes. WHO/CTD/SIP/98.1, Geneva.
7. World Health Organisation (WHO), 1999. Monitoring helminth control programmes. A guide for Managers of Control Programmes (II). WHO/CTD/SIP/99.3, Geneva.

---

## **9. Questions et commentaires**

---

### **INVITATION AUX COMMENTAIRES**

Le Comité des recommandations pratiques examinera intérêt vos commentaires et les questions que vous pourriez avoir. Merci de ne pas hésiter à cliquer sur l'icône ci-dessous pour nous faire connaître vos points de vue et votre expérience sur cette pathologie.

C'est ensemble que nous progresserons.

[guidelines@worldgastroenterology.org](mailto:guidelines@worldgastroenterology.org)