

Schistosomiasis

1° Définition :

Infections parasitaires provoquées par des vers plats appartenant au genre *Schistosoma*.

Il s'agit d'une zoonose liée au péril fécal et aux mollusques qui en sont les hôtes intermédiaires.

C'est la deuxième endémie mondiale après le paludisme. La maladie s'est répandue de façon catastrophique suite aux grands travaux d'irrigation qui ont multiplié les gîtes à mollusques.

Les Schistosomes sont hémaphysogone, à sexes séparés et vivent dans le système veineux mésentérique ou splanchnique. Les adultes mesurent 12 à 16 mm de long et portent deux ventouses de fixation (une ventouse orale et une ventouse ventrale appelée acétabulum).

Le mâle plus court et plus trapu que la femelle loge celle-ci dans une fente dite canal gynécophore.

Les cercaires mesurent 400 à 600 µm de long et possèdent une tête piriforme et une queue bifide d'où leur nom de furcocercaires.

Cinq espèces sont pathogènes pour l'homme :

- ***Schistosoma haematobium* :**

Agent de bilharziose uro-génitale en Afrique et au Moyen Orient.

- ***Schistosoma mansoni* :**

Provoque la bilharziose intestinale en Afrique, au Moyen Orient et en Amérique latine.

- ***Schistosoma japonicum et mekongi* :**

Responsables de la bilharziose artério-veineuse rencontrée en Extrême Orient.

- ***Schistosoma intercalatum* :**

A l'origine de la bilharziose rectale dans certains pays d'Afrique centrale.

2° Transmission :

L'infestation de l'homme par les schistosomes s'effectue par contact avec de l'eau contaminée par des larves nageantes infectantes (furcocercaires) qui pénètrent activement à travers la peau.

Les gîtes de transmission de la maladie sont constitués par les eaux stagnantes, les bords des rivières, les berges de lacs, etc....

Les pêcheurs, les cultivateurs, les riziculteurs et les ouvriers qui entretiennent les canaux d'irrigation sont les personnes à risque. Les femmes pour leurs tâches ménagères sont plus atteintes que les hommes. Les enfants sont plus touchés que les adultes car ils nagent plus souvent dans les marigots notamment aux heures chaudes où l'émission cercarienne est la plus intense.

3° Cycle de multiplication :

Le cycle est indirect et fait intervenir un hôte définit qui est en général l'homme et un hôte intermédiaire qui est un mollusque gastéropode d'eau douce.

L'élimination des œufs se fait par les urines pour *Schistosoma haematobium* ou par les selles pour les autres espèces. Leur éclosion libère un miracidium qui pénètre le mollusque et donne naissance à deux générations successives de sporocystes qui vont gagner l'hépatopancréas et se transformer en furcocercaires.

Ces larves vont être libérées dans le milieu extérieur et infester l'homme par pénétration transcutanée active lors d'un contact avec de l'eau douce.

Seule la tête des cercaires pénètre et donne un schistosomule qui gagne par voie sanguine et lymphatique le poumon puis, le cœur gauche puis, le foie. Les vers deviennent adultes dans le système porte, s'accouplent puis, pondent des œufs qui percent les parois des capillaires sanguins et gagnent l'intestin ou la vessie pour être finalement rejetés avec les urines et les selles.

Les œufs ne sont pas embryonnés lors de la ponte mais lors de l'extériorisation avec les selles ou les urines.

4° Clinique :

Les symptômes varient selon la charge parasitaire et la localisation des œufs. L'incubation varie entre 2 et 6 semaines.

La phase d'infestation correspond au passage transcutané des cercaires et passe généralement inaperçue avec un prurit localisé et des taches érythémateuses. C'est la dermatite cercarienne.

La phase d'invasion est contemporaine à la migration des schistosomules et se caractérise par des manifestations allergiques avec une fièvre, des sueurs, des céphalées, une diarrhée et parfois une hépato-splénomégalie.

La phase d'état dépend de l'espèce.

5° Diagnostic :

Le diagnostic d'orientation est basé sur la notion d séjour et de bain en eau douce en région d'endémie.

L'hémogramme montre une hyperéosinophilie et une hyperleucocytose.

Le diagnostic de certitude est basé sur la mise en évidence des œufs dans les urines ou dans les selles ou dans les biopsies du rectum ou de la vessie.

La recherche de l'hématurie microscopique dans les urines peut se faire par les bandelettes réactives.

Le diagnostic indirect repose sur la mise en évidence d'anticorps par différentes techniques immunologiques. Ces techniques nécessitent cependant l'entretien du cycle parasitaire au laboratoire pour la fourniture d'antigènes vivants.

6° Prophylaxie :

Eviter les contacts cutanés avec de l'eau douce stagnante dans les régions d'endémie ou bien porter des bottes.

Dépistage et traitement des personnes atteintes en zone d'endémie. Informer sur les dangers du péril fécal en soulignant le danger de la souillure des eaux par les selles ou les urines et le danger des bains en marigots infestés.

Aménagement de latrines.

Lutte contre les mollusques.