



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**GUIDE – AFFECTION DE LONGUE DURÉE**

# **BILHARZIOSE COMPLIQUÉE**

Octobre 2007

Ce guide médecin est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé  
Service communication  
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

## Sommaire

Liste des abréviations .....	4
1. Introduction.....	5
2. Bilan initial .....	6
3. Prise en charge thérapeutique.....	10
4. Suivi.....	12
Annexe 1. Liste des participants .....	14
Références .....	15

### **Actualisation des guides et listes ALD**

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les trois ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

## Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide Médical de l'Etat
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
CDC	Conférence de Consensus
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
ECG	Électrocardiogramme
HAS	Haute Autorité de Santé
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
ONG	Organisation non gouvernementale
LAP	Liste des actes et prestations
LPP	Liste des produits et prestations
PMA	Procréation médicalement assistée
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique
RSI	Régime social des indépendants
UIV	Urographie intraveineuse

## 1. Introduction

L'objectif de ce guide est d'expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 4 : bilharziose compliquée. C'est un outil pragmatique auquel le médecin traitant peut se référer, notamment au moment d'établir le protocole de soins conjointement avec le médecin-conseil et le patient.

Pour élaborer un guide médecin, la Haute Autorité de Santé (HAS) se fonde sur les données scientifiques les plus récentes, validées par les professionnels dans le cadre soit de recommandations pour la pratique clinique (RPC), soit de conférences de consensus (CDC). Lorsque de telles données sont indisponibles ou insuffisantes, elles sont complétées par des avis d'experts. Le guide est par ailleurs soumis à la relecture de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Le guide médecin ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Par ailleurs, par manque de recommandations ou de consensus, la prise en charge des complications et séquelles n'a pas pu être précisée. Ce guide reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un patient ayant une bilharziose compliquée. Il sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

Les bilharzioses (synonymes : schistosomiasés, schistosomoses) sont des affections parasitaires dues à des vers plats, vivant dans le système circulatoire. Cinq espèces sont pathogènes pour l'homme. *Schistosoma haematobium*, agent de la bilharziose uro-génitale et *Schistosoma mansoni*, responsable d'une bilharziose intestinale et parfois hépato-splénique sont les plus fréquentes en France. Toutefois, les autres formes de bilharzioses peuvent être rencontrées : intestinale avec complication hépatique (*Schistosoma japonicum* et *Schistosoma mekongi*), ou rectale et génitale (*Schistosoma intercalatum*).

Il n'y a pas de contamination en France métropolitaine et les données épidémiologiques y sont rares. Des cas de bilharzioses sont observés essentiellement chez des touristes, des expatriés et des migrants en provenance de pays endémiques (rarement de départements français d'outre mer : Martinique et Guadeloupe). La bilharziose compliquée concerne avant tout le groupe des migrants africains en état de précarité sociale (hors du système de remboursement sécurité sociale et couverture médicale universelle).

La contamination de l'homme s'effectue lors des bains dans des eaux douces où se trouvent les mollusques, hôtes intermédiaires. La pénétration transcutanée des cercaires peut se traduire par une dermatite. La migration des schistosomules peut générer un syndrome d'invasion immunoallergique. Leur maturation en vers adultes dans les plexus veineux spécifiques à chaque espèce aboutit à la ponte des œufs, dont la migration viscérale est à l'origine des manifestations aiguës. Le développement de granulomes périovulaires (bilharziome) est à l'origine des manifestations chroniques.

## 2. Bilan initial

### 2.1 Objectifs

- Poser rapidement un diagnostic pour une mise en route précoce du traitement.
- Faire le bilan des localisations de la maladie.

### 2.2 Professionnels impliqués

- Le diagnostic de bilharziose peut être porté par tout médecin. Cependant, un avis médical spécialisé est recommandé. Le médecin doit s'appuyer sur toutes les ressources nécessaires notamment les services spécialisés (hépatogastroentérologie, infectiologie, parasitologie, urologie, laboratoires de biologie médicale expérimentés), ainsi que sur les services sociaux. La majorité de ces patients sont vus et pris en charge soit par les centres hospitaliers, soit par les centres médico-sociaux.

### 2.3 Rappel du bilan de base

#### ► Interrogatoire

- Contexte épidémiologique : origine géographique ou notion de voyage en pays d'endémie, notion d'immersion dans des collections d'eau douce et stagnante avec un prurit éventuel ;
- Antécédents, notamment d'une phase initiale d'invasion avec des signes généraux, d'un traitement antibilharzien antérieur et ses modalités.

#### ► Examen clinique

- Toutes les formes de bilharziose peuvent s'accompagner de **signes généraux**, surtout à la phase d'invasion (syndrome toxi-infectieux)

immuno-allergique d'expression parfois polyviscérale). Ceux-ci sont plus exacerbés pour les bilharzioses à *S. japonicum* ou *S. mekongi* : fièvre, amaigrissement, anémie. Sinon, ils sont souvent discrets et inconstants : asthénie, fièvre, sueurs, céphalées, toux, dyspnée asthmatiforme, phénomène urticarien, arthralgies, myalgies ;

**Les signes cliniques urinaires** (uniquement pour *S. haematobium*) : dysurie, pollakiurie, douleurs sus-pubiennes exacerbées par la miction, hématuries le plus souvent terminales (signe le plus fréquent), infections de l'appareil urinaire (cystites et infections parenchymateuses). L'évolution peut se faire vers une insuffisance rénale.

- **Sur le plan génital :**
  - chez l'homme, conséquences de la spermato cystite (inflammation des vésicules séminales) : hémospemie, funiculite, épидидymite chronique ;
  - chez la femme : dyspareunie, leucorrhées, hémorragies, prurit vulvaire. Ces signes, lorsqu'ils sont chroniques peuvent traduire une vulvovaginite, une cervicite, une endométrite, une annexite ;
  - ces complications peuvent entraîner une stérilité et les lésions cervico-vaginales pourraient favoriser chez la femme la transmission d'une infection à VIH.
  
- **Les signes cliniques rectaux** (*S. intercalatum*) et intestinaux (*S. mansoni*, *S. japonicum* ou *S. mekongi*) : diarrhée parfois dysentérique, douleurs coliques ou anorectales.
  
- **Les signes hépatospléniques** sont au premier plan dans les bilharzioses à *S. japonicum* ou *S. mekongi* : hépatomégalie, signes d'hypertension portale (hémorragies digestives, splénomégalie, ascite), ictère, et compliquent la bilharziose à *S. mansoni*.
  
- **Complications** communes aux bilharzioses humaines :
  - cardio-pulmonaires : HTAP, signes d'insuffisance ventriculaire droite,
  - neurologiques (hypertension intra-crânienne, crises convulsives, myélite aiguë, compression médullaire),
  - cutanées : bilharziomes essentiellement des organes génitaux externes, des régions périnéales et fessières,
  - salmonelloses récidivantes,
  - cancérologiques : carcinome épidermoïde vésical, adénocarcinome colique.

## ► Bilan parasitologique

- Diagnostic parasitologique direct :
  - Mise en évidence des œufs bilharziens :
    - dans les urines (*S. haematobium*),
    - dans les selles (*S. mansoni* et *S. Intercalatum*, autres espèces possibles plus rarement),
    - par biopsies rectales multiples (toutes espèces).
  - Mise en évidence des œufs et des granulomes :
    - par des prélèvements anatomo-pathologiques (vessie, rectum, foie, cutané).
- Diagnostic parasitologique indirect : techniques immunologiques (immunofluorescence indirecte, Elisa, Western blot), surtout utiles à la phase de début de la maladie.

## ► Bilan paraclinique

### Bilharziose urinaire

- Abdomen sans préparation : calcifications vésicales,
- Échographie urogénitale (pelvienne et rénale) : anomalies de la paroi vésicale, pseudopolypes vésicaux (avec biopsie-exérèse), sténoses et dilatations urétérales, urétéro hydronéphrose, calcifications pariétales et lithiase, anomalies rénales.
- Rectoscopie : avec biopsies rectales multiples sur lésion (granulations, ulcération, pseudopolype) ou à défaut en zone macroscopiquement saine, si les œufs de *S. haematobium* ne sont pas trouvés à l'examen des urines.

### Si complications et sur avis spécialisé

En complément du bilan étiologique et lésionnel :

- Uroscanner : plus performant que l'UIV, c'est en France l'examen de première intention,
- UIV : l'UIV garde les indications d'un examen dynamique. Elle peut aussi être prescrite si l'uroscanner ne peut être réalisé ou parfois en complément de ce dernier,
- Urétrocystoscopie avec biopsies : sténoses, granulations, ulcérations, pseudopolypes, carcinome,
- Autres examens :
  - Échographie par voie endorectale,
  - Échographie par voie endovaginale,
  - Colposcopie avec biopsies,
  - Bilan de stérilité (hystérogographie, bilan hormonal...),

### **Bilharziose intestinale**

- Rectoscopie avec biopsies multiples sur lésion (granulations, ulcération, pseudopolype) ou à défaut en zone macroscopiquement saine,
- Echographie abdominale, pour le dépistage d'une complication hépatosplénique.

### **Si complications et sur avis spécialisé**

- Coloscopie si subocclusion, hémorragie intestinale,
- Endoscopie oeso-gastro-duodénale si hypertension portale,
- Ponction-biopsie hépatique,
- Angioscanner, angio-IRM si un geste chirurgical est envisagé,
- Cliché thoracique, ECG, échocardiographie pour les complications cardiologiques.

### **► Bilan biologique avant mise en route du traitement**

#### **Pour toutes les bilharzioses :**

- Hémogramme : éosinophilie fréquente en phase d'invasion, inconstante et d'intensité variable par la suite ; si hypersplénisme : anémie, leucopénie et thrombopénie.
- Bilan hépatique (transaminases, bilirubine, phosphatases alcalines et gamma GT, taux de prothrombine, électrophorèse des protéines).
- La présence d'une perturbation des tests hépatiques doit conduire à rechercher systématiquement une autre cause d'hépatopathie, en particulier une co-infection par les virus des hépatites B et C.

#### **Pour la bilharziose urinaire :**

- Créatininémie, clairance de la créatinine (calculée).
- Bandelette urinaire réactive (hématurie, protéinuri.).
- ECBU.

## 3. Prise en charge thérapeutique

### 3.1 Objectifs

- Annonce du diagnostic.
- Mise sous traitement.
- Éducation du patient devant comporter les éléments suivants : nature et durée du traitement, observance, prévention ultérieure (si voyage en zone d'endémie), nécessité du dépistage de la famille si elle a eu des facteurs d'exposition pour la bilharziose.
- S'assurer de l'accès et du bon suivi du traitement, particulièrement pour les patients en situation précaire.

### 3.2 Professionnels impliqués

Du fait de la nécessité d'un bilan d'extension adapté, la mise en route du traitement se fait chaque fois que possible par un praticien ayant l'expérience de la prise en charge de la bilharziose.

Le médecin fait appel à tout professionnel si nécessaire : infectiologue, parasitologue, urologue, hépato-gastroentérologue, médecins des centres médico-sociaux, médecins du travail, médecins des centres IST, gynécologues, médecins d'associations ou d'ONG recevant des patients de zones d'endémie (ex : Comité médical pour les exilés, Médecins du Monde).

### 3.3 Éducation thérapeutique et modification du mode de vie

L'éducation thérapeutique est l'ensemble des activités (sensibilisation, information, apprentissage centré sur l'apprenant, aide psychologique et sociale) destinées à aider le patient - et son entourage - à comprendre la maladie et les traitements, participer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser, dans la mesure du possible, un retour aux activités normales.

Elle passe par la considération de la personne dans sa globalité en prenant en compte ses projets personnels, son vécu de la maladie, ses connaissances et ses savoirs.

La qualité de l'approche relationnelle est une des conditions à la réussite de la démarche d'éducation thérapeutique, qui peut être faite par les différents acteurs de la prise en charge.

Dans le cadre de la bilharziose, l'éducation thérapeutique insistera sur :

- L'information générale sur la maladie (mode de transmission) et ses conséquences (notamment les complications) ;

- L'observance des traitements ;
- Les signes nécessitant une consultation ;
- Les conseils pour la vie quotidienne et les voyages en zone d'endémie. Il n'existe pas d'association de patients spécifique aux patients ayant une bilharziose. Le site d'ORPHANET recense les laboratoires de diagnostic de la bilharziose ainsi que les projets de recherche ([www.orphanet.net](http://www.orphanet.net)).

### 3.4 Modalités thérapeutiques<sup>1</sup>

#### ► Traitement antibilharzien

- Le traitement antibilharzien fait appel au praziquantel (BiltricideR), efficace dans les 5 formes de bilharzioses humaines, y compris dans les formes associées.
- 40 à 60 mg/kg en 1 ou 2 prises administrées en 24 heures.
- Le praziquantel est en général bien toléré. On peut toutefois observer des nausées, des vomissements, des vertiges, des douleurs abdominales, des céphalées.

#### ► Traitement des complications

- Antibiothérapie, en cas de surinfection urinaire.
- Traitement chirurgical des complications uro-néphrologiques :
  - Ablation de rein pyonéphrotique.
  - Exérèse de lithiase, bilharziome vésical ou urétéral.
  - Chirurgie à visée réparatrice (plasties vésicales, urétérales, réimplantation d'uretère) d'indication restreinte.
- Prise en charge thérapeutique du carcinome vésical.
- Traitement de l'hypertension portale :
  - Pharmacologique : diurétique, bêtabloquant, somatostatine, octréotide, terlipressine.
  - Endoscopique : ligature et sclérose de varices, dont les modalités sont superposables à la prise en charge des complications de l'hypertension portale de la cirrhose.
  - Chirurgical.
- Prise en charge de la stérilité (reperméation tubaire, PMA...).

---

<sup>1</sup> Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.

- Traitement antiépileptique, si convulsions.
- Corticoïdes : complications neurologiques et syndrome toxi-infectieux sévère.

## 4. Suivi

### 4.1 Objectifs

- Assurer le suivi du patient jusqu'à son terme et documenter la fin de traitement.
- Vérifier la guérison selon les critères suivants : examen parasitologique, disparition des signes cliniques et régression des signes radiologiques réversibles.

### 4.2 Professionnels impliqués

- La prise en charge du patient implique le médecin traitant, et parfois les médecins spécialistes (parasitologue, urologue, hépato-gastro-entérologue, médecins des centres médico-sociaux, les auxiliaires médicaux).

### 4.3 Fréquence des consultations

Une consultation clinique est recommandée au minimum :

- 10 à 15 jours après l'administration du traitement.
- Puis à 3 mois, 6 mois et 1 an, temps de réalisation d'un bilan pour confirmer la guérison.
- En cas de complication, un suivi plus rapproché peut être proposé sur avis spécialisé.

### 4.4 Examens complémentaires

Les examens complémentaires peuvent être prescrits selon le contexte et/ou un avis spécialisé, afin de surveiller l'évolution des complications (cf. 2. Bilan initial).

#### ► Examen parasitologique direct

- Disparition des œufs vivants, à 3 mois, 6 mois et un an.

► **Biologique**

- NFS (normalisation de l'éosinophilie, suivi de l'hypersplénisme ou d'une anémie isolée...),
- une sérologie (techniques identiques à celles du dépistage) à la recherche d'une dégression des taux sérologiques après une ascension initiale.

► **Autres examens**

- Les examens complémentaires peuvent être prescrits selon le contexte et/ou un avis spécialisé, afin de surveiller l'évolution des complications (cf. 2. Bilan initial).

## **4.5 Prise en charge médico-sociale**

- La bilharziose concerne avant tout des individus en état de précarité sociale, parfois bénéficiaire de la couverture médicale universelle, mais aussi hors de tout système de remboursement.
- Ainsi, il faut mettre en place les conditions nécessaires pour favoriser l'accès et l'observance du traitement, en s'appuyant en particulier sur les services sociaux, afin de :
  - s'assurer que les conditions de prise en charge financières du traitement sont mises en place (ALD, CMU, AME, etc.) ;
  - identifier les obstacles à l'adhésio du patient au traitement (personnels, familiaux, administratifs, financiers, etc.),
  - mettre en place les actions d'accompagnements sociales (démarches administratives, travail, logement, allocations, etc.).

## Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par le D<sup>r</sup> Stéphane BEUZON, chef de projet au Service Affections de longue durée et accords conventionnels, et réalisé avec les participants suivants :

- Pr. Martin DANIS, parasitologue, Paris
- Pr. Jean DELMONT, infectiologue, Marseille
- Dr François DENIAUD, médecin généraliste, Paris
- Pr. Philippe REY, gastroentérologue, Metz
- Dr Ilya SAVATOVSKY, urologue, Aulnay sous Bois
- Dr Claudine TOURTE-SCHAEFER, parasitologue, Verrières le Buisson
- Dr Francis GASPARI, médecin conseil CNAMTS
- Dr Philippe PEREZ, médecin conseil RSI

## Références

Marc Gentilini, Médecine Tropicale, Bilharzioses, 1993

La schistosomose urinaire chez des migrants ayant consulté dans des centres médico-sociaux de Paris en 2003.

F. Deniaud, A. Collignon, M.-S. Guesnon, F. Squinazi, J. Rouvier, J. Derouineau & B. Ayache, Bull Soc Pathol Exot, 2006, 99, 2, 110-112



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)