

Les infections parasitaires en Europe

Paul GIGASE

La discussion la plus récente des infections parasitaires en Europe est celle de B. Velimirovic datant de 1984 dans le cadre plus général des maladies infectieuses dans la zone européenne de l'O.M.S.. Dans les pages qui suivent, le cadre sera limité à l'Europe géographique en mettant l'accent sur les régions septentrionales au détriment des zones méditerranéennes à climat subtropical. Dans cette conception il s'agit essentiellement de la place actuelle et future des infections parasitaires dans des pays technologiquement et économiquement avancés et de leurs mutations sous l'influence des modes de vie dits occidentaux.

Les changements sont continus et peuvent être rapides. Le déclin de la malaria* autochtone et l'avènement de la malaria d'importation ont été décrits par Bruce-Chwatt. La linguatulose* humaine dont des cas autochtones ont récemment été décrits en France, était une parasitose banale de l'homme européen au début du XXe siècle

retrouvée dans 25 % des autopsies à Amsterdam et dans 3-5 % en Allemagne. En 1980 Fain mentionne parmi les parasitoses dont il n'a pas parlé dans un travail sur les maladies parasitaires en Europe "... (des) parasitoses rares ou moins importantes sur le plan pathologique... (telles que) ... pneumocystose...". Fin 1986 il y avait eu en Europe occidentale quatre mille cas de SIDA, dont plus de la moitié décédés, dont une forte proportion par pneumocystose*, ce qui en fait moins de 7 ans plus tard une des parasitoses les plus fréquentes et les plus meurtrières en Europe.

Tous ceux qui se sont occupés du sujet ont signalé la carence des données sur les maladies parasitaires en Europe. Velimirovic exprime l'idée qu'une conséquence des grandes épidémies de maladies infectieuses qui ont régné au siècle dernier en Europe a été l'attention quasi exclusive accordée à la mortalité au détriment de la morbidité, ce qui conduit à l'idée erronée mais largement répandue que les maladies infectieuses ne comptent plus guère dans l'éventail de la pathologie européenne. Le fait que la mortalité est encore généralement exprimée en chiffres absolus sans tenir compte de l'âge, au lieu d'une expression en années de vie productive perdues renforce encore cette impression erronée, les infections étant surtout des maladies de l'âge jeune. On pourrait ajouter à cela dans le domaine particulier des infections parasitaires qu'on ne dispose guère en Europe d'enquêtes parasitologiques de masse, si nombreuses dans la littérature médicale des pays tropicaux et en voie de développement. La récolte à grande échelle de telles données ne serait ni acceptable, ni opérationnellement possible, ni justifiable. Ce sont donc surtout des séries plus ou moins sélectionnées provenant des laboratoires dont on dispose. Actuellement la faveur va aux systèmes de surveillance épidémiologique par laboratoires sentinelles et praticiens sentinelles, par exemple en Belgique et en France. Ces systèmes sont basés sur la bonne volonté des participants auxquels on peut cependant difficilement demander de signaler toute parasitose identifiée. De plus les parasitoses sont toujours un iceberg où les cas symptomatiques ne représentent que le sommet de la prévalence des infections dans la population.

Les parasitoses essentiellement autochtones

C'est un lieu commun de répéter que les infections parasitaires sont surtout tropicales. Les raisons en sont en premier lieu climatiques. La transmission d'individu à individu par des hôtes intermédiaires non homéothermes exige des conditions minimales de température et d'humidité. Même si de telles conditions se rencontrent occasionnellement en été en zone tempérée, il faut encore prendre en compte l'adaptation souvent fort stricte du parasite à son hôte intermédiaire local. Dans d'autres cas le sol joue le rôle de réservoir. Quand il s'agit de la survie de stades parasitaires à métabolisme minimal, oeufs ou kystes, les conditions climatiques sont tolérables dans des limites assez larges, mais ce n'est plus le cas lorsqu'il s'agit de larves actives par exemple d'ankylostomes ou d'anguillules. Au moins aussi importantes sont cependant les conséquences indirectes du climat : pauvreté, sous-développement, analphabétisme, hygiène rudimentaire, etc., qui ont entraîné la tropicalisation progressive de nombreuses maladies parasitaires particulièrement celles liées à la transmission oro-fécale. Parfois les deux facteurs jouent comme dans l'épidémiologie des bilharzioses. L'incidence des parasitoses est aussi influencée par les traditions culturelles régionales telles que la consommation de poisson cru en Orient.

L'ancienneté des parasitoses en Europe est illustrée par la description en 1973 par Horst Aspöck d'oeufs de trichuris et d'ascaris bien conservés dans des coprolithes* humains vieux d'environ 2.300 ans provenant des mines de sel préhistoriques des Alpes autrichiennes. Les conditions de fossilisation n'avaient apparemment pas permis la conservation d'autres parasites. Les charges parasitaires étaient massives et témoignent de l'hygiène du moment. Les parasitoses autochtones en Europe peuvent être subdivisées en infections à réservoir humain et en infections à réservoir essentiellement ou exclusivement animal.

Certaines parasitoses autochtones humaines sont transmises par vecteur. La principale fut le paludisme*, largement répandu en

Europe jusqu'après la seconde guerre mondiale. A l'heure actuelle il a été éradiqué. Le problème de la réintroduction possible est complexe. La réintroduction de P. falciparum est improbable, les souches tropicales étant incompatibles avec les anophèles européens. La réintroduction de P. vivax et de P. malariae est localement possible, mais n'a guère été signalée jusqu'à présent, malgré le nombre élevé de cas de paludisme d'importation. Les profondes modifications des biotopes et la pollution étendue ont changé les conditions écologiques dans un sens mal connu mais à priori défavorable aux vecteurs potentiels.

Restent d'autres cas autochtones au sens strict :

1. Le paludisme d'aéroport. Une trentaine de cas ont été signalés contaminés dans ou à proximité de six aéroports internationaux. A deux exceptions près il s'agissait de P. falciparum et à une exception près les cas étaient survenus entre juin et octobre. Rétrospectivement les deux premières infections ont probablement eu lieu en août 1969 près du Bourget. L'incident le plus récent est celui de l'aéroport international de Zaventem en Belgique en juin 1986 chez cinq douaniers travaillant au terminal des marchandises avec un décès et un patient présentant des séquelles neurologiques suite à un arrêt cardiaque. Un cas proche et curieux est celui de la touriste britannique infectée en 1983 au cours d'un voyage aérien Rome-Londres à bord d'un avion qui venait d'accomplir un trajet vers l'Afrique tropicale.

2. Le paludisme congénital dont un cas signalé aux Pays-Bas en 1983 chez l'enfant né d'une mère infectée au Surinam par P. vivax et chez lequel le diagnostic est posé trois mois après la naissance.

3. Les cas occasionnels de paludisme transfusionnel où P. malariae et P. vivax avec leurs infections subcliniques prolongées sont de meilleurs candidats que P. falciparum.

De rares cas de paludisme paraissant réellement autochtones restent signalés, mais ils ne semblent pas en augmentation.

Les seules parasitoses par vecteur importantes en Europe restent les leishmanioses* périméditerranéennes. En Europe du Nord il s'agit bien de pathologie d'importation avec par exemple un cas

mortel il y a trois ans en Belgique chez un touriste qui s'était infecté en Espagne. Les vétérinaires s'inquiètent aussi du nombre croissant d'infections constatées chez les chiens emmenés en vacances dans le sud de l'Europe. Un cas de leishmaniose autochtone a été signalé en Suisse en 1982. Le risque de transmission par vecteur est nul en dehors du domaine méditerranéen d'après les spécialistes, mais des cas sporadiques de leishmaniose transfusionnelle, d'infection par transmission sexuelle et d'exacerbation mortelle après greffe d'organes ont été publiés.

Les protozoaires intestinaux à transmission oro-fécale auraient du diminuer avec l'amélioration des conditions de vie : généralisation des adductions d'eau potable, assainissement, hygiène personnelle, etc. Ceci ne semble pas toujours confirmé par les faits. La giardiose serait en recrudescence. Quant à l'amibiase, l'identification des zymodèmes pathogènes et non-pathogènes rend caduques la plupart des données de prévalence, mais fournit peut-être un début d'explication à la rareté des amibiases symptomatiques autochtones, comparativement à la prévalence moyenne de 3-5 % de porteurs de kystes à morphologie d'Entamoeba histolytica dans la population européenne. Les grandes séries d'amibiase intestinale symptomatique ou d'abcès du foie de ces dernières années mentionnent généralement quelques cas autochtones. Peut-être faut-il s'étonner qu'il n'y en ait pas plus tenant compte de l'importation continue de porteurs sains de kystes de zymodèmes potentiellement pathogènes et des possibilités de transmission directe d'individu à individu. Il ne semble pas en tout cas que l'amibiase autochtone ait tendance à prendre de l'extension. La fréquence de l'infection par E. histolytica des sujets homosexuels a été relevée par exemple par Junod en France, avec 52 % de portage contre 3,6 % dans la population témoin, chiffre identique, qu'il y ait ou non commémoratif de séjour en pays chaud. Parmi ces infections il n'y avait pourtant que 2 % d'amibes hématophages, ce qui correspond à des observations récentes selon lesquelles les amibes retrouvées chez ces sujets appartiennent essentiellement à des zymodèmes non pathogènes. Cryptosporidium se révèle de plus en plus comme une cause fréquente de diarrhée aussi bien importée qu'autochtone, mais l'épidémiologie, notamment la part du réservoir animal et des contacts avec des animaux nous échappe. La part de ce parasite dans l'étiologie des diarrhées de longue

durée suite à l'infection par le virus HIV reste mal précisée, mais ne semble pas majeure. L'extension du SIDA a attiré l'attention sur d'autres parasites mal connus et probablement peu pathogènes chez le sujet en situation immunitaire normale telles que les microsporidies.

Parmi les helminthiases autochtones, l'oxyurose*, parasitose à transmission plus ou moins directe touche probablement près de 100% des enfants européens. Les complications sérieuses sont rares, mais il est peu connu que l'oxyurose entraîne bel et bien une appendicite avec des lésions granulomateuses dans la paroi. La prévalence actuelle des helminthiases à réservoir tellurique est mal connue et probablement très variable de pays à pays et de région à région. L'amélioration des conditions de vie et l'abandon de l'utilisation à grande échelle de l'engrais humain devrait entraîner la diminution progressive de leur incidence. La survie très longue dans le sol (jusqu'à 14 ans) et la prolificité de ces vers font cependant que leur disparition totale n'est pas pour demain.

La question se pose différemment pour les helminthiases à réservoir larvaire dans le sol. L'ankylostomiase à A. duodenale aurait disparu d'Europe, y compris des mines souterraines où elle trouvait, dans les régions septentrionales, les conditions propices à sa survie. Necator americanus, espèce plus tropicale a été introduit en foyers localisés dans plusieurs pays du sud de l'Europe, par exemple en Italie et au Portugal où les taux d'infection sont cependant insignifiants. Comme dans d'autres helminthiases, il faut aussi tenir compte des charges parasitaires peu élevées dans ces petits foyers. Velimirovic fait remarquer que la surpopulation des campings en été particulièrement dans les régions plus chaudes pourrait provoquer une recrudescence des géohelminthiases. Il s'agit de parasites à vie brève, très réceptifs aux traitements actuels qui ne doivent d'ailleurs pas nécessairement être curatifs à 100 %. Le risque de recrudescence sérieuse est donc limité. Il n'en est pas tout à fait de même pour l'anguillulose* (strongyloïdose) où les infections non traitées sont extrêmement chroniques par suite de l'autoréinfection, comme le montre l'exemple des prisonniers de guerre infectés en Extrême-Orient durant le second conflit mondial, encore toujours porteurs de vers et même souvent sympto-

matiques. Ces infections deviennent dangereuses en cas d'immuno-suppression d'autant plus que le diagnostic n'est pas particulièrement sensible et que le traitement de l'anguillulose reste un point relativement faible de la thérapeutique des helminthiases. Les anguillules survivent dans le sol à des températures basses que les ankylostomes ne tolèrent pas. Des foyers autochtones limités dans des biotopes particuliers (mines, égouts, bassins de natation, champignonnières) sont signalés ces dernières années notamment en Belgique, en France, en Pologne, en Bulgarie et en Roumanie et un foyer plus important en Italie du Nord.

Les parasitoses autochtones à réservoir animal sont nombreuses et ne paraissent pas en diminution. La trichinose* s'est manifestée par des épidémies récentes dues à la consommation de viande de cheval de boucherie importée d'Europe ou des Etats-Unis. Le cheval n'étant pas considéré comme omnivore, sa chair a toujours été recommandée comme exceptionnellement saine. Si le cheval est tâtillon pour son fourrage, il ne répugne cependant pas à manger des petits rongeurs. Dans l'épidémie de Melun d'août 1985 au moins 425 personnes avaient présenté des symptômes avec deux décès. La viande provenait de 2 boucheries et d'un seul cheval importé d'une firme des Etats-Unis qui exporte 8.000-9.000 chevaux par an. Suite à cela, 20.000 chevaux abattus ont été examinés par trichinoscopie aux Etats-Unis sans un seul cas positif. Plus classiques ont été les épidémies par viande de porc, par exemple fin 1982 en Espagne avec 452 cas notifiés, sans décès, par consommation de lard et de saucisses provenant d'une seule usine. En principe les chances de trichinose dans les élevages industriels de porcs sont peu importantes, mais, d'après les vétérinaires, il y a actuellement une tendance à remettre les porcs partiellement en pâturage. La trichinoscopie prend pas mal de temps et n'est pas utilisée systématiquement dans les abattoirs. La tendance à développer le petit élevage privé chez les citadins habitant à la campagne, soit pour des raisons écologiques, telles que la crainte du traitement hormonal, ou économiques peut être un autre facteur favorisant. Une petite épidémie de trichinose en Provence faisant suite à la consommation de porcs élevés par un taxidermiste qui nourrissait ses animaux avec les déchets de son activité et aussi de carcasses de renards, illustre

ces situations et a d'ailleurs attiré l'attention sur la fréquence de l'infection des renards dans le Vaucluse. Enfin, la soif de connaître de nos contemporains dans le domaine gastronomique les conduit à essayer des nourritures classiques au paléolithique ou durant le siège de Paris, mais tombées en désuétude. Si le sanglier est autochtone et - théoriquement - soumis à l'inspection vétérinaire et à la trichinoscopie, il n'en est pas de même pour les viandes d'ours, de lion ou de chameau (5 cas en R.F.A. en 1980) au menu des restaurants spécialisés. En principe la surcongélation est censée détruire les parasites, mais certaines souches polaires de trichinella sont extrêmement résistantes au froid et peut-être plus répandues qu'on ne le croit.

Les ténias* gardent une certaine importance en Europe, surtout le ténia armé parasite potentiellement dangereux par le risque de cysticercose. La consommation de niclosamide est en augmentation en Belgique et donne une idée assez correcte du nombre de traitements pour ver solitaire. Environ 50.000 doses par an sont vendues ce qui correspondrait à une incidence de 500/100.000 par an d'infections à T. saginata. Les pays d'Europe mentionnent une prévalence de cysticercose bovine dans les abattoirs de 0,4 à 6 pour mille. L'hôte définitif étant nécessairement l'homme, ceci montre que la contamination fécale des pâturages n'est pas si minime qu'on pourrait le penser. Le diagnostic vétérinaire de la cysticercose porcine est bien plus aisé et cette parasitose semble en disparition. L'inspection des viandes est obligatoire dans les abattoirs belges mais sa sévérité et son efficacité varient d'un abattoir à l'autre et le choix de ce dernier est laissé libre à l'éleveur avec les conséquences qu'on devine.

La toxoplasmose* qui infecte environ la moitié des européens sur base de la sérologie, a une épidémiologie compliquée. L'homme s'infecte par les kystes présents dans les excréments de chat ou dans le sol et peut-être aussi sur la végétation, par l'ingestion de viande crue ou peu cuite d'animaux infectés ou par transmission verticale de mère infectée asymptomatiquement à enfant, cette dernière voie étant la plus dangereuse. Le contact direct avec les chats comporte moins de risque, car les kystes sont immatures à la défécation. Le mode de contamination prédominant reste cependant discuté. La baisse récente

des cas de toxoplasmose symptomatique en Ecosse a été attribuée à la consommation particulièrement élevée dans la région de viande surgelée dans laquelle les parasites seraient détruits. Le rebond d'incidence à la fin de l'adolescence a d'ailleurs fait penser à d'autres voies possibles de contamination par exemple par voie sexuelle, par salive, etc. La gravité des toxoplasmoses latentes au cours du SIDA est connue.

L'habitude de consommer du poisson cru est ancrée dans les moeurs des orientaux et leur coûte un appréciable tribut en infections parasitaires diverses prenant des dimensions communautaires et faisant d'ailleurs partie de la pathologie d'importation classique. L'Europe n'échappe pas à de telles infections avec notamment la prévalence élevée quoiqu'en déclin de la bothriocéphalose* autour de la Baltique et avec la curieuse anisakiase dont l'histoire a commencé en 1955 et qui s'acquiert par consommation de hareng cru aux Pays-Bas et en Belgique ou de sardines crues dans la région de Nantes en France. Malgré la législation qui impose la congélation des harengs avant leur mise sur le marché, les poissons examinés restent souvent porteurs de vers vivants et les anatomopathologues voient régulièrement un petit nombre de cas, rares mais sérieux. L'arrivée prévisible sur nos marchés de poissons exotiques aura-t-elle des conséquences parasitologiques ? En tout cas des intoxications aux ichtyosarcotoxines tropicales ont déjà été signalées en Europe.

L'échinococcose ou hydatidose est en augmentation. Les cas importés sont de plus en plus nombreux, mais les cas autochtones aussi connaissent une recrudescence. En 1984 on signale en France 1.234 cas d'hydatidose, la plupart dans la population immigrée, mais avec un foyer important dans le département des Bouches du Rhône avec 1.994 cas en 15 ans dont 29 % autochtones. L'examen sérologique du cheptel de 320.000 moutons de la région montre une prévalence d'infection de 57 %. L'âge moyen des cas humains diminue de 1970 à 1980 tandis que les cas pulmonaires augmentent. A Marseille et à Avignon 30 cas sont identifiés chez des enfants de moins de 15 ans qui n'ont jamais quitté la ville depuis leur naissance. Dans ce dernier cas les chiens urbains s'infectent par les détritiques et les restes d'abattage non contrôlés de moutons infectés, achetés en dehors des villes. Comme le remarquent

Dumon et Quilici il s'agit d'une forme particulière d'impasse parasitaire où les chiens n'entretiennent pas le cycle, mais peuvent contaminer l'homme. Des cas autochtones sporadiques sont signalés partout en Europe, par exemple chez des marchands ou des éleveurs de chiens ou dans la population rurale avec une incidence locale au Royaume-Uni de 5,6 cas/million/an. On relève une augmentation de l'échinococcose équine mais il est douteux que cette souche soit infectieuse pour l'homme. En Suisse on note par exemple 300 cas d'échinococcose de 1970 à 1983 dont 1/3 chez des nationaux et 2/3 chez des étrangers. Par rapport à la période précédente l'augmentation est de 33 %, sans modifications du rapport. Durant la même période on relève 145 cas d'échinococcose alvéolaire, avec cette fois 94 % des cas chez les nationaux (10,5 cas/an) soit une augmentation de 20 % par rapport à la période précédente. L'incidence de l'échinococcose alvéolaire en Europe est probablement sous-estimée. Il a été observé que la prolifération cyclique des rongeurs sauvages (campagnols) est suivie après 3 ans par une poussée de cas humains. Les cas ruraux et sporadiques touchent toute l'Europe Centrale pénétrant en France des Ardennes aux Alpes. Depuis le début du siècle on compte plus de 200 cas en France, mais depuis 1979 la maladie est en augmentation avec 10-20 cas/an ce qu'on attribue notamment à l'expansion des campagnols, favorisée par les prairies artificielles. On suppose cependant que l'homme est un hôte peu adapté, qui guérirait généralement spontanément, les cas cliniques restant la minorité.

Le syndrome de Larva migrans viscérale se présente de façon assez variable d'un pays à l'autre. Si la maladie au Royaume-Uni est le classique syndrome de l'enfant avec fièvre, éosinophilie, hépatomégalie, etc., les cas en France se retrouvent plutôt chez l'adulte avec une prédominance de femmes et sont moins symptomatiques, dans 20 % des cas même asymptomatiques. Plus que le contact direct avec les animaux, c'est l'infection occasionnelle par ingestion d'oeufs contaminant par exemple les salades sauvages qui semble importante. Quoiqu'il en soit l'importance croissante du réservoir canin en fait une parasitose non négligeable pour l'avenir.

Pour finir cet aperçu on peut mentionner encore les parasitoses autochtones qui se contractent par contact cutané soit avec le

sol, larva migrans cutanées, soit avec l'eau, c'est-à-dire la dermatite cercarienne des mois d'été. La schistosomiase endémique au Portugal, dernier foyer européen, aurait disparu depuis une vingtaine d'années. Cependant un touriste allemand s'est infecté dans ce foyer en 1982. La longue survie des schistosomes chez l'homme et l'intense multiplication chez le mollusque font qu'un nombre limité d'infections faibles peut entretenir pendant longtemps un petit foyer. La réintroduction à plus grande échelle des bilharzioses en Europe semble par contre fort improbable, malgré le très grand nombre de cas importés. Dans les infections acquises par contact avec l'eau rentrent aussi les méningites amibiennes par Naegleria. En Australie et en Nouvelle-Zélande des cas ont été signalés suite à des bains dans des sources géothermales et même par contamination par l'eau des canalisations dans une région d'Australie où sa température peut, il est vrai, atteindre 49°C! La pollution thermique industrielle des eaux pourrait aggraver ce problème jusqu'à présent mineur.

La gravité exceptionnelle de la pneumocystose lors du SIDA et dans une moindre mesure lors de traitements immunosuppresseurs rend indispensable une meilleure connaissance de l'épidémiologie de cette infection parasitaire autochtone probablement très répandue mais dont la transmission reste énigmatique.

Les parasitoses importées en Europe

Toute la parasitologie tropicale peut être importée, mais avec la différentiation qu'apporte nécessairement l'origine géographique des patients et leur stratification sociale. Le paludisme prend évidemment la première place. On connaît la qualité déplorable des statistiques au niveau mondial et jusqu'il y a peu au niveau européen. Pour autant que le nombre de cas mondiaux signalés par l'O.M.S. signifie quelque chose, il marque depuis 1980 une tendance à la baisse, qu'on peut attribuer à une diminution des cas relevés aux Indes et en République de Chine, la région africaine étant exclue. Les statistiques de cas importés en Europe, paraissaient stables de 1980 à 1984. Ceci

reflète probablement la diminution de l'importation au Royaume-Uni où les cas de paludisme proviennent en grande partie du sous-continent indien. Jusqu'il y a peu les relevés plus détaillés du Royaume-Uni dominaient en effet les chiffres de l'importation au niveau européen. En réalité il s'agit d'une diminution des infections par P. vivax, alors que P. falciparum en provenance d'Afrique augmentait, de même d'ailleurs que la mortalité. Les données récentes, sur base cette fois non d'une obligation imposée à tous les laboratoires, mais d'une collaboration acceptée volontairement par un certain nombre d'entre eux confirment en France et en Belgique les dimensions du paludisme importé dominé par le dangereux P. falciparum à raison de 70-80 %. Si on extrapole très grossièrement les chiffres du Royaume-Uni, de France et plus hypothétiquement de Belgique à l'ensemble de l'Europe occidentale à l'exception des pays socialistes dont les conditions d'importation sont différentes, on obtient une incidence de malaria importée de l'ordre de 40 cas/million d'habitants ce qui correspondrait pour 360 millions d'européens à plus de 14.000 cas, alors que l'estimation OMS de 1986 pour toute l'Europe est de 4.500 cas au maximum. La chimiorésistance va bien entendu encore aggraver à la fois le problème du traitement et celui de la prévention ne fut-ce que par les confusions que les avis rapidement changeants du corps médical entraînent dans le public. Le paludisme d'aéroport est un phénomène inquiétant dont on ne voit pas bien les limites et ce qui est vrai pour le paludisme pourrait l'être pour d'autres maladies infectieuses, viroses par exemple, dont les vecteurs se rencontrent autour des aérodromes de la zone tropicale, malgré la législation internationale existante. La désinfection des grands avions de ligne peut être efficace à condition d'être convenablement exécutée ce qui n'est pas toujours le cas. Actuellement l'utilisation d'insecticides rémanents dans les avions est préconisée, mais ceci n'exclut pas tout risque de transport de vecteurs par conteneurs ou par bagages.

Conclusions

Dans l'ensemble les parasitoses importées se sont jusqu'à présent révélées moins dramatiques dans leurs conséquences que certai-

nes visions pessimistes d'il y a une vingtaine d'années l'avaient laissé prévoir, l'exception étant le paludisme d'importation. L'incidence des maladies parasitaires d'importation dépend fortement des groupes concernés. Parmi les ressortissants européens, la fréquence diffère selon qu'il s'agit de sujets à séjour prolongé, en général mieux avertis, ou à séjour court, de touristes ou de volontaires travaillant dans des conditions d'hygiène sommaire. Parmi les immigrants, tout dépend de leur origine et de leur niveau social. Dans les milieux pourtant peu favorisés de travailleurs maghrébins à Anvers, la pathologie d'importation n'occupe qu'une place tout à fait mineure avec quelques cas de paludisme, de leishmaniose cutanée ou d'helminthiases digestives, mais avec une périodicité intéressante, la majorité des cas survenant dans les mois qui suivent le retour de vacances des familles. Pour le reste la pathologie n'est guère différente de celle des travailleurs belges. L'incidence de la pathologie d'importation est cependant déjà beaucoup plus marquée quand il s'agit de ressortissants d'Afrique centrale. Ces parasitoses d'importation dont les répercussions économiques restent inconnues, sont potentiellement importantes:

- * par l'investissement proprement médical et par la mortalité, la morbidité et l'incapacité de travail,

- * par le risque d'extension épidémique sur place, guère confirmé jusqu'à présent pour les parasitoses, par exemple pour l'amibiase ou pour le paludisme transfusionnel,

- * par la possibilité d'introduction ou de réintroduction d'une endémie. Ce risque ne semble réel que pour le paludisme à P. vivax et à P. malariae avec les réserves exprimées plus haut.

Quant à l'évolution des parasitoses autochtones en Europe elle diffère d'une infection à l'autre. Le recul des vecteurs, tant par la lutte active que par les modifications de milieu et par la pollution, l'amélioration de l'hygiène, le recul de l'utilisation d'engrais humain, l'élevage industriel, l'inspection des denrées alimentaires et des abattoirs, renforcé par les exigences du marché commun, sont des facteurs de décroissance. La multiplication des animaux domestiques, leurs incursions dans la nature et leurs contaminations dans des lieux inhabituels, le petit élevage familial favorisé par des concepts éco-

logiques, les changements et l'internationalisation de certaines habitudes alimentaires peuvent favoriser les parasitoses. On a pu dire de l'échinococcose qu'elle devenait de maladie rurale et professionnelle, une maladie urbaine et des loisirs.

Il n'y a pas non plus d'estimation du coût des parasitoses autochtones pour la communauté. On peut penser qu'il doit être élevé en chiffres absolus, mais mineur par rapport à l'ensemble des dépenses de santé en général ou pour les maladies infectieuses en particulier. Il y a plus de précision quant aux répercussions économiques des parasitoses animales. L'échinococcose grève lourdement l'économie de certains pays européens. Les nouvelles modalités épidémiologiques et l'extension récente de l'échinococcose alvéolaire sont inquiétantes. La maladie a été pratiquement éradiquée à Chypre, mais la destruction massive des chiens, qui était un des points forts du contrôle, serait mal admise en Europe à l'heure actuelle. La trichinose crée des problèmes parfois sérieux mais localisés dans l'espace et dans le temps. L'infection est cependant en déclin rapide aux Etats-Unis sans que des mesures actives soient prises. Les récentes épidémies en Europe ont pour cause des carences législatives, l'élevage privé et l'importation d'aliments non contrôlés. Toxoplasmose et larva migrans viscérale ont des aspects semblables, peut-être sous-estimés, par exemple par le rôle que des larva migrans viscérales semblent pouvoir jouer dans l'asthme infantile.

Un dernier aspect est celui de l'exacerbation de certaines parasitoses contrôlées par l'immunité à médiation cellulaire, lors de traitements immunosuppresseurs ou d'infections par HIV. Le nombre croissant d'infections importées latentes, l'utilisation croissante de ces thérapeutiques et l'extension prévisible dans la population des virus HIV donnent de l'importance à ce problème qui concerne par exemple les leishmanioses ou l'anguillulose. Nous gagnerions à mieux connaître l'épidémiologie de parasitoses telles que la toxoplasmose, la cryptosporidiose ou la pneumocystose.

Paul GIGASE
Institut de Médecine Tropicale

GLOSSAIRE

Malaria : maladie synonyme de paludisme.

Linguatulose : parasitose accidentelle due à un invertébré vermiforme;

Pneumocystose : affection parasitaire d'évolution très grave induisant une pneumonie chez des sujets traités par des immunodépresseurs ou ayant un grave déficit immunitaire, tel celui induit par le SIDA.

Coprolithe : excrément fossile.

Paludisme : voir fiche p.8

Leishmaniose : voir fiche p.14

Oxyurose : parasitose très répandue due à la présence dans le gros intestin de l'homme et surtout de l'enfant de vers blancs visibles à l'oeil nu ; elle se manifeste par un prurit anal et des troubles digestifs.

Anguillulose : parasitose due à un ver nématode se manifestant par des troubles digestifs.

Trichinose : maladie animale transmissible à l'homme, due à un petit ver rond. L'homme se contamine par ingestion de viande de porc insuffisamment cuite.

Téniase : parasitose digestive due au ver solitaire ou ténia. L'hôte intermédiaire indispensable est selon l'espèce de ténia, le boeuf ou le porc.

Toxoplasmose : parasitose due à un protozoaire de cycle complexe. L'homme se contamine par la consommation de crudités souillées par les selles de chat. Cette maladie est grave chez la femme enceinte du fait du risque de transmission foetale.

Echinococcoses : affections graves dues à des larves de ténias d'animaux. L'homme est l'hôte intermédiaire. Le kyste hydatique est du au ténia du chien et l'échinococcosse alvéolaire au ténia du renard.

Bothriocéphaloses : manifestations pathologiques (anémie en particulier) induites par le parasitisme de l'intestin grêle par une espèce de ténia, le bothriocéphale, répandue en zone tempérée et froide (des lacs en particulier).

Larva migrans : lésions cutanées ou viscérales dues à des larves de vers parasites «égérés» chez l'homme, c'est-à-dire dont l'hôte spécifique est un animal.

Cycle évolutif du plasmodium

