

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET
POPULAIRE
MINISTRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE MOULOUD MAMMARI TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES BIOLOGIQUES ET SCIENCES
AGRONOMIQUES
DEPARTEMENT DE BIOLOGIE

Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme de Master En Sciences Biologiques

Filière : Sciences Biologiques

Specialité : Parasitologie

THEME

**Etude épidémiologique de l'oxyurose pédiatrique
dans deux zones différentes, rurale et urbaine de la
wilaya de Tizi-Ouzou**

Réalisé par :

Melle BOUKACEM Lisa

Devant le jury :

President : Mme DJIOUA O

MAA UMMTO

Promotrice : Mme BRAHMI K

PROFESSEUR UMMTO

Co-promotrice : Melle KADRI H

DOCTORANTE UMMTO

Examinatrice : Mme TALBI KHAMMES N

MAA UMMTO

Promotion : 2024/2025

REMERCIMENT

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers **Dieu**, qui m'a accordé la santé, la force, le courage et la patience nécessaires pour mener à bien ce travail.

Je remercie sincèrement ma promotrice, **Mme BRAHMI K.**, Professeure à l'U.M.M.T.O., pour son encadrement, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

J'adresse également mes remerciements les plus chaleureux à ma co-promotrice, **Mlle KADRI H.**, doctorante à l'U.M.M.T.O., pour son accompagnement constant, sa bienveillance, sa patience et son soutien précieux à chaque étape de ce mémoire. Son implication a été déterminante dans la réussite de ce travail.

J'exprime toute ma reconnaissance à **Mme DJIOUA O.**, Maître Assistante A à l'U.M.M.T.O., pour l'honneur qu'elle m'a fait en acceptant de présider le jury.

Je remercie aussi **Mme TALBI KHAMMES N.**, Maître Assistante A à l'U.M.M.T.O., pour avoir accepté d'examiner ce travail.

Je tiens à adresser mes vifs remerciements à toute l'équipe du **laboratoire de Parasitologie- Mycologie Médicale du CHU de Tizi-Ouzou**, pour leur accueil, leur aide et leur disponibilité durant la réalisation de cette étude.

Enfin, je remercie chaleureusement toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Dédicaces

À ma famille,

Qui m'a toujours soutenue sans faille, même sans le dire. Votre amour, votre présence silencieuse et vos sacrifices m'ont portée plus loin que je ne l'aurais imaginé.

À ma mère,

Pour sa tendresse sans limite, ses prières chuchotées, et sa force cachée derrière chaque sourire. Merci d'avoir toujours été là, douce, patiente et encourageante. Si aujourd'hui j'en suis là, c'est beaucoup grâce à toi.

À mon père,

Mon pilier secret. Même sans trop de mots, tu m'as donné l'exemple de la rigueur, de la patience et de la force tranquille. Tes valeurs et ta confiance m'ont permis d'avancer la tête haute. Tu peux être fier, car tu es une grande partie de cette réussite.

À mon petit frère SAMY,

Mon rayon de soleil. Tes câlins inattendus, ta joie sincère et ton regard plein d'admiration ont été un vrai réconfort. Merci d'avoir été là avec ton énergie et ta douceur. Tu m'as donné, sans le savoir, la force d'aller au bout.

Ce mémoire, c'est un morceau de moi, mais surtout un reflet de vous trois. Sans votre présence, votre soutien et votre amour constant, je ne serais pas là aujourd'hui. Merci d'avoir toujours cru en moi, même quand je doutais.

À ma meilleure amie,

Depuis l'enfance jusqu'à aujourd'hui, tu as toujours été à mes côtés, fidèle et précieuse. Ta présence, ton écoute et ton soutien ont été un vrai réconfort tout au long de ce parcours. Merci d'être cette amie exceptionnelle sur qui je peux toujours compter.

À mon binôme dans la vie,

Merci pour ton soutien et ta présence, qui m'ont aidée à avancer malgré ce travail en solo. Ta confiance a été ma force tout au long de ce parcours.

À mes amis Nesrine M., Elycia CH., Narimane A., Kawthar B. et Rachid Assyrem M,

Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre présence qui m'ont beaucoup aidée durant ce parcours. Vous avez tous contribué, à votre manière, à rendre cette aventure plus belle et plus légère.

Sommaire

Sommaire

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Introduction générale :	1
-------------------------------	---

CHAPITRE I :DONNEES BIBLIOGRAPHIQUE

I.1- Généralité sur l'oxyurose	4
I.2- Epidémiologie.....	4
I.2.1- Agent pathogène	4
I.2.2- Classification	5
I.2.3- Morphologie	5
I.2.4- Cycle évolutif	7
I.2.5-Répartition géographique	9
I.2.6-Prévalence.....	9
I.2.7- Clinique	9
I.2.8-Diagnostic	10
I.3-Généralités sur l'intestin.....	10
I.4Traitement.....	10
I.5-Prophylaxie.....	11

CHAPITRE II :MATERIELS ET METHODES

II.1-But de l'étude	13
II.2-Type d'étude.....	13
II.3-Choix de site d'étude.....	14
II.4-Choix de la méthode de dépistage.....	14
II.5-Travail sur le terrain	14
II.5.1-Fiche de renseignement.....	14
II.5.2-Réalisation du scotch-test.....	14
II.6-Travail au laboratoire	15
II.6.1-Matériel utilisé.....	15
II.6.2-Sélection et classement des lames de scotch-test	15
II.6.3-Observation microscopique.....	16

II.7- Définition de cas positif	16
II.8- Analyses statistiques	17

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1-Prévalence de la parasitose	19
III.2-Prévalence de l'oxyurose selon les milieux d'étude	20
III.3-Prévalence de l'oxyurose selon le type de l'établissement	21
III.4-Prévalence de l'infestation selon l'âge des enfants.....	22
III.6-Prévalence de l'infestation selon le sexe des enfants.....	25
III.7-Incidence des ongles non coupés sur la prévalence de l'oxyurose	26
III.8-Présence d'oxyure chez la fratrie.....	27
III.9-Signes cliniques et prévalence	28
III.9.1- Douleurs abdominales.....	28
III.9.2-Prurit anal.....	29
III.9.3-Diarrhée.....	30
III.9.4-Amaigrissement et perte d'appétit	31
III.9.5-Signes nerveux	32
III.9.6-Vulvo-vaginite	33
III.9.7-Observation des petits vers blanc.....	34
III.9.8-Lésions de grattage	35
III.10-Scotch-test anal positif et symptômes associés.....	36

CHAPITRE IV : DISCUSSIONS

DISCUSSIONS	38
IV.1-Prevalence totale de l'oxyurose	39
IV.2-Prevalence de l'oxyurose selon le milieu d'étude.....	40
IV.3-Prevalence de l'oxyurose selon le type de l'établissement	40
IV.4-Repartition de l'oxyurose selon l'âge	40
IV.5-Prevalence de la parasitose selon le sexe	40
IV.6-Lien entre infestation individuelle et présence d'oxyurose dans la fratrie.....	41
IV.7-Analyse des facteurs de risque.....	41
IV.8-Analyse des symptômes.....	41
Conclusion générale	44
ANNEXE	45

LISTE DES FIGURES :

Figure 1: oxyures adultes (GUILLAUME,2011) 04

Figure 2: morphologie de l'œuf d'oxyure (HODILL, 2014). 05

Figure 3: œufs d'oxyure vus au microscope optique apres le scotch-test (ANOFEL, 2014) . 06

Figure 4: morphologie de l'adulte : femelle et male (GUILLAUME, 2007). 07

Figure 5: cycle evolutif de l'oxyure (GUILLAUME,2007) 08

Figure 6: la technique du scotch test anal (MOULINIER, 2003) 14

Figure 7: materiels utilises lors de l'etude (ORIGINAL, 2025). 15

Figure 8: scotch-test sous microscope optique (ORIGINAL, 2025). 16

Figure 9: œufs d'enterobius vermicularis vu au microscope optique sous differents grossissement(ORIGINAL, 2025) 17

Figure 10: la prevalence de l'oxyurose chez les enfants examines..... 19

Figure 11: la prevalence de l'oxyurose selon les milieux d'etudes. 20

Figure 12: la prevalence d'oxyurose selon le type d'etablissement 21

Figure 13: repartition des cas parasites dans la wilaya de tizi-ouzou selon les tranches d'age 23

Figure 14: repartition des cas parasites a beni douala et a nouvelle ville 25

Figure 15: la prevalence de l'oxyurose selon le sexe des enfants 26

Figure 16 : incidence des ongles non coupés sur la prevalence de la parasitose.....27

Figure 17: l'effectif des enfants infestes selon la presence de cas dans la fratrie 28

Figure 18: prevalence des douleurs abdominales chez les enfants examines. 29

Figure 19: prevalence du prurit anal chez les enfants examines. 30

Figure 20: prevalence de la presence et l'absence de la diarrhee chez les enfants examines . 31

Figure 21: prevalence des patients qui souffrent d'amaigrissement et de perte d'appetit 32

Figure 22: prevalence des signes nerveux chez les enfants parasites et qui sont indemnes..... 33

Figure 23: prevalence de la presence de vulvo vaginite chez les infestant et les indemnes. .. 34

Figure 24: prevalence de l'observation des petits vers blanc chez les examines. 35

Figure 25: effectif de presence des lésions de grattage. 36

Figure 26: distribution des principaux symptomes associes ; chez les patients parasites par les oxyures 37

Liste des Tableaux

Tableau 1: effectifs et pourcentage de l'oxyurose chez les enfants examinés	19
Tableau 2: effectifs et pourcentage de l'oxyurose selon les milieux d'étude	20
Tableau 3: effectif et pourcentage d'oxyures selon le type d'établissement.....	21
Tableau 4: effectifs globales des enfants examinés et parasites de la wilaya de Tizi-Ouzou	22
Tableau 5: effectifs d'enfants examinés et parasites à Béni Douala et à Nouvelle Ville selon les classes d'âge.....	23
Tableau 6: répartition de l'oxyurose selon le sexe.....	26
Tableau 7: incidence des ongles non coupés avec la prévalence de l'oxyurose.....	27
Tableau 8: répartition de l'infestation par oxyurose selon la présence de cas dans la fratrie	27
Tableau 9: effectifs et pourcentages des douleurs abdominales chez les enfants examinés.....	28
Tableau 10: effectif et pourcentage de présence ou l'absence du prurit anal chez les enfants examinés.....	29
Tableau 11: effectif et pourcentage de la diarrhée chez les enfants examinés.....	30
Tableau 12: effectif et pourcentage des patients qui souffrent d'amaigrissement et de perte d'appétit.....	31
Tableau 13: effectif et pourcentage des patients qui ont des signes nerveux et qui sont indemnes.....	32
Tableau 14: effectif et pourcentage de vulvo vaginite chez les fillettes parasitées et non parasitées	33
Tableau 15: effectif et pourcentage de l'observation des petits vers blancs chez les enfants examinés.....	34
Tableau 16: effectif et pourcentage de présence des lésions de grattage chez les enfants examinés.....	35
Tableau 17: nombre des cas symptomatique à chaque symptôme associé avec l'oxyurose	36

**INTRODUCTION
GÉNÉRALE**

Introduction générale :

Les parasitoses intestinales sont très fréquentes dans le monde et représentent un problème important de santé publique. Elles touchent surtout les populations vivant dans les régions tropicales, en raison du climat favorable, du manque d'hygiène, de l'absence d'assainissement, de la promiscuité et de la pauvreté. Leur impact sur la santé peut varier, allant d'une absence de symptômes à des formes plus graves (NOZAIS *et al.*, 1981).

Selon l'O.M.S (1988) ; DURANT *et al.*, (2005), il est estimé que plus de trois milliards de personnes sont infectées par les parasites intestinaux et que 450 millions de personnes sont malades. Parmi ces parasitoses, l'oxyurose produite par *Enterobius vermicularis* présente dans l'intestin.

L'oxyurose causée par *Enterobius vermicularis* est l'une des parasitoses intestinales les plus répandues dans les régions tempérées. Elle constitue un problème de santé publique majeur, en particulier dans les pays en développement. Malgré des progrès significatifs en matière d'hygiène, les infections par des vers intestinaux, ou verminoses, persistent chez l'être humain. Il est encore fréquent qu'une personne contracte ce type d'infection au cours de sa vie (LACOSTE, 2013)

Cette parasitose, provoque une grande diversité de troubles digestifs, évoquant parfois des perturbations d'ordre psychologique. Le prurit anal nocturne reste le symptôme le plus caractéristique. C'est une helminthiase généralement bénigne et souvent asymptomatique. Son diagnostic est simple faisant appel au scotch test de Graham et les traitements actuels sont bien tolérés et très efficaces s'ils sont accompagnés de rigoureuses mesures d'hygiène individuelle et collective (LACOSTE, 2013).

La transmission se fait le plus souvent par auto-infestation ; l'enfant qui porte les doigts à la bouche après s'être gratté la région anale. Les enfants peuvent aussi transporter les œufs sur les jouets et les couvertures, ce qui explique la grande contagiosité de cette parasitose qui touche le plus souvent les enfants d'âge scolaire, les personnes qui vivent en établissement, ainsi que les membres de la famille et les soignants des personnes infectées (PILLY, 2016).

Plusieurs études sont effectuées dans le monde pour estimer la prévalence de cette parasitose (LAROUSSE, 1998). 70% à 80% des enfants dans le monde sont touchés d'un moment à l'autre. En Tunisie, la proportion des enfants parasités est comprise entre 27,4% et 47,08% et un taux de 45% a été enregistré au Maroc (AFTISSE et BOUDJEMA, 2014) ; (HAMOUDA *et al.*, 1989) ; en Algérie, dans la région de Sétif, 40,38% des personnes examinées sont porteuses d'oxyures.

Dans la région de Tizi-Ouzou, en Algérie, les données épidémiologiques sur l'oxyurose restent limitées, faute de travaux de recherche approfondis. Cette situation s'explique en partie par les difficultés liées à l'échantillonnage et au diagnostic, mais aussi par le manque d'études actualisées permettant de mesurer la prévalence et les facteurs associés à cette parasitose.

La présente étude vise à estimer la prévalence de l'oxyurose chez les enfants en comparant deux zones contrastées urbaine et rurale de la wilaya de Tizi-Ouzou, d'identifier les principaux facteurs de risque, et de proposer des mesures de prévention adaptées.

Ce travail est structuré en quatre chapitres. Le premier chapitre expose des généralités sur l'oxyurose ainsi que sur l'intestin, considéré comme son principal milieu de vie. Le deuxième chapitre présente les matériels et méthodes utilisés pour mener l'enquête épidémiologique et le dépistage de l'infestation. Le troisième chapitre est consacré à la présentation des résultats obtenus, tandis que le quatrième chapitre est dédié à leur discussion. Le mémoire se termine par une conclusion générale accompagnée de recommandations visant à renforcer la prévention de cette parasitose.

CHAPITRE I
DONNÉES
BIBLIOGRAPHIQUES

Les oxyures sont des parasites intestinaux qui se développent principalement dans le tube digestif humain, en particulier dans l'intestin, où ils se reproduisent.

Ce chapitre abordera dans un premier temps les caractéristiques générales de l'oxyurose, puis s'intéressera à l'intestin humain, qui constitue le principal milieu de vie et de développement du parasite.

I.1- Généralité sur l'oxyurose

L'oxyurose est une parasitose intestinale, cosmopolite dite « ubiquitaire » très fréquente, particulièrement chez les enfants en âge d'aller à l'école. Il existe de nombreux porteurs sains, hébergeant un petit ver rond nommé *Enterobius vermicularis* (GARCIA, 2007). Ce parasite touche les deux sexes de la même façon, et également connus sous le nom d'oxyures, il mesure entre 4 et 9 millimètres de long (COOK, 1994).

I.2- Epidémiologie

I.2.1- Agent pathogène

L'agent causal est un nématode ovipare de petite taille, visible à l'œil nu, connu sous le nom d'*Enterobius vermicularis*. Selon LANDRY et RIVAL (2006), les vers adultes vivent dans la partie terminale de l'intestin. Il possède un orifice buccal entouré de trois lèvres rétractiles, lui permettant une fixation efficace à la muqueuse intestinale (COOK, 1994) (Figure 1).



Figure1 : oxyures adultes (GUILLAUME, 2011).

I.2.2- Classification

Selon NDIAYE, (2006), *Enterobius vermicularis* appelé oxyure appartient à la systématique suivante :

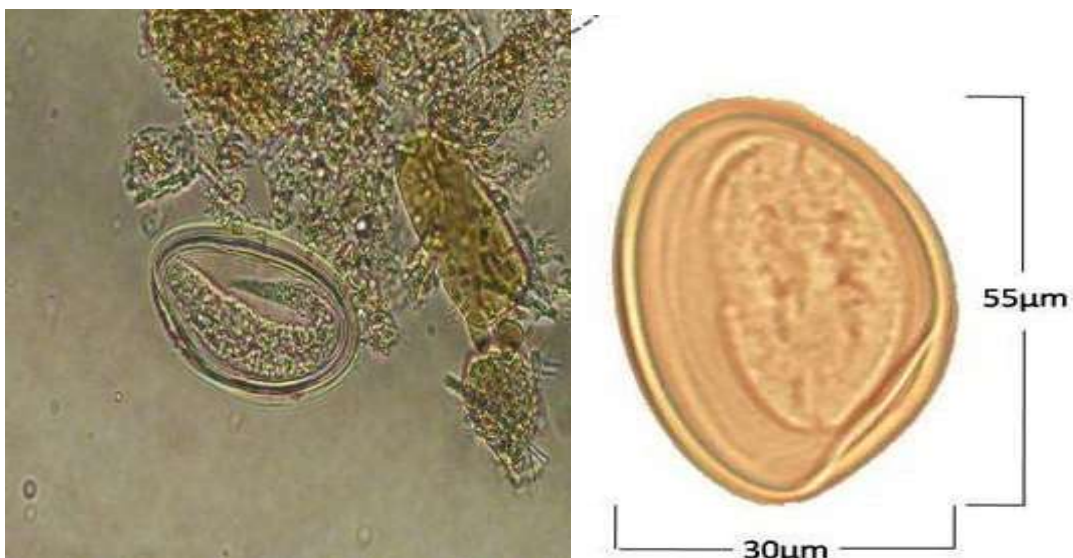
- **Sous règne** :..... Métazoaires
- **Embranchement** :..... Nématoda
- **Classe** :..... Secernentea (Phasmodia)
- **Ordre** :..... Ascaridida
- **Famille** :..... Oxyurida
- **Genre** :..... *Enterobius*
- **Espèces** :*Enterobius vermicularis* (Linnaeus, 1758)

I.2.3- Morphologie

Œuf

Les œufs habituellement recueillis sur la marge anale, mesurent 50 à 60µm de long sur 30 à 32µm de large. L'œuf incolore et réfringent à cause de sa coque épaisse, lisse, à double contour avec une face aplatie et un côté plus bombé aspect asymétrique très caractéristique (ROUSSET, 1993) (Figure 2)

Les œufs renferment un embryon mobile et sont infestant au moins de 6 heures, d'où l'auto infestation est possible. La paroi externe albumineuse, permet à l'œuf d'adhérer à la peau ou à la muqueuse au moment de la ponte (PEBRET, 2003) (Figure3).



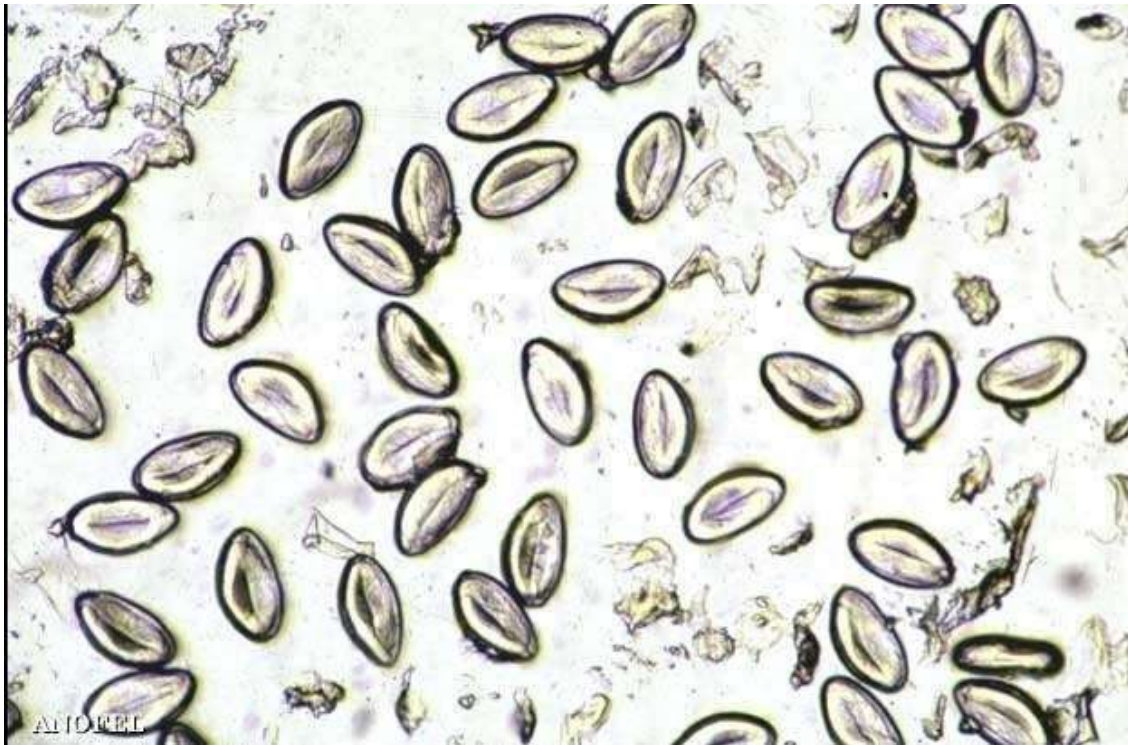


Figure 2 : Morphologie de l'œuf d'oxyure (HODILL, 2014).

Figure 3 : Œufs d'oxyure vus au microscope optique après le scotch-test au grossissement 10x40 (ANOFEL, 2014).

Adulte

Enterobius vermicularis est un nématode très mobile, caractérisé par un renflement céphalique, sa bouche est entourée de trois lèvres coupantes. L'extrémité caudale présente une forme distincte selon le sexe : chez le mâle, elle est tronquée non épineuse, et comporte une ébauche de bourse caudale, tandis que la femelle, elle est plus allongée et effilée. La femelle est également plus grande que le mâle, ce qui facilite leur différenciation. Ce parasite présente donc un dimorphisme sexuel marqué (GUILLAUME, 2007) (Figure 4).

Femelle

La femelle *Enterobius vermicularis* mesure entre 9 et 13 mm, avec un corps fusiforme et blanc nacré, son extrémité postérieure est effilée, ce qui la distingue du mâle. Elle pond entre 4000 et 11000 œufs par ponte et vit en moyenne 37 à 93 jours (HUGO et TOURTESCHAEFER, 1985).

Mâle

La longueur du mâle varie de 3 à 5 mm, et son diamètre de 100 à 200 μm . Son extrémité postérieure est recourbée et tronquée. Son appareil génital n'est constitué que d'un seul

cordons sexuels, divisés en une partie proximale (testicule), une partie moyenne (canal déférent) et une partie distale (canal éjaculateur) (HUGO et TOURTE-SCHAEFER, 1985).

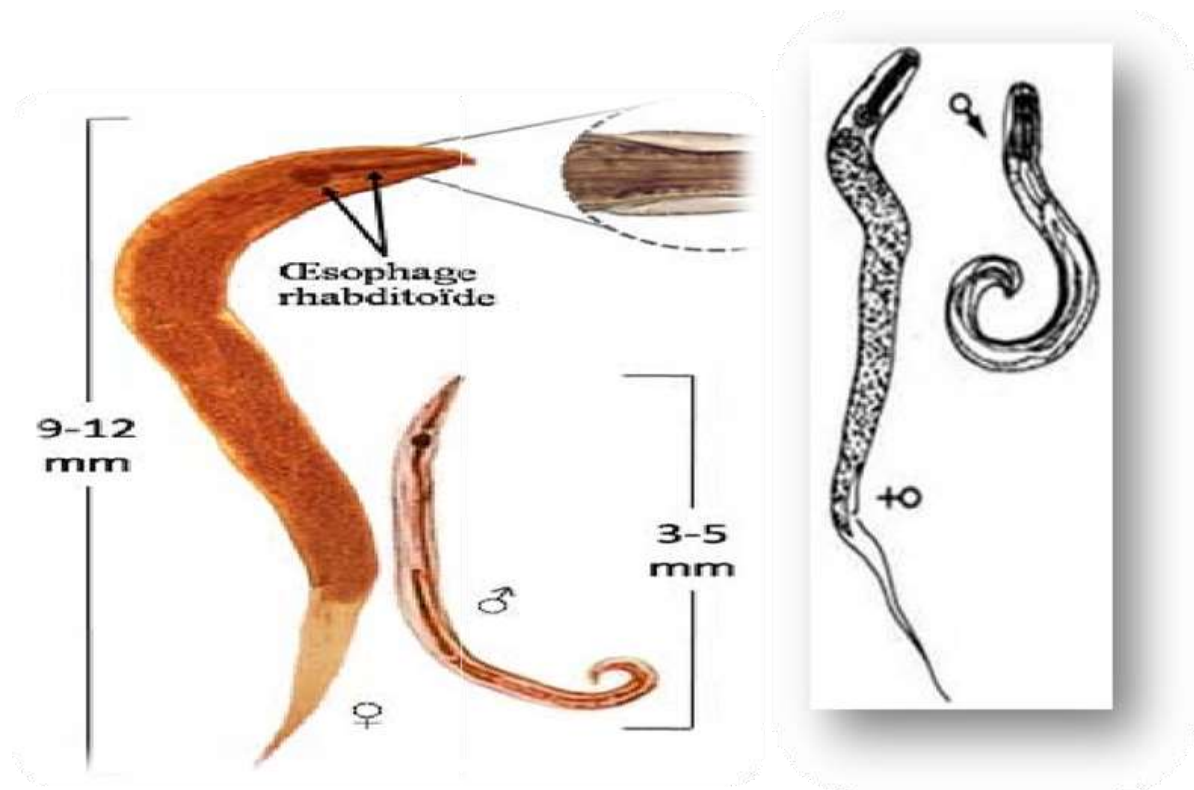


Figure 4 : morphologie de l'adulte : femelle et male (GUILLAUME, 2007).

I.2.4- Cycle évolutif

Les oxyures ont un cycle monoxène (chez un seul hôte ou sans l'intervention d'un hôte intermédiaire), court et intestinal qui dure 21 jours (DURANT *et al.*, 2005).

Après ingestion, les œufs éclosent au niveau de l'estomac, puis les larves gagnent l'intestin grêle ou elles se développent en adultes en environ 3 semaines (GARCIA, 2007) (Figure5).

Les individus adultes séjournent dans l'intestin et s'accouplent au niveau de la partie terminale de l'intestin grêle (région iléo-caecale). Une fois fécondées, les femelles migrent jusqu'à la marge anale (source de prurit anal et de grattage) pour y pondre les œufs jusqu'à 20 000 œufs en 20 à 60 minutes avant de mourir. Cette migration s'effectue généralement le soir ou au début de la nuit (PILLY, 2016).

Les œufs pondus autour de l'anus sont directement infectants et ne nécessitent pas de maturation. Ils apparaissent environ 30 à 60 jours après l'infection et peuvent survivre 2 à 3 semaines dans l'environnement (vêtements, literie, sol) (EBERHARD *et al.*, 2008).

L'oxyure est très contagieux, la contamination est strictement humaine, et possible essentiellement par voie orale (contact des mains avec la bouche après avoir touché du linge ou d'autres mains souillées, ou ingestion directe d'aliments souillés donc il y a une auto infestation par grattage « péril fécal». Parfois par voie respiratoire (les œufs mesurent environ 5 µm et sont « volatils » (CAUMES *et al.*, 2002 ; ANOFEL, 2005 ; TREMBLAY, 2011 ; BONIJOL et VIDAL., 2012).

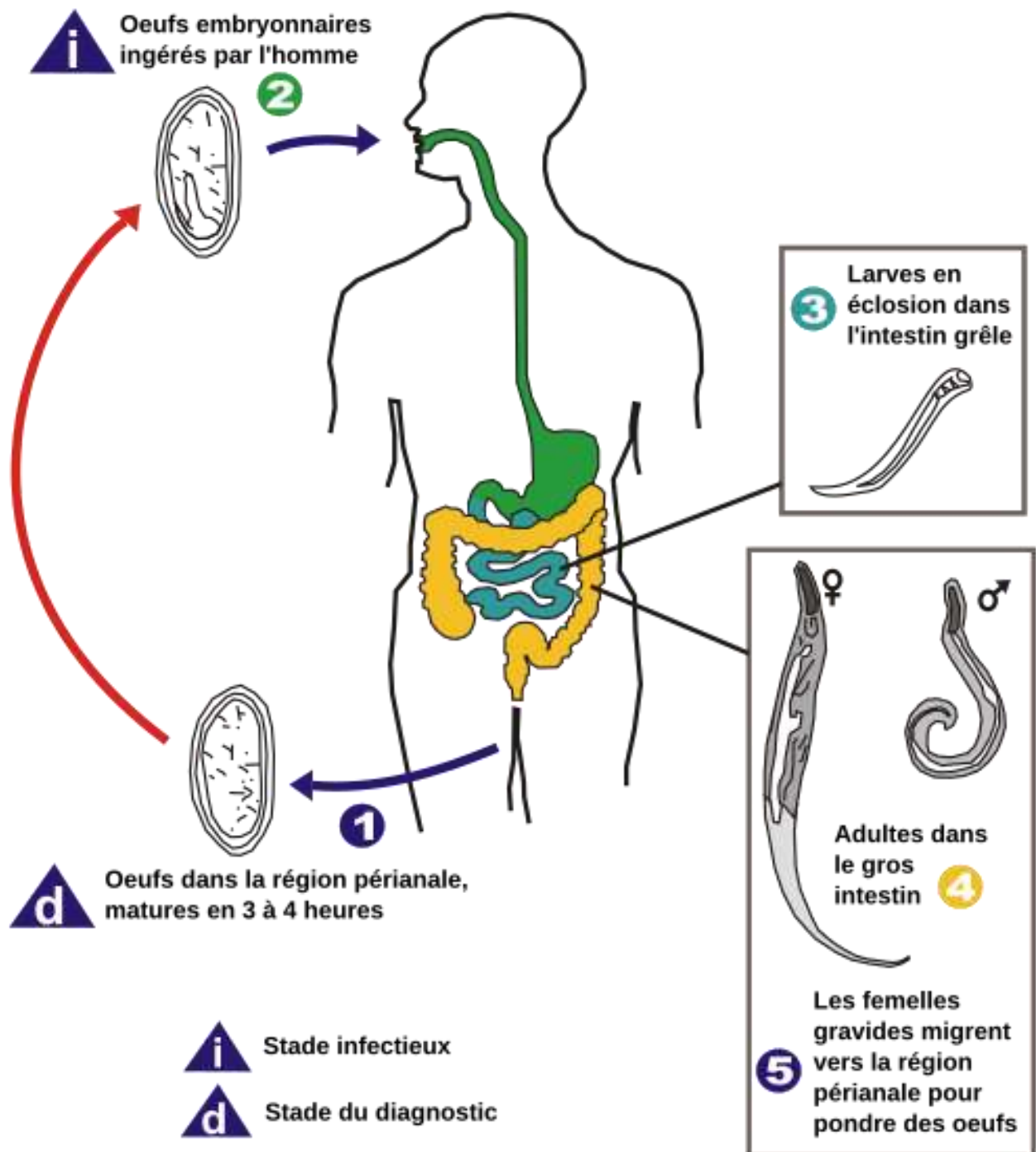


Figure 5 : Cycle évolutif de l'oxyure (GUILLAUME, 2007).

I.2.5-Répartition géographique

L'oxyurose est une parasitose cosmopolite présente à l'échelle mondiale. Elle touche toute les classes socio-économiques, avec une prévalence particulièrement élevée dans certaines régions, notamment dans les pays à climat tempéré (KHIATI, 2006 ; EBERHARD *et al.* 2008).

I.2.6-Prévalence

L'oxyurose est une parasitose communautaire qui se propage principalement au sein du foyer familial. Certaines professions, telles que le personnel éducatif, les enseignants et le personnel soignant, sont particulièrement exposées. Elle est également fréquente dans les milieux de vie en collectivité, notamment les internats, les hôpitaux psychiatriques, les colonies de vacances, les jardins d'enfants et les casernes (RIPERT, 1998).

I.2.7- Clinique

Les différents symptômes cliniques rencontrés sont :

- Le prurit anal est le symptôme principal de l'oxyurose. Il est surtout nocturne et lié à la migration des femelles vers la marge anale pour pondre leurs œufs (LACOSTE, 2013).
- L'examen clinique révèle souvent un piqueté hémorragique au niveau de la marge anale, causé par les morsures des vers femelles (LACOSTE, 2013).
- Les lésions de grattage peuvent être visibles dans la région anale et entraîner l'apparition de taches de sang sur les sous-vêtements ou le papier toilette (CAUMES *et al.*, 2002 ; ZEITOUN et LACAINE, 2003).
- Les troubles du comportement incluent des modifications du caractère, des cauchemars, insomnies, irritabilité. L'oxyurose peut aussi avoir un impact sur la vie scolaire, se manifestant par une asthénie, une perte d'appétit et un amaigrissement (CAUMES *et al.*, 2002).
- Les vulvo-vaginites peuvent être observées chez la petite fille en cas de parasitisme intense (ZEITOUN et LACAINE, 2003).
- Les groupes à risque incluent les professions exposées comme les enseignants et le personnel soignant, ainsi que les personnes vivant en collectivité (internats, hôpitaux psychiatriques, colonies de vacances, jardins d'enfants, casernes) (RIPERT, 1998).

I.2.8-Diagnostic

Présence de petits vers blancs femelles dans les selles (diagnostic macroscopique), plus rarement présence d'œufs (car Les œufs sont pondus à l'extérieur du tube digestif, dans les plis de la marge anale) (MANUEL MSD, 2021).

Pour la mise en évidence des œufs, on effectue un test de Graham, qui consiste à coller un Morceau de ruban adhésif « Scotch-Test » sur la marge anale, pour ensuite l'examiner au Microscope et rechercher la présence d'œufs. Ce test doit être effectué le matin avant la toilette intime, si le patient est atteint d'oxyurose, les femelles auront pondu pendant la nuit. C'est le test réalisé généralement quand un patient se plaint de prurit anal (diagnostic microscopique). Le bilan sanguin montre une légère hyper éosinophilie, peu spécifique. Un test sérologique est inutile car les anticorps sont inexistantes (VIDAL ,2012). Pratiquement, chez l'adulte, un prurit anal doit faire un contact avec des enfants ou des vieillards ; le doute suffit pour essayer une cure (PHETSOUVANH, 2002).

I.3-Généralités sur l'intestin

L'intestin humain constitue un organe fondamental du système digestif, jouant un rôle central dans la digestion, l'absorption des nutriments et l'élimination des déchets métabolique (MARIEB, 2005). Il est divisé en deux segments : l'intestin grêle où s'effectue l'absorption des nutriments, et le gros intestin, responsable de la réabsorption de l'eau et de la formation des selles (PALIER-CUAU, 2012).

Sur le plan parasitaire, le gros intestin notamment le caecum et le colon, offre un milieu favorable au cycle évolutif de plusieurs helminthes, notamment *Enterobius vermicularis*, appelé communément oxyure (CHANDENIER *et al.* 2016). Ce nématode se fixe dans le caecum où a lieu la reproduction : le male meurt après l'accouplement, tandis que la femelle gravide migre vers la région anal pour pondre environ 10 000 œufs (COOK, 1994).

I.4-Traitement

Les médicaments antiparasitaires utilisés contre l'oxyurose agissent uniquement sur les vers adultes, sans effets sur les œufs en incubation ni sur les larves. De plus cette parasitose étant hautement contagieuse, elle se transmet facilement (HUGARD ,2008).

Plusieurs molécules sont disponibles pour le traitement :

- Flubendazole.
- Albendazole.
- Pyrantel.

- Embonate de pyrvinium, souvent privilégié pour l'enfant, bien qu'il colore les selles en rouge (AFTISSE et BOUDJEMA, 2014).

I.5-Prophylaxie

Malgré un traitement adéquat et efficace, l'infection peut réapparaître. Il ne s'agit pas d'une récurrence mais d'une réinfestation. Pour éviter toute recontamination, la prophylaxie est très importante. Dès la première étape de la maladie et pour prévenir cette pathologie il faut avoir une hygiène rigoureuse, et tenir compte de ces conseils :

- Laver les mains après chaque selle et avant chaque repas.
- Se couper les ongles régulièrement et utiliser une brosse pour les nettoyer (STEPEK *et al.* 2006).
- Exposer la literie au soleil et aérer les chambres. Les œufs sont tués par dessiccation en une semaine, par contre ils survivent plusieurs semaines si l'humidité est suffisante.
- Couvrir la nourriture pour limiter la contamination par les œufs pouvant se trouver dans les poussières ou véhiculés par les mouches.
- Pour éviter le contact direct entre les doigts et l'anus par les enfants, le pyjama doit être fermé en cas de prurit anal nocturne (CAUMES *et al.* 2002).
- Le changement des sous-vêtements et les draps doit être régulier et quotidien lors de l'infestation.
- Laver le linge de nuit, les draps, les peluches et les vêtements à une température supérieure à 60°C afin d'éliminer les parasites (GERBA *et al.*, 2021).
- L'utilisation de l'aspirateur est conseillée plutôt que le balai qui soulève les poussières et ainsi disperse les œufs d'*Enterobius vermicularis* présents.
- Il est également recommandé d'effectuer un savonnage quotidien de la région péri anale avec un pain sans savon et sans parfum, suivi d'un rinçage abondant. En cas de diagnostic d'un cas d'oxyurose, le traitement de tous les membres de la famille est très important pour la prévention en raison du risque de contamination intrafamilial (STEPEK *et al.*, 2006).
- Ainsi une méticuleuse attention à des mesures d'hygiènes, surtout dans l'enfance, réduit la prévalence de ce ver (COOK, 1994).

CHAPITRE II
MATERIELS ET METHODES

Cette section décrit le matériel utilisé et les méthodes appliquées dans le cadre de l'enquête sur l'oxyurose, avec une démarche visant à faciliter le dépistage de cette parasitose au sein d'une population pédiatrique.

II.1-But de l'étude

La présente étude vise à évaluer la prévalence de l'oxyurose chez les enfants âgés de 3 à 12 ans dans la wilaya de Tizi-Ouzou, à travers une comparaison entre les milieux rural et urbain. Elle a également pour ambition d'identifier les principaux facteurs de risque associés à cette parasitose, et de proposer des mesures de prévention adaptées en vue d'améliorer la prise en charge et la sensibilisation au sein de cette population.

II.2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur une période de deux mois, de mars à avril 2025. Un total de 297 kits de dépistage de l'oxyurose ont été distribués dans quatre établissements éducatifs de la wilaya de Tizi-Ouzou : une crèche et une école privée situées à Nouvelle-Ville (milieu urbain), ainsi qu'une crèche et une école primaire à Béni Douala (milieu rural).

Parmi ces kits, seuls 264 ont été retenus pour l'analyse. Cette sélection s'explique par plusieurs facteurs : certains parents n'ont pas réalisé le prélèvement pour leur enfant, d'autres ont changé d'avis après réception du kit, et enfin, un tri a été effectué au laboratoire afin d'écartier les lames non exploitables.

L'échantillon final est donc constitué de 264 enfants âgés de 3 à 12 ans, dont 135 filles et 129 garçons.

La technique du scotch-test a été réalisée par les parents, après leur avoir remis un formulaire explicatif détaillant la méthode et son application.

Les prélèvements sont examinés quelques heures après la récolte au microscope optique pour rechercher les œufs d'oxyure. Les prélèvements réalisés sont analysés au laboratoire de Parasitologie-Mycologie Médicales du CHU de Tizi-Ouzou. L'analyse est effectuée au microscope optique et le repérage des œufs d'oxyures est réalisé sous différents grossissements.

II.3-Choix de site d'étude

Deux sites de la région de Tizi-Ouzou ont été sélectionnés : Nouvelle-ville en zone urbaine et Beni Douala en zone rurale. Ce choix permet une comparaison de la prévalence de l'oxyurose entre ces deux environnements.

II.4-Choix de la méthode de dépistage

Plusieurs techniques de diagnostic existent pour l'oxyurose, comme la coproculture ou l'écouvillonnage anal. Le présent travail a utilisé le scotch-test anal ou test de GRAHAM, consistant à appliquer un ruban adhésif transparent sur la région périnatale pour y recueillir les œufs d'*Enterobius vermicularis* (GRAHAM, 1941). Ce test est simple, non invasif, peu coûteux et fiable.

II.5-Travail sur le terrain

II.5.1-Fiche de renseignement

Un questionnaire a été remis aux parents pour recueillir des données cliniques (symptômes évocateurs de l'oxyurose) et démographiques (nom, âge, sexe, lieu de résidence). Une illustration explicative accompagnait la fiche pour guider les parents dans la réalisation correcte du scotch-test (Annexe 1).

II.5.2-Réalisation du scotch-test

Le prélèvement devait être réalisé tôt le matin avant toute toilette ou défécation, afin d'optimiser les chances de détection des œufs, la ponte ayant lieu principalement durant la nuit. La méthode consistait à appliquer un ruban adhésif transparent sur la marge anale afin de capter les œufs déposés par les femelles d'*Enterobius vermicularis*. Le ruban était ensuite soigneusement collé sur une lame porte-objet, puis rangé dans une enveloppe préalablement identifiée pour assurer le suivi et la traçabilité de l'échantillon (BOURÉE, 1989) (Figure 6).

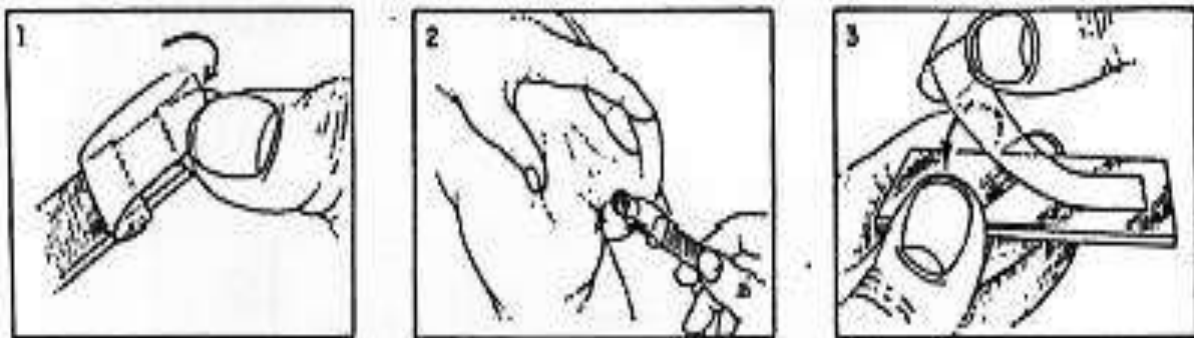


Figure 6 : la technique du scotch test anal (MOULINIER, 2003).

II.6-Travail au laboratoire

II.6.1-Matériel utilisé

- Microscope optique
- Lames porte-objet



A : microscope optique.



B : lames porte-objet.

Figure7 : matériels utilisés lors de l'étude (Original, 2025).

II.6.2-Sélection et classement des lames de scotch-test

Avant l'observation au microscope, un tri préalable des lames a été effectué afin d'écartier celles présentant des défauts techniques tels que des bulles d'air ou un collage inadéquat. Les lames retenues ont ensuite été classées en fonction de l'âge et du sexe des enfants, en vue d'une interprétation plus précise et ciblée des résultats.

II.6.3-Observation microscopique

Les lames valides étaient analysées au microscope optique sous différents grossissements.

Cette étape permettait la recherche d'œufs d'*Enterobius vermicularis* et ainsi la confirmation



parasitologique de l'infestation (Figure 8).

Figure 8 : scotch-test sous microscope optique (Original, 2025).

II.7- Définition de cas positif

Un enfant est considéré comme parasité lorsque l'examen du scotch-test anal met en évidence la présence d'au moins un œuf d'oxyure (PEYRON *et al.*, 2013) (Figure 9).

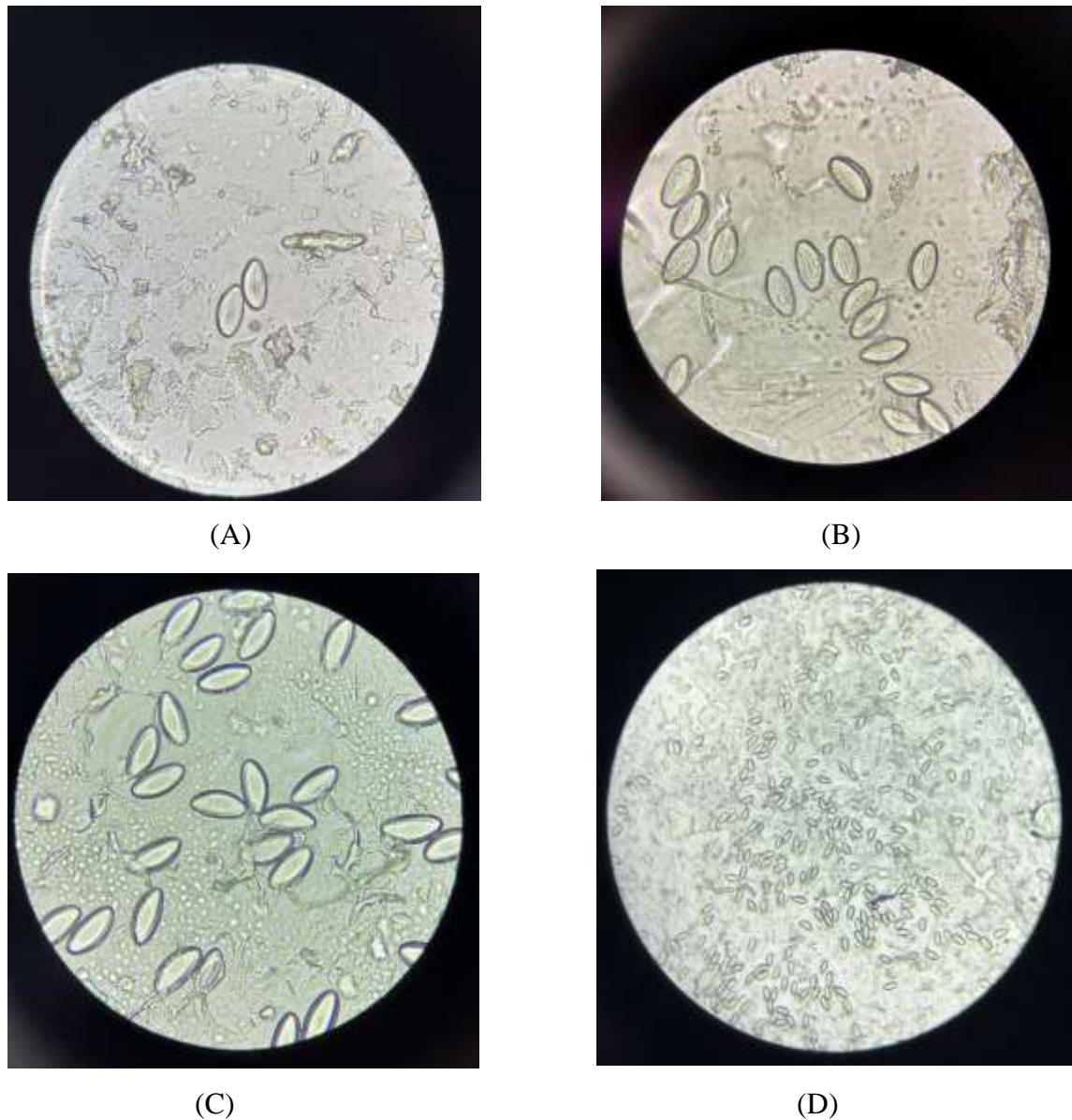


Figure 9: œufs d'*Enterobius vermicularis* vu au microscope optique sous différents grossissements. (A), (B) et (C) : au grossissement 10 x 40 (D) : au grossissement 10x10 (Original, 2025).

II.8- Analyses statistiques

Pour mieux interpréter les résultats de cette étude, le test du χ^2 et le test exact de Fisher ont été utilisés, ces deux tests étant adaptés aux données qualitatives. Ils ont permis de vérifier l'existence de différences significatives entre certains critères étudiés.

L'indice parasitaire la prévalence a été calculé selon la méthode proposée par MARGOLIS *et al* (1982).

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide de Microsoft Excel 2013.

CHAPITRE III
RESULTATS

L'étude porte sur 264 enfants traités et vivant dans deux différentes régions de la wilaya de Tizi-Ouzou.

III.1-Prévalence de la parasitose

Le tableau suivant présente les cas positifs et négatifs observés dans la population étudiée

Tableau 1 : effectifs et pourcentage de l'oxyurose chez les enfants examinés.

Résultats	Effectif	Pourcentage
Positif	82	31,10%
Négatif	182	68,90%
Total	264	100%

Sur l'ensemble des 264 individus examinés, 82 cas se sont révélés positifs à *Enterobius vermicularis*, soit une prévalence de 31,10 %. En revanche, 182 individus, représentant 68,90 %, ont présenté un résultat négatif (figure 10).

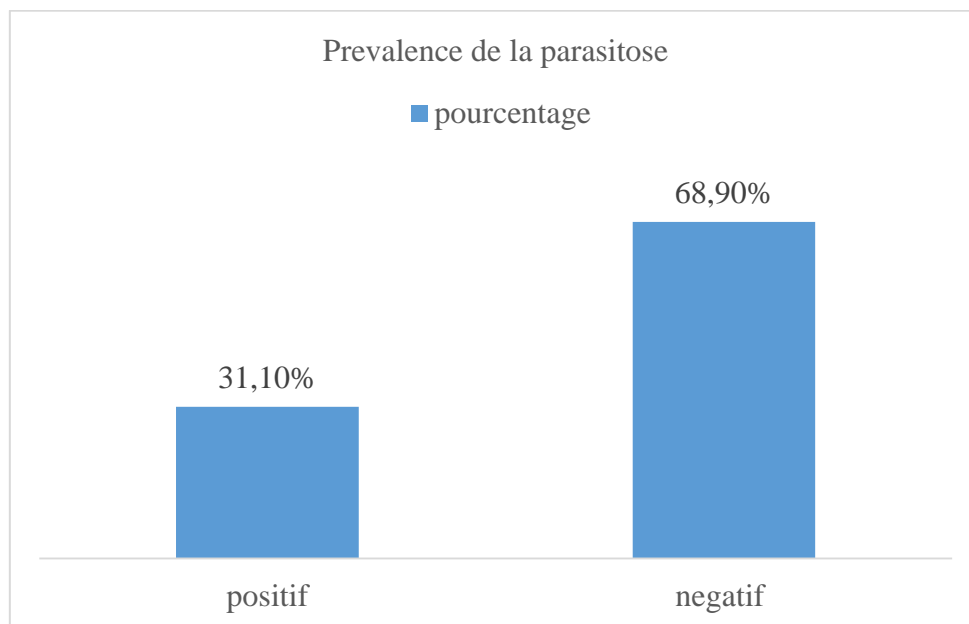


Figure 10 : La prévalence de l'oxyurose chez les enfants examinés.

III.2-Prévalence de l'oxyurose selon les milieux d'étude

Le tableau ci-dessous présente la répartition des cas positifs et négatifs selon les deux localités étudiées.

Tableau 2 : Effectifs et pourcentage de l'oxyurose selon les milieux d'étude.

Localité	Négatif	Positif	Total	Taux+
Béni douala	81	51	132	38,63%
Nouvelle ville	101	31	132	23,48%
Total	182	82	264	31,10%

Sur un total de 132 enfants examinés dans la région de Béni Douala, 51 se sont révélés positifs, soit une fréquence de 38,63 %.

À Nouvelle Ville, également avec 132 enfants examinés, 31 cas étaient positifs, représentant un taux de 23,48 % (figure 11).

La différence de prévalence observée entre les deux régions indique une répartition inégale de l'oxyurose selon la localité, confirmée comme significative par le test du khi² ($p = 0,0115$).

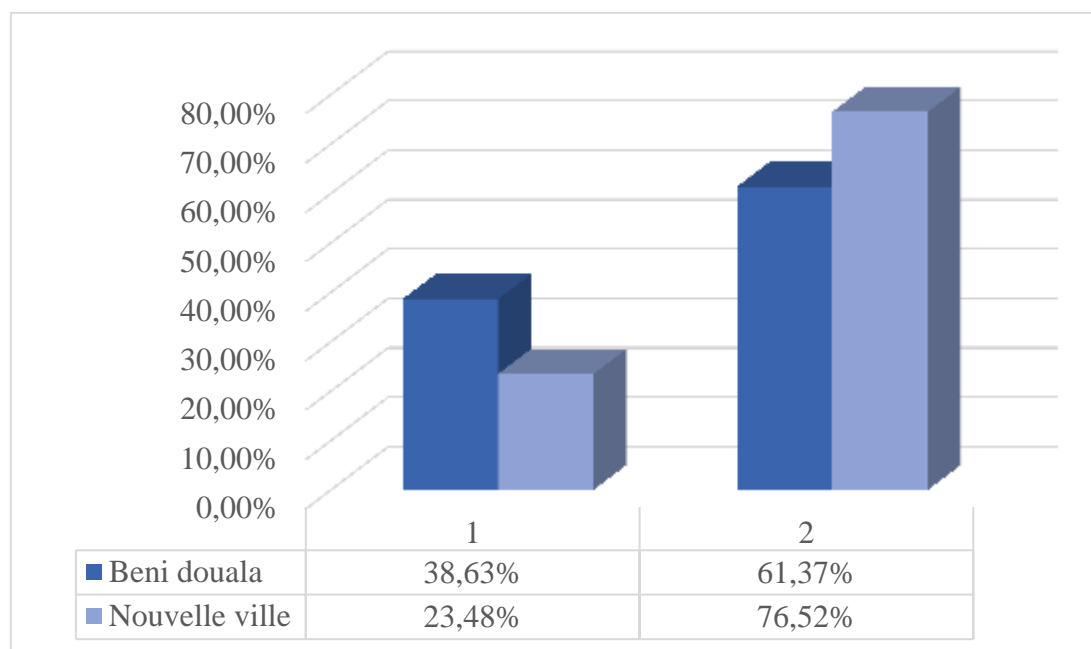


Figure 11 : La prévalence de l'oxyurose selon les milieux d'études.

III.3-Prévalence de l'oxyurose selon le type de l'établissement

Le tableau suivant montre la répartition des cas d'infestation en fonction du type d'établissement fréquenté.

Tableau 3 : Effectif et pourcentage d'oxyures selon le type d'établissement.

Etablissements	Négatifs	Positif	total	taux+
Crèche	80	32	112	28,57%
Ecoles	102	50	152	32,89%
Total	182	82	264	31,10%

Parmi les 112 enfants examinés au niveau des crèches, 32 présentaient une oxyurose, soit un taux de positivité de 28,57 %.

En revanche, dans les écoles, 50 cas positifs ont été identifiés sur 152 enfants examinés, soit une fréquence de 32,89 % (figure 12).

Bien que la prévalence paraisse légèrement plus élevée en milieu scolaire, cette différence n'est pas suffisante pour conclure à une variation significative entre les deux types d'établissement, comme le montre le test du khi² ($p = 0,538$), qui indique que la différence n'est pas statistiquement significative.

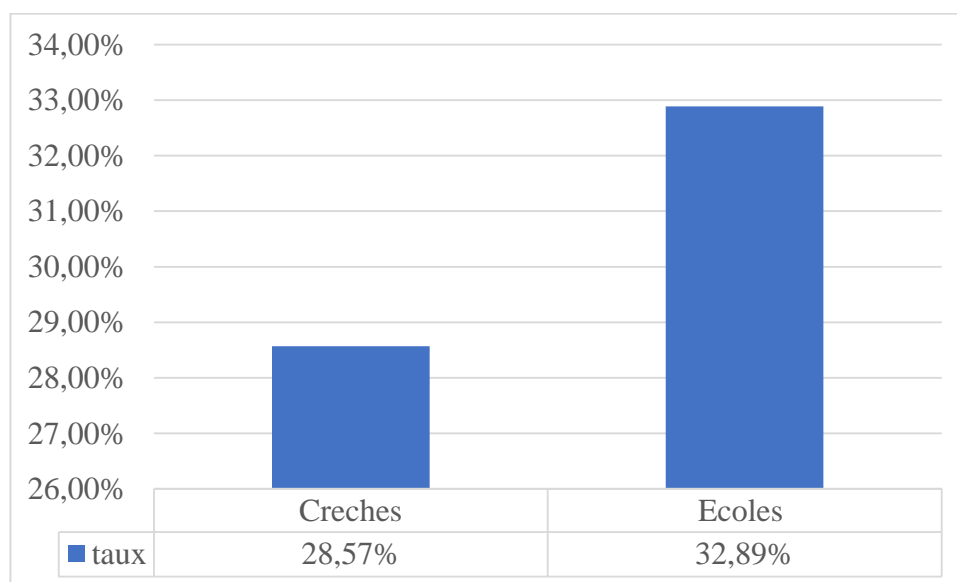


Figure 12 : La prévalence d'oxyurose selon le type d'établissement.

IIIu.4-Prévalence de l'infestation selon l'âge des enfants

Les résultats relatifs à la répartition du nombre des cas examinés et du nombre de cas positifs en fonction des différentes tranches d'âge sont représentés ci-dessous.

Tableau 4 : Effectifs globales des enfants examinés et parasités de la wilaya de Tizi-Ouzou

Tranches d'âge	Enfants examinés	Enfants parasités	Fréquence
3 à 4 ans	94	19	20,21%
5 à 6 ans	45	16	35,55%
7 à 8 ans	46	21	45,65%
9 à 10ans	52	21	40,38%
11 à 12 ans	27	5	18,51%

L'examen de la figure 13 permet de constater que :

- Pour les enfants âgés de 3 à 4 ans : 19 enfants sur 94 étaient parasités soit une fréquence de 20,21%
- Pour les enfants âgés de 5 à 6 ans : 16 cas positifs ont été recensés parmi 45 enfants soit un taux de 35,55%.
- Pour les enfants âgés de 7 à 8 ans : 21 enfants sur 46 étaient infestés représentant une fréquence de 45,65%.
- Pour les enfants âgés de 9 à 10 ans : 21 cas positifs ont été relevés parmi 52 enfants soit un taux de 40,38%.
- Pour les enfants âgés de 11 à 12 ans : 5 enfants sur 27 étaient parasités soit une fréquence de 18,51%.

La tranche d'âge de 7 à 8 ans est la plus touchée avec une prévalence de 45,65%.

Ces résultats montrent une augmentation progressive du taux de parasitose jusqu'à 8 ans, suivi d'une baisse au-delà de cet âge (figure 13).

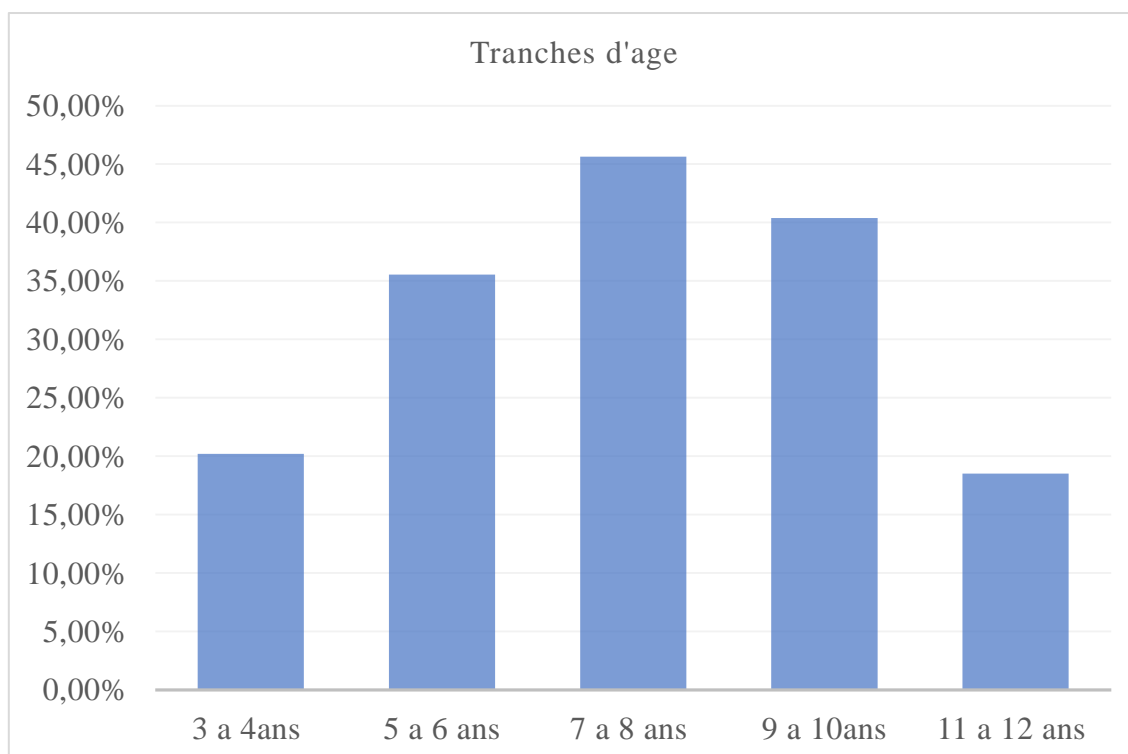


Figure 13 : Répartition des cas parasités dans la wilaya de Tizi-Ouzou selon les tranches d'âge.

III.5-Répartition des enfants parasités par tranche d'âge à Beni Douala et Nouvelle ville

Le tableau ci-dessous présente la répartition des enfants examinés et infestés par classe d'âge, dans les deux zones d'étude

Tableau 5 : Effectifs d'enfants examinés et parasités à Beni Douala et à Nouvelle ville selon les classes d'âge.

Tranches d'âge	Enfants examinés à Beni Douala	Enfants parasités à Beni Douala	Enfants examinés à Nouvelle ville	Enfants parasités à Nouvelle ville
3 à 4 ans	41	10	53	9
5 à 6 ans	24	10	21	6
7 à 8 ans	25	13	21	8
9 à 10 ans	27	14	25	7
11 à 12 ans	15	4	12	1

- Pour les enfants dont l'âge varie de 3 à 4 ans :
 - A Beni Douala, 10 enfants sur 41 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 24,39%.
 - A Nouvelle ville, 9 enfants sur 53 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 16,98%.
- Pour les enfants dont l'âge varie de 5 à 6 ans :
 - A Beni Douala, 10 enfants sur 24 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 41,66%.
 - A Nouvelle ville, 6 enfants sur 21 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 28,57%.
- Pour les enfants dont l'âge varie de 7 à 8 ans :
 - A Beni Douala, 13 enfants sur 25 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 52%.
 - A Nouvelle ville, 8 enfants sur 21 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 38,09%.
- Pour les enfants dont l'âge varie de 9 à 10ans :
 - A Beni Douala, 14 enfants sur 27 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 51,85%.
 - A Nouvelle ville, 7 enfants sur 25 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 28%.
- Pour les enfants dont l'âge varie de 11 à 12 ans :
 - A Beni Douala, 4 enfants sur 15 présentent un scotch-test positif soit une fréquence de 26,66%.
 - A Nouvelle ville, un enfant sur 12 présente un scotch-test positif soit une fréquence de 8,33%.

7 a 8 ans est la tranche d'âge la plus touchés dans les deux milieux (figure 14).

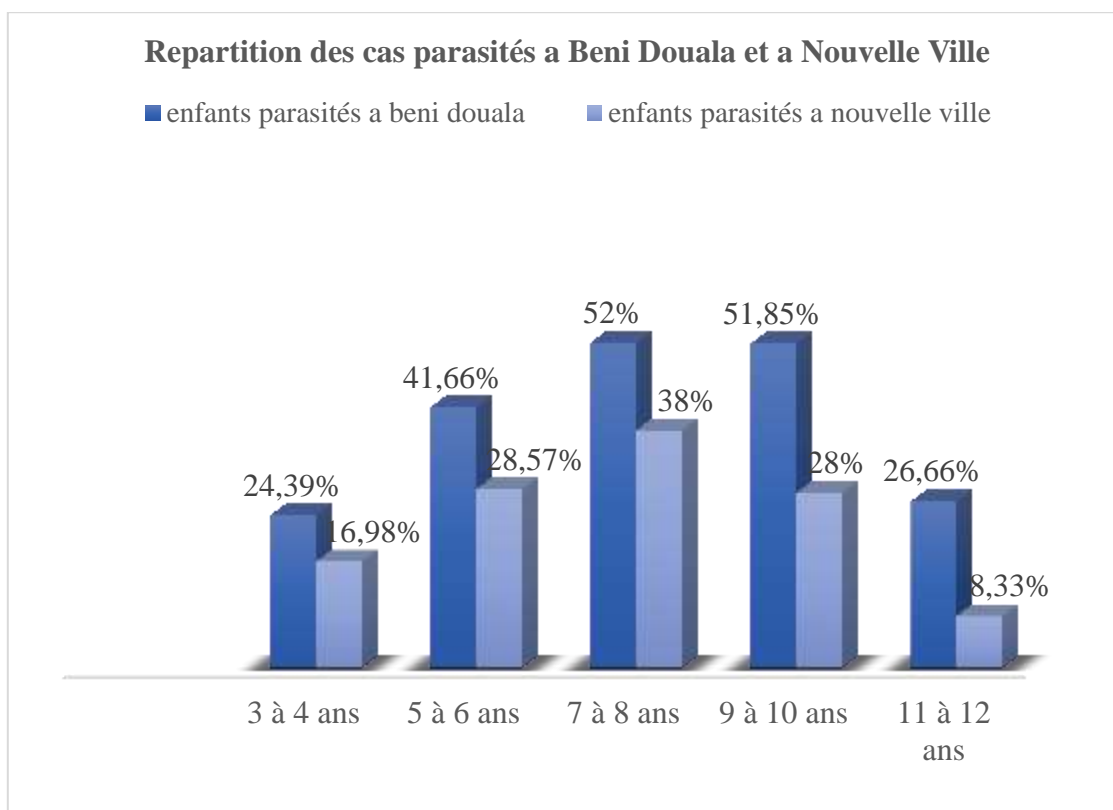


Figure 14 : Répartition des cas parasités à Beni Douala et a Nouvelle Ville.

III.6-Prévalence de l'infestation selon le sexe des enfants

Le tableau suivant présente la répartition des cas d'infestation selon le sexe des enfants examinés.

Tableau 6 : Répartition de l'oxyurose selon le sexe.

Sexe	Négatif	Positif	Total	Taux
Fille	100	35	135	25,92%
Garçon	82	47	129	36,43%
Total	182	82	264	31,06%

Sur les 135filles examinées, 35 ont présentées des oxyures soit un taux de 25,92%.

Les garçons quant à eux, sur les 129 tests traités, 47 étaient positifs soit un taux de 36,43% (figure 15).

Bien que les garçons présentent un taux de positivité plus élevé que les filles, la différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,087$).

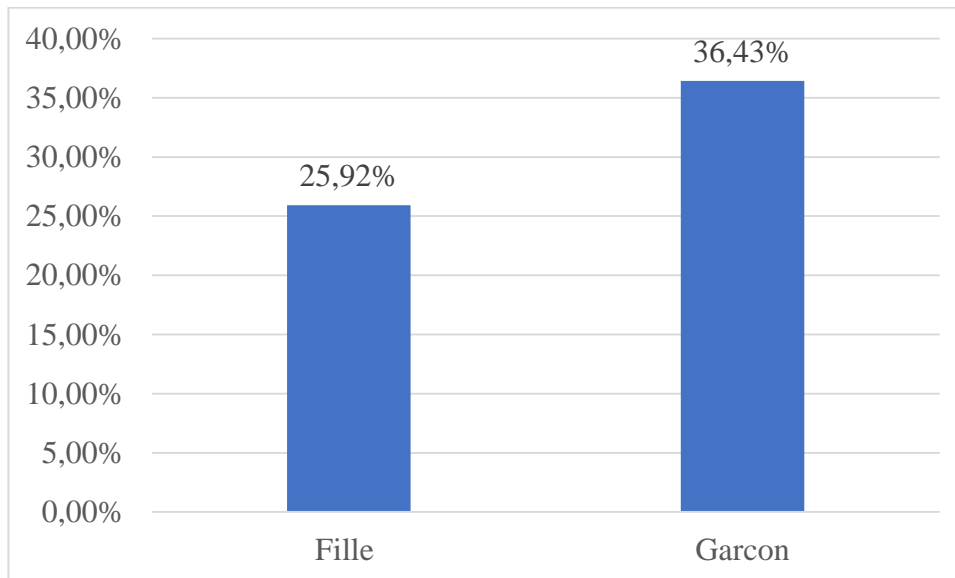


Figure 15 : Prévalence de l'oxyurose selon le sexe des enfants

III.7-Incidence des ongles non coupés sur la prévalence de l'oxyurose

Le tableau ci-dessous montre la relation entre l'état des ongles des enfants et la présence d'infestation par *Enterobius vermicularis*.

Tableau 7 : Incidence des ongles non coupés avec la prévalence de l'oxyurose.

	Négatif	Positif	Taux
Ongles coupés	174	26	13,00%
Ongles non coupés	8	56	87,50%
Total	182	82	31,10%

La prévalence de l'oxyurose des enfants dont les ongles ne sont pas coupés est de 87,50%, alors qu'elle n'est que de 13,00 % chez les enfants dont les ongles sont coupés (Figure 16), cette différence est extrêmement significative ($p < 0,001$).

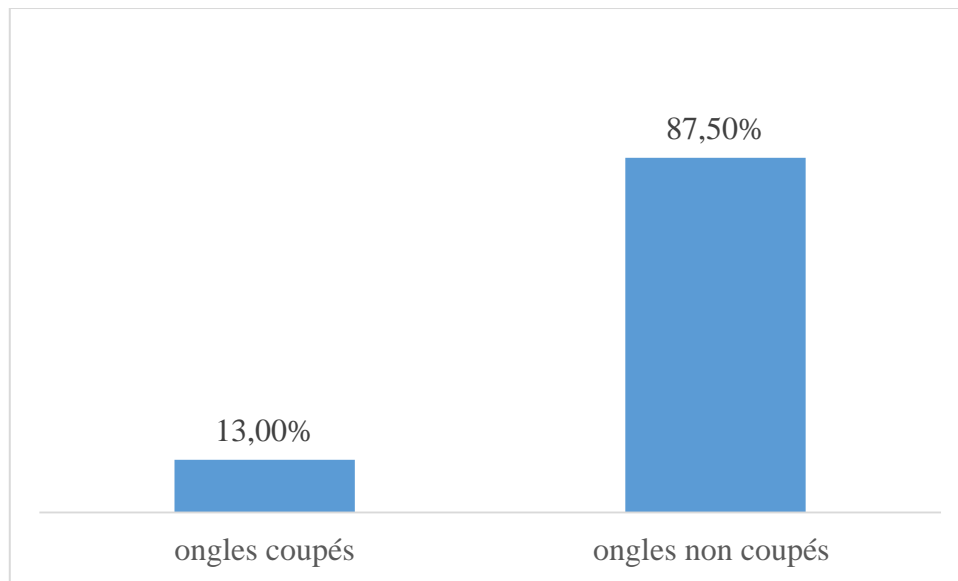


Figure 16 : Incidence des ongles coupés sur la prévalence de la parasitose

III.8-Présence d'oxyure chez la fraterie

Le tableau ci-dessous présente la répartition des cas d'infestation en fonction de la présence ou non d'oxyurose chez les membres de la fraterie.

Tableau 8 : Répartition de l'infestation par oxyurose selon la présence de cas dans la fraterie

	Négatif	Positif	Total	Taux
Oui	151	60	211	28,44%
Non	31	22	53	41,51%
Total	182	82	264	31,10%

Parmi les 53 enfants dont la fraterie ne présente pas d'oxyurose, 22 sont positifs, soit un taux de 41,51 %, contre 28,44 % chez les 211 enfants ayant une fraterie infestée (60 positifs) (figure 17).

Cette différence pourrait indiquer que l'infestation chez la fraterie n'est pas systématiquement liée à une infestation individuelle.

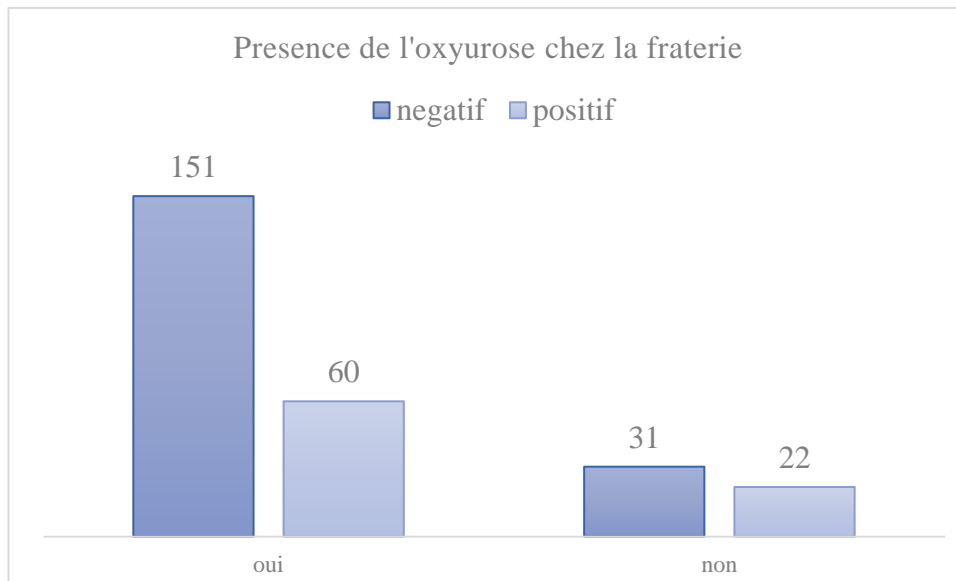


Figure 17 : L'effectif des enfants infestés selon la présence de cas dans la fraterie

III.9-Signes cliniques et prévalence

III.9.1- Douleurs abdominales

Le tableau suivant illustre la répartition des cas d'oxyurose en fonction de la présence ou non de douleurs abdominales.

Tableau 9: Effectifs et pourcentages des douleurs abdominales chez les enfants examinés.

Douleurs abdominales	Négatif	Positif	Total	Taux
Non	160	20	180	11,10%
Oui	22	62	84	73,80%
Total	182	82	264	31,10%

Parmi les enfants présentant des douleurs abdominales, 73,80 % sont infestés par les oxyures, contre 11,10 % pour ceux ne présentant pas de douleurs abdominales (figure 18).

La différence est très significative ($p < 0,01$).

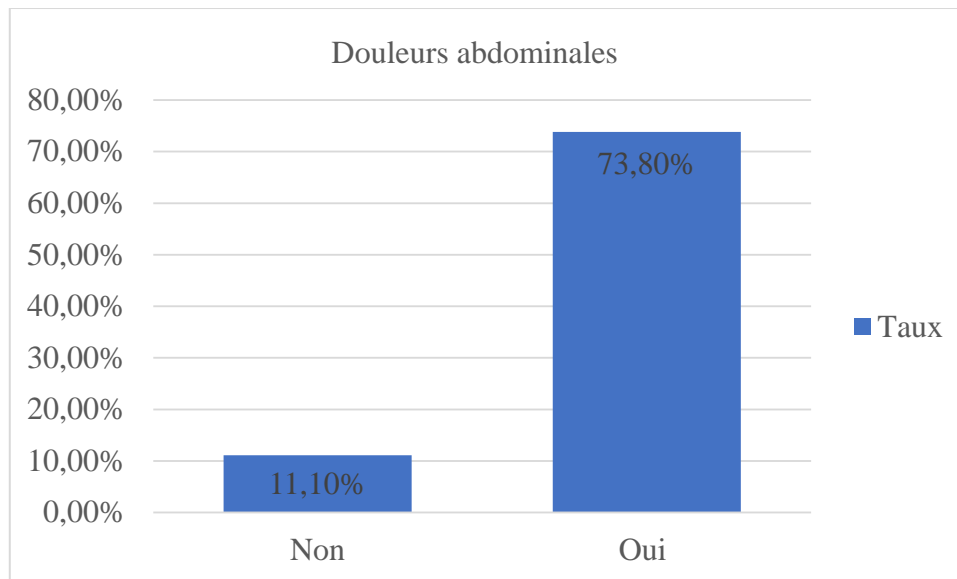


Figure 18 : Prévalence des douleurs abdominales chez les enfants examinés.

III.9.2-Prurit anal

Le tableau suivant présente la distribution des cas positifs et négatifs en fonction de la présence ou non de prurit anal

Tableau 10 : Effectif et pourcentage de présence ou l'absence du prurit anal chez les enfants examinés.

Prurit anal	Négatif	Positif	Total	Taux
Non	145	08	153	5,22%
Oui	37	74	111	66,66%
Total	182	82	264	31,10%

Sur les 111 enfants présentant le prurit anal ,74 sont porteurs d'oxyurose soit un taux d'environ 66,66%, alors que ce taux n'est que 5,22% chez les enfants sans prurit anal (figure 19), la différence est très significative ($p < 0,001$).

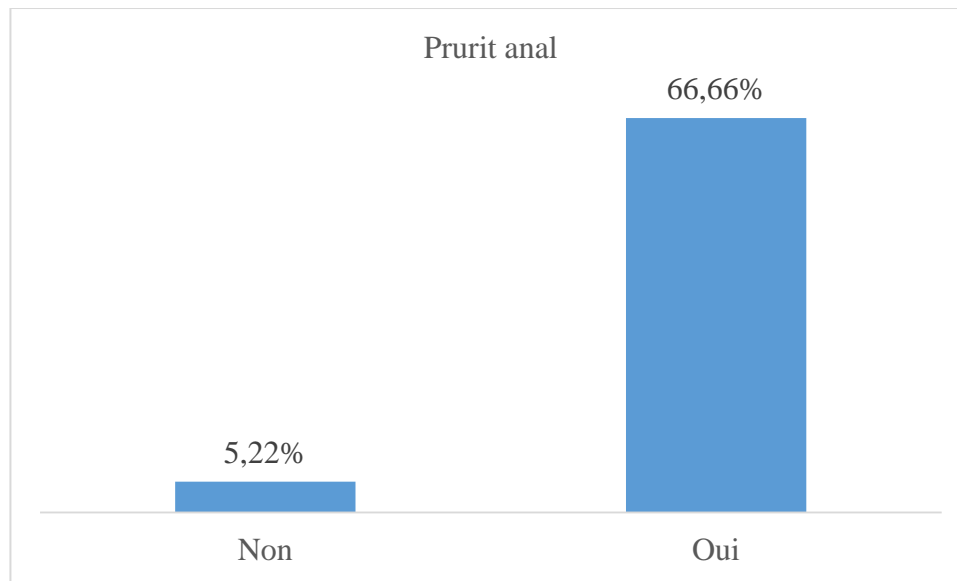


Figure 19 : Prévalence du prurit anal chez les enfants examinés.

III.9.3-Diarrhée

Le tableau suivant montre la répartition des cas d'oxyurose selon la présence ou l'absence de diarrhée.

Tableau 11 : Effectif et pourcentage de la diarrhée chez les enfants examinés.

Diarrhée	Négatif	Positif	total	Taux
Oui	10	40	50	80,00%
Non	172	42	214	19,60%
Total	182	82	264	31,10%

Les enfants souffrants de la diarrhée sont infestés avec un taux de 80,00% contre 19,60% pour ce ne présentant pas ce symptôme (figure 20).

La différence est significative ($p < 0,001$).

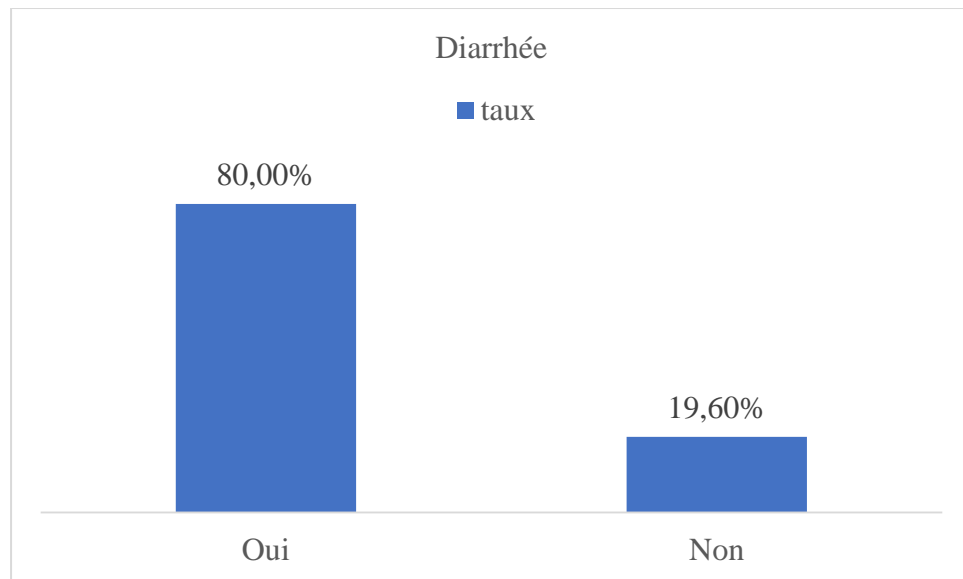


Figure 20 : Prévalence de la présence et l'absence de la diarrhée chez les enfants examinés.

III.9.4-Amaigrissement et perte d'appétit

Le tableau suivant illustre la répartition des cas d'oxyurose en fonction de la présence ou non d'amaigrissement et de perte d'appétit chez les enfants examinés.

Tableau 12 : Effectif et pourcentage des patients qui souffrent d'amaigrissement et de perte d'appétit.

Amaigrissement et perte d'appétit	Positif	Négatif	Total	Taux
Oui	35	10	45	77,80%
Non	47	172	219	21,50%
Total	82	182	264	31,10%

Parmi les personnes présentant un amaigrissement et une perte d'appétit, 77,8 % étaient positives, contre seulement 21,5 % chez celles sans ces symptômes (figure 21).

La différence est significative ($p < 0,001$).

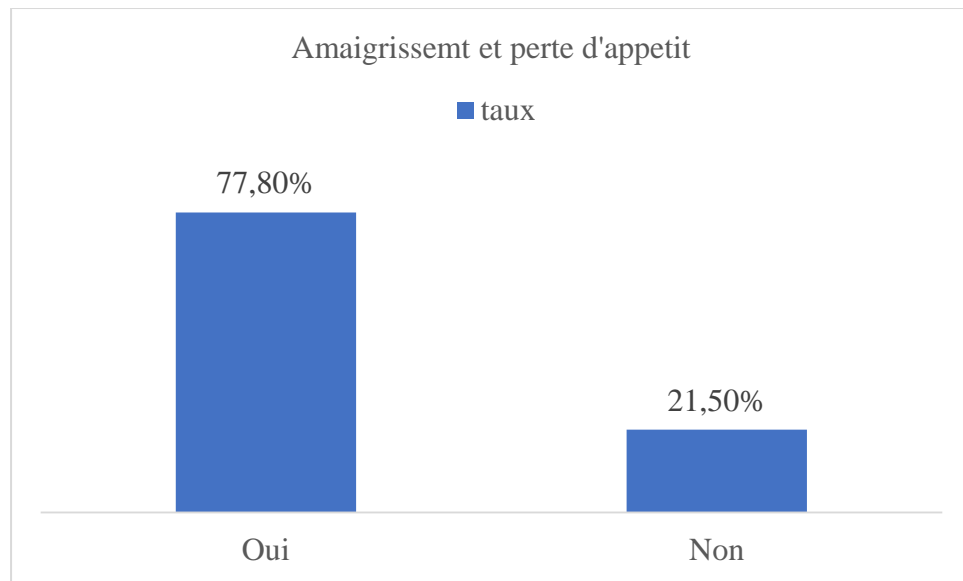


Figure 21 : Prévalence des patients qui souffrent d'amaigrissement et de perte d'appétit.

III.9.5-Signes nerveux

Ce tableau représente la répartition des cas d'oxyurose selon la présence ou non de signes nerveux chez les enfants examinés.

Tableau 13 : Effectif et pourcentage des patients qui ont des signes nerveux et qui sont indemnes.

Signes nerveux	Négatif	Positif	Total	Taux
Non	165	53	218	24,30%
Oui	17	29	46	63,00%
Total	182	82	264	31,10%

Sur 46 enfants présentant des signes nerveux, 29 sont infestés par les oxyures (63,00%) ; et 17 sont indemnes, et chez les 218 enfants qui ne présentent pas des signes nerveux 53 d'entre eux sont positifs (24,30%) (Figure 22).

La différence est très significative ($p < 0,001$).

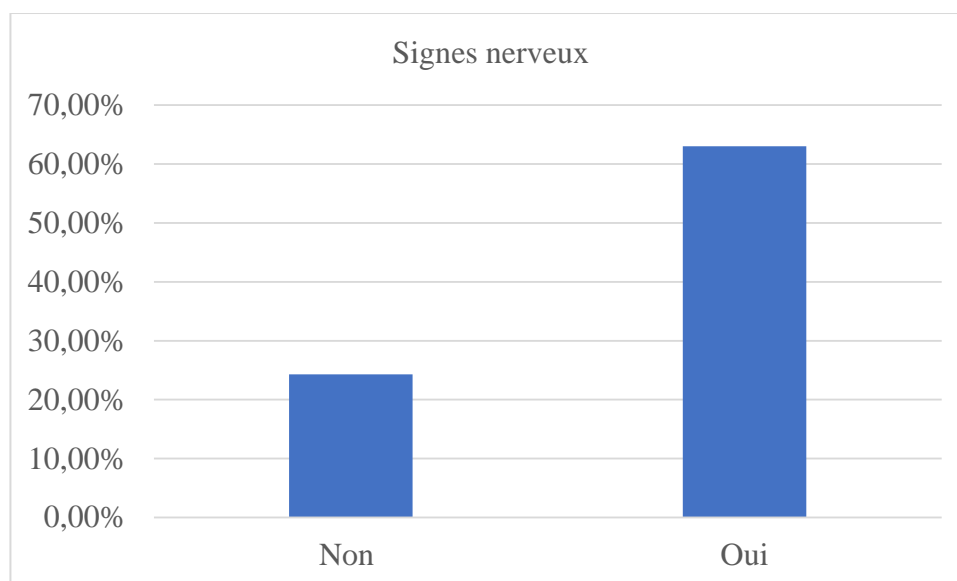


Figure22 : Prévalence des signes nerveux chez les enfants parasités et qui sont indemnes.

III.9.6-Vulvo-vaginite

Ce tableau montre le nombre de cas de vulvo-vaginite chez les filles parasitées et non parasitées.

Tableau 14 : Effectif et pourcentage de vulvo vaginite chez les fillettes parasitées et non parasitées.

Vulvo-vaginite	Positif	Taux +	Négatif	Taux -	Total
Oui	20	66,70%	10	33,30%	30
Non	15	13,60%	90	86,40%	105
Total	35	25,90%	100	74,10%	135

Sur 135 fillettes examinées, 35 étaient infestées par le parasite, soit une prévalence globale de 25,9 %. Parmi les 30 patientes présentant une vulvo-vaginite, 20 étaient parasitées, soit un taux de 66,7 %. En revanche, sur les 105 filles indemnes de vulvo-vaginite, seulement 15 étaient parasitées, correspondant à une prévalence de 13,6 % (figure 23).

La différence de prévalence de l'oxyurose entre les filles présentant une vulvo-vaginite et celles ne présentant pas ce symptôme est hautement significative ($p < 0,001$).

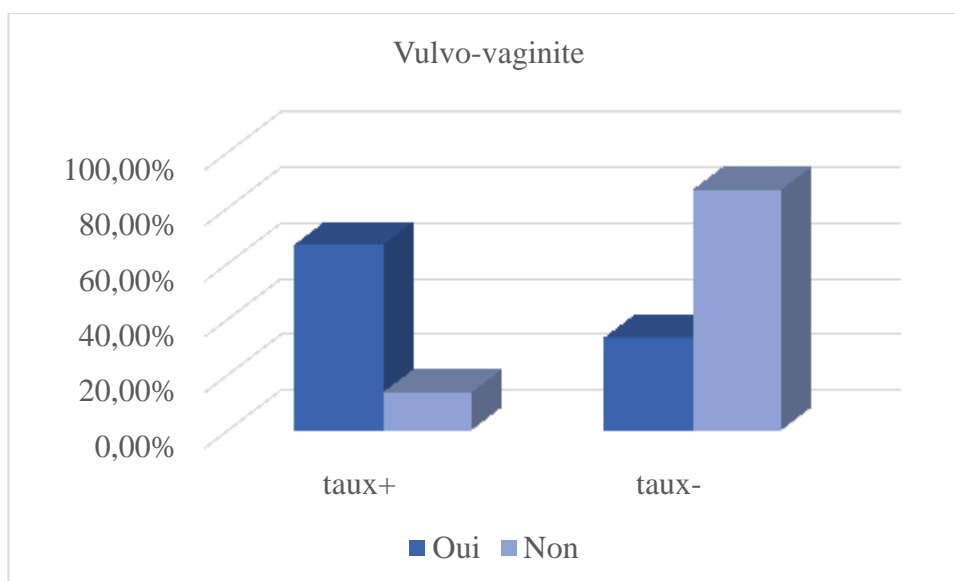


Figure 23 : Prévalence de la présence de vulvo vaginite chez les infestant et les indemnes.

III.9.7-Observation des petits vers blanc

Ce tableau montre la répartition des cas en fonction de l'observation des vers blancs chez les enfants examinés

Tableau 15: Effectif et pourcentage de l'observation des petits vers blanc chez les enfants examinés.

Observation des vers blanc	Négatif	Positif	Total	Taux
Non	170	23	193	17,40%
Oui	12	59	71	68,30%
Total	182	82	264	31,10%

Parmi ceux n'ayant pas observé de vers blancs, 17,40% sont positifs, tandis que parmi ceux ayant observé des vers blancs, 68,30% sont positifs (figure 24).

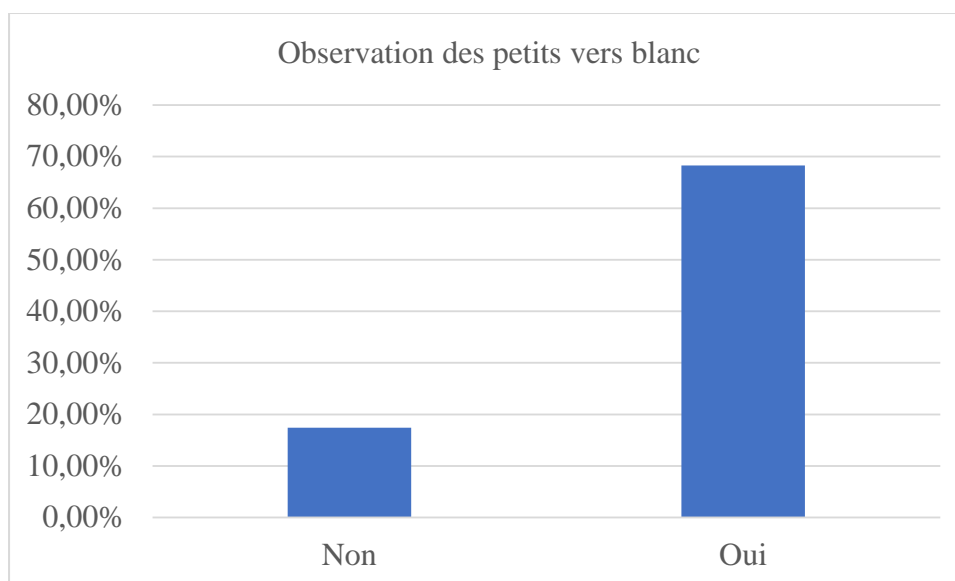


Figure 24 : Prévalence de l'observation des petits vers blanc chez les examinés.

III.9.8-Lésions de grattage

Ce tableau présente la répartition des cas selon la présence ou l'absence de lésions de grattage chez les enfants examinés

Tableau 16 : Effectif et pourcentage de présence des lésions de grattage chez les enfants examinés.

Lésions de grattage	Négatif	Positif	Total	Taux
Non	150	39	189	20,63%
Oui	32	43	75	57,33%
Total	182	82	264	31,10%

Parmi les 75 enfants présentant des lésions de grattage, 43 sont infestés par les oxyures, soit un taux de 57,33 %, contre 20,63 % chez les 189 enfants sans lésions (39 positifs) (figure 25).

La différence est très significative.

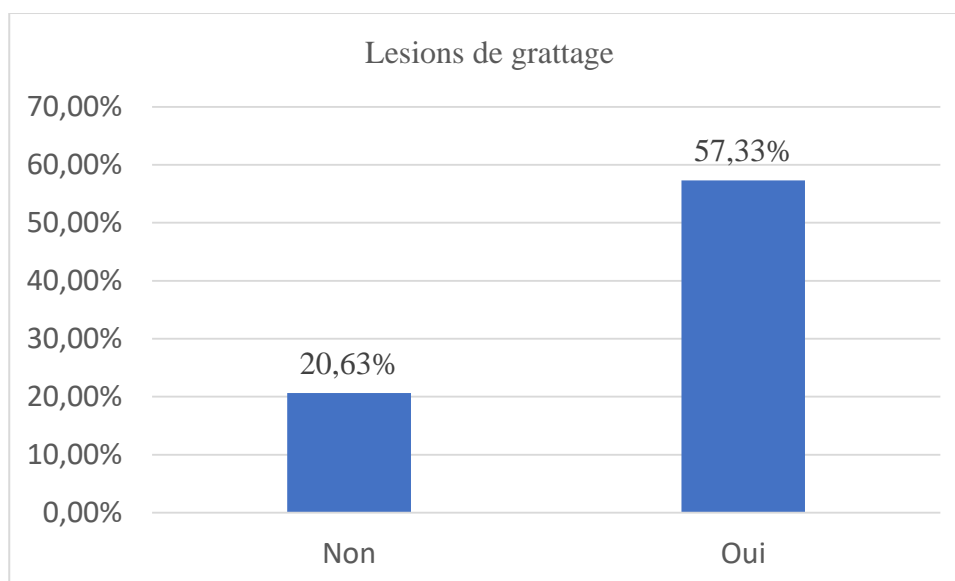


Figure 25 : Prévalence de présence des lésions de grattage.

III.10-Scotch-test anal positif et symptômes associés

Le tableau suivant présente la répartition des différents symptômes observés chez les enfants positifs à l'oxyurose

Tableau 17 : Nombre des cas symptomatique à chaque symptôme associé avec l'oxyurose.

Symptômes	Oui	Non	Total	Taux+
Douleurs abdominales	62	20	82	75,61%
Prurit anal	74	8	82	90,24%
Diarrhée	40	42	82	48,78%
Amaigrissement	35	47	82	42,68%
Signes nerveux	46	36	82	56,10%
Vulvo vaginite	26	9	35	74,29%
Observation des vers	59	23	82	71,95%
Lésions de grattage	42	40	82	51,22%

Parmi les symptômes associés à l'infestation par les oxyures, le prurit anal est de loin le plus fréquent, observé chez 90,24% des enfants. L'observation des vers a également été rapportée chez 71,95% des cas, tandis que les douleurs abdominales sont présentes chez 75,61% des enfants. Les symptômes tels que la diarrhée, les signes nerveux et l'amaigrissement touchent environ 50% des enfants, et les lésions de grattage sont retrouvées chez 51,22% des cas. Enfin, la vulvo-vaginite concerne 74,29% des filles (figure 26).

Ces résultats montrent des variations importantes dans la fréquence des symptômes, et l'analyse statistique met en évidence une différence hautement significative ($p < 0,001$).

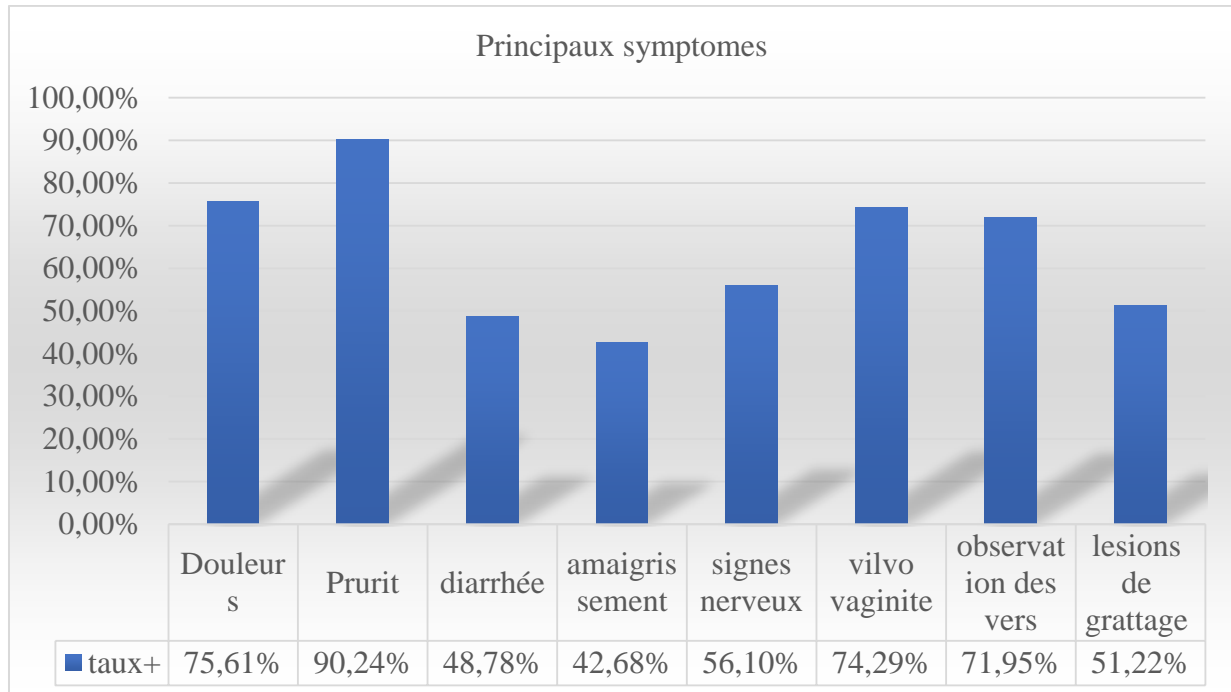


Figure 26 : Distribution des principaux symptômes associés; chez les patients parasités par les oxyures.

CHAPITRE IV
DISCUSSIONS

Discussion :

L'étude a été menée dans deux zones différentes de la wilaya de Tizi-Ouzou, à savoir Béni Douala (milieu rural) et Nouvelle Ville (milieu urbain), dans le but d'estimer la prévalence de l'oxyurose chez les enfants en âge scolaire.

Au total, 264 enfants ont été examinés à l'aide de la méthode du scotch-test anal, dont 82 se sont révélés positifs, soit une prévalence de 31,1 %.

IV.1-Prévalence totale de l'oxyurose

La présente étude, réalisée en 2025, s'inscrit dans une série d'analyses menées entre 2015 et 2025 dans la wilaya de Tizi-Ouzou, permettant de suivre l'évolution de l'oxyurose chez l'enfant. On observe une fluctuation notable de la prévalence : 22,89 % en 2015 (AOUAR et ZENNIA), chute à 6,25 % en 2017 (BERRAOUI et SAIDI), remonte à 31,9 % en 2023 (AKRICHE et STAMBOULI), pour atteindre 31,1 % dans cette étude. Cette tendance reflète des variations dans la sensibilisation, le suivi sanitaire, mais aussi une possible recrudescence liée à des facteurs socio-économiques et environnementaux, notamment après la pandémie de COVID-19, qui a pu entraîner un relâchement des mesures d'hygiène et de prévention.

Le taux de 31,1 % observé est proche de celui rapporté par AKRICHE et STAMBOULI (2023) à Tizi-Ouzou (32 %), mais nettement supérieur à ceux relevés par DANGAR(2019) dans les localités de Tadmait et Boukhalfa (13 %), et par BERRAOUI et SAIDI (2017) à Ouacif et Nouvelle Ville (6,25 %).

Au niveau national, ce taux dépasse la prévalence rapportée par SLATNIA (2020) à Biskra (16 %), et reste bien au-dessus du 2,84 % observé par BENOUIS et al. (2013) à Oran, obtenu par examen parasitologique des selles, une méthode moins sensible pour détecter *Enterobius vermicularis*.

Dans le Maghreb, des auteurs marocains tels que DAOUDI (1980), LACHHEB (1985) et LACHGER (1994) ont relevé des prévalences respectives de 38,6 %, 50,6 % et 35 %, proches ou supérieures à celle de cette étude.

En Tunisie, BOURABTINE (2000) a observé une prévalence plus faible (10,3 %), de même qu'en Chine où CHEN (2013) a rapporté un taux de 17,8 %. Ces différences peuvent s'expliquer par des facteurs environnementaux, socio-économiques et les techniques diagnostiques utilisées.

Cette évolution et ces comparaisons soulignent la persistance et la circulation active de l'oxyurose dans la région, ainsi que l'importance d'améliorer la sensibilisation, le suivi sanitaire et l'hygiène, en particulier après la période de relâchement liée à la pandémie.

IV.2-Prévalence de l'oxyurose selon le milieu d'étude

Cette étude montre une différence notable entre les deux milieux : 38,63 % à Béni Douala (rural) contre 23,48 % à Nouvelle Ville (urbain). Cette tendance, cohérente avec les travaux d'AKRICHE et STAMBOULI (2023) et BERRAOUI et SAIDI (2017), s'explique par des conditions sanitaires plus précaires, une promiscuité accrue et une moindre rigueur d'hygiène en milieu rural. AKRICHE et STAMBOULI (2023) avaient relevé des taux proches sans différence significative, tandis que BERRAOUI et SAIDI (2017) avaient noté un écart plus faible, soulignant l'impact du contexte socio-économique sur la transmission.

IV.3-Prévalence de l'oxyurose selon le type de l'établissement

L'étude réalisée dans deux crèches et deux écoles primaires a révélé une prévalence de 28,57 % dans les crèches et 32,89 % dans les écoles, différence non significative. Cela concorde avec la littérature, indiquant que le mode de transmission (contact direct, auto-infestation, objets contaminés) reste le même quel que soit le type d'établissement.

IV.4-Répartition de l'oxyurose selon l'âge

En ce qui concerne l'âge, bien que toutes les tranches soient concernées par l'oxyurose, l'analyse statistique n'a révélé aucune différence significative entre elles. Toutefois, une tendance montre une augmentation progressive de la prévalence jusqu'à l'âge de 8 ans, puis une diminution au-delà. Ce profil épidémiologique rejoint celui rapporté par COOK(1994), qui souligne que la tranche d'âge la plus exposée se situe généralement entre 5 et 10 ans, période marquée par une socialisation accrue et des comportements favorisant la transmission du parasite. De même, CHEN *et al.* (2013), dans une étude menée en Chine ont observé une prévalence plus élevée dans les tranches d'âge comprises entre 5 et 9 ans, confirmant que cette période de l'enfance représente un moment clé dans la dynamique de transmission d'*Enterobius vermicularis*.

IV.5-Prévalence de la parasitose selon le sexe

Concernant le sexe, les résultats obtenus dans cette étude montrent que les garçons présentent un taux de positivité de 36,43 %, contre 25,92 % chez les filles. Bien que les garçons semblent légèrement plus touchés que les filles, cette différence n'est pas statistiquement significative, ce qui suggère que le sexe ne constitue pas un facteur déterminant dans la transmission de l'oxyurose. Ces résultats sont en accord avec ceux rapportés par AFTISSE et BOUDJEMA en 2014, qui ont également observé une différence

entre les sexes sans lien significatif, les garçons étant légèrement moins touchés avec une prévalence de 45,16 % (AFTISSE et BOUDJEMA, 2014).

IV.6- Lien entre infestation individuelle et présence d'oxyurose dans la fratrie

Dans cette étude, un taux d'infestation plus élevé a été observé chez les enfants dont la fratrie n'était pas infestée (41,51 %), comparé à ceux ayant une fratrie positive (28,44 %). Ce constat rejoint les résultats d'AKRICHE et STAMBOULI (2023), qui suggèrent que l'infestation par *Enterobius vermicularis* dépend davantage du comportement individuel de l'enfant (hygiène personnelle, auto-infestation, grattage) que de la seule présence de cas dans l'entourage familial.

Par ailleurs, certains cas observés dans cette étude renforcent cette idée : chez plusieurs paires de jumeaux ou de jumelles, un seul enfant était parasité tandis que l'autre ne l'était pas. Des situations similaires ont été relevées au sein de fratries, où l'un des enfants était porteur du parasite alors que ses frères ou sœurs ne l'étaient pas. Ces résultats soulignent l'importance d'une approche préventive centrée sur l'hygiène individuelle, même en l'absence de cas déclarés dans le foyer.

IV.7-Analyse des facteurs de risque

L'hygiène joue un rôle crucial : 87,5 % des enfants aux ongles longs étaient infestés en 2025, chiffre proche des 84,3 % rapportés en 2023 (AKRICHE et STAMBOULI). Les ongles longs favorisent la transmission manuportée. La réinfestation fréquente (80 % en 2017, BERRAOUI et SAIDI) révèle un suivi insuffisant du traitement et une mauvaise observance des mesures prophylactiques, notamment en matière d'hygiène corporelle et de nettoyage de la literie.

IV.8-Analyse des symptômes

Dans cette étude, le prurit anal est le symptôme le plus fréquent, touchant 90,24 % des enfants infestés, lié à la migration nocturne des femelles *Enterobius vermicularis* vers la marge anale pour pondre leurs œufs, provoquant une irritation locale. Ce constat rejoint les observations d'AFTISSE et BOUDJEMA (2014), qui rapportaient un taux de 47 % de prurit anal, soulignant son caractère typique.

Les douleurs abdominales sont présentes chez 75,61 % des enfants, en accord avec BOUREE (2018) qui décrit des troubles digestifs discrets mais fréquents lors de l'oxyurose. L'observation visuelle des vers, rapportée par 71,95 % des enfants, constitue un signe clinique important, comme l'indiquent PAMPIGLIONE et RIVASI (2009).

Les signes nerveux, observés chez 56,10 %, résultent de l'inconfort nocturne et du prurit, provoquant troubles du sommeil, fatigue et irritabilité, symptômes bien documentés par COOK (1994). L'amaigrissement, présent dans 42,68 % des cas, peut s'expliquer par un sommeil perturbé ou une mauvaise assimilation, bien que non spécifique, comme le note BOUREE (2018).

Les lésions de grattage, chez 51,22 % des enfants, sont directement liées au prurit intense et peuvent favoriser des surinfections bactériennes, selon KUCIK *et al.* (2004).

Enfin, la vulvo-vaginite a été observée chez 74,29 % des filles, confirmant le rôle possible des oxyures dans les infections génitales, un lien bien établi depuis les travaux de TROISIER et DECHIENS (1930).

CONCLUSION

Conclusion générale

Au terme de cette étude épidémiologique menée en 2025 dans la wilaya de Tizi-Ouzou, il ressort que l'oxyurose demeure une parasitose pédiatrique fréquente et préoccupante, avec une prévalence globale de 31,10 % chez les enfants âgés de 3 à 12 ans. Cette proportion, en cohérence avec certains résultats antérieurs observés au niveau régional et maghrébin, atteste de la persistance de cette endémie dans les milieux scolaires, en particulier dans les zones rurales où les conditions d'hygiène sont souvent moins optimales.

L'analyse détaillée des résultats met en évidence plusieurs facteurs significativement associés à l'infestation. L'âge apparaît comme un déterminant majeur, avec un pic de prévalence observé entre 7 et 10 ans, âge correspondant généralement au cycle primaire, où les comportements d'hygiène sont encore en acquisition. Le milieu de résidence joue également un rôle important, la prévalence étant nettement plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines, probablement en raison de conditions sanitaires plus précaires, d'un encadrement hygiénique parfois insuffisant et d'un accès inégal à l'éducation sanitaire. L'hygiène individuelle, en particulier la négligence de la coupe des ongles, favorise également la transmission par auto-infestation, et confirme le rôle clé des habitudes personnelles dans le maintien du cycle parasitaire. En ce qui concerne le sexe, bien qu'aucune différence significative n'ait été statistiquement démontrée, une légère prédominance chez les garçons a été observée, ce qui pourrait s'expliquer par des différences comportementales.

Sur le plan clinique, les signes les plus fréquemment rapportés sont le prurit anal nocturne, les douleurs abdominales, ainsi que la vulvo-vaginite chez les filles. Toutefois, un nombre non négligeable de cas s'est avéré asymptomatique, soulignant ainsi la limite du dépistage basé uniquement sur les manifestations cliniques. Cela renforce l'intérêt de méthodes de diagnostic simples et efficaces comme le scotch-test, qui doit être davantage intégré dans les stratégies de dépistage en milieu scolaire.

Les résultats obtenus traduisent non seulement une réalité épidémiologique persistante, mais révèlent également les insuffisances des dispositifs de prévention actuels. L'absence de dépistage systématique, le manque de programmes d'éducation sanitaire ciblés, ainsi que le relâchement des pratiques d'hygiène dans le contexte post-COVID-19 constituent des obstacles majeurs à la lutte contre l'oxyurose. Cette étude met donc en évidence la nécessité de renforcer les campagnes de sensibilisation, notamment en milieu scolaire, d'institutionnaliser le dépistage régulier, et de promouvoir activement les bonnes pratiques d'hygiène au sein des familles.

En définitive, ce travail confirme que l'oxyurose, bien que souvent considérée comme bénigne, reste un marqueur pertinent de la santé publique infantile. Sa persistance, même à l'ère des progrès médicaux et éducatifs, doit interpeller les professionnels de santé, les institutions scolaires et les parents. Une réponse intégrée, fondée sur la prévention, le dépistage, le traitement et l'éducation sanitaire, s'impose comme un levier essentiel pour réduire durablement sa prévalence et préserver le bien-être, la santé et la réussite scolaire des enfants dans la région.

ANNEXE

Annexe 1 : fiche de renseignement

FICHE DE RENSEIGNEMENT

(Mémoire de fin d'étude Master 2 Parasitologie).

L'oxyurose est une parasitose fréquente chez les enfants due un a petit vers blanc de 0.5 à 1 cm de long et qui provoque principalement un prurit anal. C'est une maladie bénigne très contagieuse et qui se traite facilement par les vermifuges.

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :

N° de téléphone d'un des parents :

Cocher la bonne réponse :

1	Douleurs abdominales	oui	non
2	prurit anal	oui	non
3	Diarrhée	oui	non
4	Amaigrissement et perte d'appétit	oui	non
5	Sommeil agité	oui	non
6	Irritabilité et un changement de comportement	oui	non
7	des démangeaisons ou une inflammation de l'appareil génital	oui	non
8	avez-vous remarquez des petits vers blancs au niveau des selles ou de la marge anale	oui	non
9	lésions de grattage autour de l'anus	oui	non
10	y a-t-il des cas d'oxyurose chez les frères et sœurs	oui	non
	y a-t-il des cas d'oxyurose dans l'entourage	oui	non
	avez-vous l'habitude de couper régulièrement les ongles de votre enfant	oui	non

■ FORMULAIRE D'INFORMATION AUX PARENTS : COMMENT RÉALISER LE SCOTCH-TEST ?

Chers parents,

Dans le cadre de mon projet de fin d'études en parasitologie, j'étudie la détection des oxyures chez les jeunes enfants. Je vous propose de réaliser un Scotch-Test, une méthode simple et indolore, dont l'analyse en laboratoire aidera à mieux comprendre cette infection et à améliorer la prévention.

Merci pour votre participation

✂ Instructions pour réaliser le Scotch-Test

✦ Matériel nécessaire

- ✓ Un morceau de ruban adhésif transparent (type ruban de bureau)
- ✓ Une lame de microscope
- ✓ Une enveloppe propre pour le transport
- ✓ Des gants jetables (optionnel mais recommandé)

📌 Étapes du test

🕒 Quand faire le test ?

- Le matin, au réveil, avant que l'enfant n'aille aux toilettes ou ne se lave.
- Ne pas nettoyer la zone anale avant de réaliser le test.

🔧 Comment procéder ?

- Découpez un morceau de ruban adhésif d'environ 4 à 5 cm de long.
- Appliquez délicatement le ruban adhésif sur la peau autour de l'anus de votre enfant, en pressant légèrement pendant quelques secondes.
- Retirez doucement le ruban adhésif et collez-le immédiatement sur une lame de microscope ou sur une surface propre en évitant les bulles d'air.
- Placez la lame ou la bande adhésive dans une enveloppe propre et conservez-la à température ambiante jusqu'à son dépôt au laboratoire.



RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUE

Références bibliographique

- AFTISSE, L. et BOUDJEMA, M., 2014.** L'oxyurose en milieu scolaire, rural et urbain. Mémoire de fin d'études. Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, 35 p.
- AKRICHE Z. et STAMBOULI A. 2023.** Oxyurose infantile dans la région de Tizi-Ouzou. Mémoire de Master, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou, 47 p.
- ANOFEL B., 2014.** Parasitologie médicale. Généralité définition. UMVF, Paris, 16p.
- ANOFEL, 2005.** 2^e cycle des études médicales : Enseignement de parasitologie et mycologie. 1^{re} éd. Paris : Elsevier Masson, 190 p.
- BENOUIS A., BEKKOUCH Z. et BENMANSOUR Z. 2013.** Étude épidémiologique des parasitoses intestinales humaines au niveau du C.H.U. d'Oran (Algérie). International Journal of Innovation and Applied Studies, 2(4) : 613-620.
- BERRAOUI T. et SAIDI M. 2017.** Les oxyuroses chez les enfants en milieu scolaire dans la Wilaya de Tizi-Ouzou. Mémoire de Master, Université Mouloud Mammeri, Tizi-Ouzou, 43 p.
- BONIJOL, P. et VIDAL, B., 2012.** Parasitoses internes. Lyon : ENF3S, Université numérique francophone, 90 p.
- BOURATBINE A., AOUN K. et SIALA E. 2000.** Pour une meilleure estimation de la prévalence du parasitisme intestinal dans la région de Tunisie. Bull. Soc. Pathol. Exot., 93(5) : 353-355.
- BOURÉE P. 1987.** Oxyurose. In : NOZAIS J.P., DATRY A. et DANIS M. (éds), Traité de parasitologie médicale. Éd. Pradel, Paris, 1987.
- BOURÉE P., PLANTIER F. et MITRI R. 2018.** Localisation intra-vulvaire de l'oxyurose. Revue Francophone des Laboratoires, Paris, 2018, pp. 66-68.
- CAUMES J., CHEVALIER B. et KLOTZE F. 2002.** Oxyure et oxyurose. UMC - Pédiatrie ; Maladies infectieuses
- CAUMES, E., BRICAIRE, F., BRUCKER, G., CAROSI, G., LEPORT, C. et KATLAMA, C., 2002.** Oxyures et oxyurose. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Maladies infectieuses, 8-515-A-20 ; Pédiatrie, 4-350-A-10.
- CHEN D., WANG J., ZHU H., ZHU J., ZANG W., QIAN MO, L.M., ZHOU CH., WANG F. et XU L.Q. 2013.** Entérobios : l'état d'infection chez les enfants dans 9 provinces/régions autonomes/municipalités de Chine. Zhongguo Ji Sheng Xue Yu Chong Jishong Bing Za, 31(4) : 251-255.
- COOK, G.C., 1994.** Enterobius vermicularis infection. Gut, 35(9), pp. 1159-1162.
- DAOUDI M. 1980.** Contribution au diagnostic de l'oxyurose chez l'enfant à Rabat. Thèse de doctorat en médecine, Rabat.

- DURANT, F., PINCHART, B. et PELOUX, H., 2005.** Parasitoses digestives : amibiase, ténia, ascaridiose, hydatidose. Corpus Médical, pp. 1-3.
- EBERHARD, M., GABRIELLI, A. et SAVIOLI, L., 2008.** Manuel de contrôle des maladies transmissibles. 19^e éd. CCDM19, 3 p.
- GARCÍA G., SÁNCHEZ T., GARCÍA G. et RAMÍREZ C. 2007.** Comportement du parasitisme intestinal dans la salle infantile Ismaelillo : avril 2005. MULTIMED, 11(2) : tab.
- GRAHAM C.F. 1941.** A device for the diagnosis of Enterobius infection. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, s1-21(1) : 159–161.
- GUILLAUME, V., 2007.** Parasitologie : fiche pratique, biologie médicale pratique. Bruxelles: De Boeck, 183 p.
- HUGARD, L., 2008.** Infectiologie, sida et soins infirmiers. Vol. 1. France : Wolters, 592 p.
- HUGO, J.P. et TOURTE-SCHAEFER, C., 1985.** Étude morphologique des deux oxyures parasites de l'homme : Enterobius vermicularis et E. gregorii. Annales de parasitologie humaine et comparée, 60(1), pp. 57-64.
- KHIATI, M., 2006.** Guide des maladies infectieuses. 3^e éd. Alger : Office des Publications Universitaires, 256 p.
- KUCIK C.J., MARTIN G.L. et SORTOR B.V. 2004.** Common intestinal parasites. American Family Physician, 69(5) : 1161–1168.
- LACHGAR L. 1994.** Oxyurose chez l'enfant hospitalisé à l'Hôpital d'Enfants de Rabat. Thèse de médecine, Rabat, 1994.
- LACHHEB N. 1985.** Intérêt du scotch-test dans le diagnostic de l'oxyurose (à propos d'une enquête menée à l'Hôpital d'Enfants de Rabat). Thèse de médecine, Rabat, 1985.
- LACOSTE, A., 2013.** Sensibilisation à l'oxyurose : enquête auprès des familles et des professionnels de l'officine de la Vienne. Mémoire de fin d'études. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 38 p.
- LANDRY Y. et RIVAL R. 2006.** Dictionnaire pharmaceutique - pharmacologie et chimie des médicaments. Éd. Tec & Doc. Lavoisier, Strasbourg, 921 p.
- LAROUSSE, 1998.** Encyclopédie médicale de la famille : malaria, parasitologie, entomologie. Vientiane (Laos) : Larousse, 23 p.
- LINNAEUS C. 1758.** Systema Naturae, 10^e édition. Laurentii Salvii, Holmiae (Stockholm), 824 p.
- MARIEB N. E. 2005.** Anatomie et physiologie humaine. 6^e édition américaine. Éd. Pearson, Paris, 1288 p.

- MOULINIER C. 2003.** Parasitologie et mycologie médicales. Éléments de morphologie et de biologie. Éd. Lavoisier, Paris, 796 p.
- NDIAYE, A., 2006.** Contribution à l'étude des parasitoses intestinales à l'Institut de pédiatrie sociale de Pikine-Guédiawaye. Thèse pour le doctorat en pharmacie. Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 91 p.
- NOZAIS J.P., DUMAND J. et DOUCET J. 1981.** Évaluation des principales parasitoses intestinales chez 860 enfants ivoiriens provenant de treize villages différents. *Médecine Tropicale*, 41(2) : 181-190.
- O.M.S. 1988.** Importance des parasitoses intestinales en santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 66(1) : 23-24.
- PAMPIGLIONE S. et RIVASI F. 2009.** Enterobiasis in ectopic locations mimicking tumor-like lesions. *International Journal of Microbiology*, 2009: 642481.
- PEBRET F. 2003.** Maladies infectieuses, toutes les pathologies des programmes officiels des études médicales ou paramédicales. Éd. Heures de France, 592 p.
- PHETSOUVANH, R., 2002.** Parasitologie : introduction générale. Centre national de formation.
- PILLY, E., 2016.** Parasitoses digestives : lambliaze, téniasis, ascaridiose, oxyurose, amibiase, hydatidose. In : *Maladies infectieuses et tropicales : ouvrage majeur de médecine*, n° 168, pp. 228-229.
- RIPERT, C., 1998.** Épidémiologie des maladies parasitaires : protozooses et helminthiases, réservoirs, vecteurs et transmission des helminthiases. Bordeaux : Lavoisier, 580 p.
- ROUSSET, J.J., 1993.** Copro-parasitologie pratique : intérêt et méthodologie, notions sur les parasites du tube digestif. Paris : ESTEM / AUPELF, 106 p.
- SLATNIA K. 2020.** Épidémiologie de l'oxyurose dans la wilaya de Biskra. Mémoire de Master en Sciences Exactes et Sciences de la Nature et de la Vie, Université Mohamed Khider, Biskra.
- STEPEK G., BUTTLE D. et DUCE I. 2006.** Human gastrointestinal nematode infections: are new control methods required? *International Journal of Experimental Pathology*, 87(5) : 325-341.
- TREMBLAY D. 2011.** Les oxyures. In vivo doq. *Le bulletin de l'Association de Québec*, vol. 3, 2 p.
- ZEITOUN, P. et LACAINE, F., 2003.** Abord clinique en gastro-entérologie. Paris : Springer, 432 p.

Résumé

L'oxyurose, causée par *Enterobius vermicularis*, est une parasitose intestinale fréquente chez les enfants. Afin d'en évaluer la prévalence et les facteurs associés, une étude a été menée durant trois mois auprès de 264 enfants âgés de 3 à 12 ans, fréquentant des établissements scolaires urbains et ruraux dans la wilaya de Tizi-Ouzou. Le dépistage a été réalisé à l'aide de la technique du scotch-test et d'une fiche de renseignement.

Les résultats révèlent une prévalence de 31,1 %, avec une prédominance chez les enfants âgés de 6 à 8 ans. Le sexe féminin est légèrement plus touché. Le prurit anal est le symptôme le plus courant (90,24 %), suivi de douleurs abdominales et de vulvo-vaginite chez les filles. L'analyse montre un lien entre les cas d'infestation et les conditions d'hygiène ainsi que le cadre de vie.

Cette étude souligne l'importance du dépistage précoce, de l'éducation sanitaire et du renforcement des mesures préventives, en particulier dans les milieux scolaires.

Mots clés : *Enterobius vermicularis*, enfants, scotch test, parasitose intestinale, hygiène, prévalence, Région Tizi-Ouzou.

Abstract

Enterobiasis, caused by *Enterobius vermicularis*, is a common intestinal parasitic infection among children. To assess its prevalence and associated factors, a three-month study was conducted involving 264 children aged 3 to 12 years attending urban and rural schools in the Wilaya of Tizi-Ouzou. Screening was performed using the adhesive tape (scotch) test along with a questionnaire.

The results showed a prevalence rate of 31.1%, with the highest infection rates observed among children aged 6 to 8 years. Females were slightly more affected. Anal itching was the most frequent symptom (90.24%), followed by abdominal pain and vulvovaginitis in girls.

The analysis highlighted a correlation between infestation cases and hygiene practices as well as living environments.

This study emphasizes the importance of early detection, health education, and strengthening preventive measures, especially in school settings.

Keywords: *Enterobius vermicularis*, children, scotch test, intestinal parasitosis, hygiene, prevalence, The region of Tizi-Ouzou.