



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/23131
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/23131>



RESEARCH ARTICLE

APPENDICITE AIGUE ASSOCIEE A UNE OCCLUSION INTESTINALE DUE A UNE ASCARIDIOSE CHEZ L'ENFANT : A PROPOS D'UN CAS

ACUTE APPENDICITIS ASSOCIATED WITH INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO ASCARIASIS IN A CHILD: A CASE REPORT

Zeinebou Haimoudane¹, Mariem Sidatt¹ and Abdellah Mohamed²

1. Service De Pediatrie – Centre Hospitalier Regional – Nouadhibou – Mauritanie.
2. Service De Chirurgie - Centre Hospitalier Regional – Nouadhibou – Mauritanie.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 16 January 2026
Final Accepted: 18 February 2026
Published: March 2026

Key words:-

Ascariasis, child, intestinal obstruction, appendicitis.

Abstract

Introduction: Ascariasis is a common helminthic infection in developing countries, especially among children. Although often benign, it may occasionally lead to severe complications such as intestinal obstruction and acute appendicitis. We report an unusual case of a child presenting with both conditions due to massive intestinal infestation by *Ascaris lumbricoides*.

Case Report: A 15-year-old boy was admitted with right iliac fossa pain, cessation of stool and gas, and persistent vomiting, during which he expelled an adult *Ascaris* worm. Physical examination revealed localized guarding in the right iliac fossa. Routine laboratory investigations were unremarkable. Emergency surgical exploration revealed intestinal obstruction caused by more than 50 *Ascaris* worms in the small intestine, as well as acute appendicitis due to luminal obstruction by a large worm. Surgical removal of the worms, appendectomy, and peritoneal lavage were performed, followed by antihelminthic and antibiotic therapy. The postoperative course was favorable, with complete recovery and no recurrence after one year of follow-up.

Conclusion: This case highlights that ascariasis, despite its usually simple treatment, may lead to serious surgical complications if left untreated. Prevention relies on regular deworming, improved hygiene, and health education, particularly in pediatric populations.

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Introduction:-

L'ascaridiose est une parasitose humaine provoquée par un nematode, *Ascaris lumbricoides*. Elle constitue probablement la première helminthiase décrite chez l'homme et reste, à ce jour, la parasitose intestinale la plus fréquente dans le monde, touchant l'être humain dès le plus jeune âge [1,2]. Dans les régions de forte endémicité, où le polyparasitisme est fréquent, l'infestation chronique peut contribuer à la malnutrition chez l'enfant. La morbidité,

parfois severe, ainsi que la mortalite des formes graves, sont principalement liees aux occlusions intestinales et à la migration des vers adultes vers les voies biliaires et pancreatiques [3,4]. Nous rapportons ici le cas d'une appendicite aiguë associee à une occlusion intestinale, toutes deux secondaires à une invasion massive de l'intestin grêle par un enchevêtrement de vers d'ascaris.

Observation:-

un garçon de 15 ans sans antecedents medicaux particuliers, a ete hospitalise pour des douleurs intenses de la fosse iliaque droite evoluant depuis deux jours, associees à un arrêt complet des matieres et des gaz, ainsi qu'à des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux fonces. À son arrivee à l'hôpital, il a expulse un ver d'ascaris. L'examen clinique a retrouve un enfant asthenique, apyretique, hemodynamiquement stable, avec un poids et une taille inferieurs de deux deviations standards par rapport à la normale. L'abdomen presentait une defense marquee au niveau de la fosse iliaque droite, ainsi qu'un leger psoïtis. Les examens paracliniques disponibles etaient sans anomalies notables. L'abdomen sans preparation (ASP) etait normal. La numeration formule sanguine (NFS) montrait des leucocytes à 5600 elements/mm³ avec une neutropenie moderee (PNN : 1450/mm³), des lymphocytes à 3560/mm³ et des eosinophiles à 360/mm³. L'hemoglobine etait à 11,8 g/dl et la CRP à 6 mg/l. Une echographie abdominale n'a pu être realisee en raison de l'absence de radiologue dans notre centre ce jour-là, et du refus de la famille d'un transfert vers la capitale. Devant le tableau clinique, le diagnostic d'appendicite aiguë a ete retenu par le chirurgien sollicite en urgence.

L'intervention chirurgicale, realisee par une incision de Mac Burney elargie, a permis de mettre en evidence une obstruction de la lumiere appendiculaire par un gros ver d'ascaris. L'exploration digestive proximale a revele une occlusion intestinale secondaire à une invasion massive du grêle distal par plus de 50 vers d'ascaris. Le geste chirurgical a consiste en une extraction des parasites (voir photos 1, 2 et 3), une appendicectomie et un lavage peritoneal local. La seule complication observee en post-operatoire immediat a ete une hypotension arterielle, corrigee rapidement par remplissage avec du serum physiologique. L'enfant a ensuite recupere normalement, dans les delais habituels. Une antibiotherapie intraveineuse à large spectre (Cefotaxime, Gentamicine, Metronidazole) a ete administree, associee à un traitement antihelminthique (Albendazole) dès la reprise de l'alimentation. Un ver d'ascaris a ete vomi quelques heures après l'intervention, sans recidive des vomissements ni apparition d'autres symptomes digestifs ou extra-digestifs. Un traitement antiparasitaire de consolidation, associe à une supplementation vitaminique et des conseils hygieno-dietetiques, a ete instaure. L'evolution clinique a ete favorable, avec une disparition complete des symptomes et une reprise correcte de l'appetit et de la croissance. Le suivi à plus d'un an a confirme la guerison sans complications.



Image 1 : Image per-operatoires montrant l'extraction des vers d'ascaris



Image 2 : image per-operatoires montrant un bol rempli par les vers d'ascaris



Image 3: Image per-operatoires montrant la totalite des vers d'ascaris extraits

Discussion:-

-L'ascaridiose est une affection cosmopolite qui sevit essentiellement sous forme endemique dans les regions du tiers-monde, en particulier dans les pays tropicaux et subtropicaux en developpement, où divers facteurs favorisent sa transmission : chaleur, humidite, peril fecal, avec des infestations massives frequentes chez l'enfant [2,5]. Le ver *Ascaris lumbricoides* est un nematode ubiquitaire mesurant en moyenne de 12 à 30 cm, vivant dans l'intestin grêle, principalement le jejunum. La femelle fecondee pond des œufs qui sont elimines avec les selles. L'hôte definitif s'infeste en ingerant des œufs embryonnes presents dans de l'eau contaminee, des legumes souilles, des aliments ou

de la terre. La geophagie constitue le principal mode de contamination chez les jeunes enfants dans les zones d'endemie. Les œufs ingérés éclosent dans l'estomac, puis les larves suivent un cycle complexe dans l'organisme, pour atteindre leur stade adulte dans le jejunum en deux mois. Cependant, ces vers sont très migrateurs et peuvent se retrouver dans divers viscères. Un climat chaud et humide favorise la maturation et la persistance des œufs. Une prédisposition génétique individuelle à l'ascaridiose a également été évoquée, en plus des facteurs climatiques et socio-économiques [2]. Lors de la phase d'invasion, le passage pulmonaire des larves peut entraîner une réaction infiltrative, responsable d'un syndrome de Löffler. À la phase d'état, les symptômes sont liés à la présence des vers adultes dans l'intestin, se manifestant par des troubles digestifs (douleurs abdominales, nausées, diarrhée, vomissements) [2].

Plusieurs complications chirurgicales sont possibles : cholecystite aiguë parfois compliquée d'angiocholite, pancréatite par migration biliaire, appendicite aiguë, syndrome occlusif ou invagination intestinale par infestation massive, pouvant entraîner une péritonite par perforation digestive [6-8]. L'occlusion intestinale est la complication chirurgicale pédiatrique la plus fréquente, résultant de l'enchevêtrement de vers adultes obstruant la lumière intestinale ou du volvulus d'une anse surchargée de vers, comme dans le cas de notre patient. Elle peut également être provoquée par une invagination intestinale aiguë ou un étranglement herniaire d'une anse habitée par des ascaris. En cas d'occlusion prolongée, une gangrène intestinale peut survenir avec risque de perforation, complication la plus grave [3,9]. L'ascaridiose appendiculaire est une complication rare, due à la migration d'un ou plusieurs vers dans l'appendice.

Le tableau clinique est celui d'une appendicite aiguë. L'appendice peut être inflammatoire ou gangreneux, mais il est souvent macroscopiquement sain, comme chez notre patient, les vers y étant parfois découverts fortuitement. Le rôle direct des parasites dans la genèse de l'appendicite aiguë reste discuté [6]. Le cas présenté se distingue par l'association d'une occlusion intestinale à une appendicite aiguë, avec la présence d'un nombre très important de vers adultes dans le grêle. L'expulsion spontanée de vers adultes par la bouche ou l'anus, bien que très évocatrice, est rarement rapportée spontanément. Une hypereosinophilie modérée est fréquente en milieu intertropical. Les œufs d'ascaris peuvent être mis en évidence par un examen parasitologique des selles. Face à une complication chirurgicale, l'étiologie parasitaire d'un syndrome abdominal doit être suspectée par le chirurgien, afin de limiter la dissémination péritonéale des œufs [3]. Environ 35 % des vers d'ascaris sont visibles sur les clichés d'abdomen sans préparation.

Lors des transits digestifs barytes, *Ascaris* peut être visualisé dans toute sa longueur. Le scanner montre généralement le parasite en coupe transversale ; sa reconnaissance est facilitée par les reconstructions 3D, l'opacification intestinale ou la distension liquidienne du grêle. En échographie, l'identification du parasite est facilitée par la réplétion hydrique du grêle secondaire à l'occlusion. Les mouvements sinueux du ver sont caractéristiques. L'échographie permet aussi de rechercher les localisations biliaires, les complications hépatiques, vésiculaires, pancréatiques, et de suivre la réponse au traitement [2,10]. Dans les formes subaiguës d'occlusion ascaridienne, un traitement médical seul peut être suffisant, avec amélioration des symptômes en 24 à 72 heures, comme dans le cas rapporté par Sauvage et al. [10]. Cependant, dans les formes aiguës, notamment associées à une appendicite, le traitement est souvent chirurgical en raison du risque non négligeable de perforation et de péritonite. Plus récemment, lorsque le diagnostic est posé en peropératoire, un traitement conservateur peu morbide peut être envisagé, associant un lavage digestif avec extraction des vers à l'aide de vaseline liquide administrée par sonde nasogastrique, suivi d'une irrigation abondante d'eau, et d'un traitement à base de piperazine et d'antiparasitaires [9].

Conclusion:-

- L'ascaridiose, helminthiase la plus fréquente dans les pays en voie de développement, peut être responsable de complications chirurgicales graves évitables par un traitement médical précoce par antihelminthiques per os. Notre patient représente un exemple d'association de complications sévères survenues chez un enfant dans un centre aux ressources limitées. Les mesures prophylactiques avec l'éducation sanitaire et une élévation du niveau de vie des populations restent les moyens les plus simples et les plus efficaces pour prévenir ces atteintes.

Conflits d'intérêt :

-"Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt".

References:-

1. Chereau E, Tresallet C, Cadi M, Royer B, Ewald J, Chryssostalis A, et al. Diagnostic precoce d'une ascarirose des voies biliaires. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007 Sep;31(8-9 Pt 1):755-757.
2. Klotz F. Ascarirose. *EMC Pédiatrie.* 2004;1:186-197.
3. Gabbert H, Wagner R, Grönniger J. Chronic intestinal ischemia after migration of larvae in ascariasis. *Leber Magen Darm.* 1981 Jun;11(3):120-125. [Article in German] •
4. GraneroTrancón JE, Vázquez Velasco L, Arias Perez JI, Gómez Alvarez G, Alvarez Perez JA, Cervero Vázquez R, et al. Biliary ascariasis. *Rev Esp Enferm Dig.* 1992 Oct;82(4):239-242. [Article in Spanish]
5. Bouree P. Frequence de l'ascarirose chez les enfants. *Med Sante Trop.* 2017 Jun 1;27(2):145. doi:10.1684/mst.2017.0671.
6. Bouree P, Bisaro F, Kanner A, Djibo N. Appendicites parasitaires. *Rev Fr Lab.* 2008 Feb;(399).
7. Chinh ND, Long NT, Bach TT, Huguier M. Ascarirosebiliopancreatique. *Ann Chir.* 2004;129:83-86.
8. Montbrun A. Pancreatite aiguë mortelle secondaire à une ascarirose chez un enfant de 4 ans. *Arch Pédiatr.* 1998;5:928-938.
9. López L, Cáceres R, Servin J, Esquivel J, Chirico M, Rodriguez-Morales AJ. Surgical diagnosis and management of intestinal obstruction due to *Ascaris lumbricoides*. *Surg Infect (Larchmt).* 2010 Apr;11(2):183-185.
10. Sauvage PJ, Rabil A, Coz M, de Carsalade GY, They Y, Wolf PY, et al. Quel estvotrediagnostic ? *J Radiol.* 2006;87:1899-1901.