

Dr M.BERBADJ

AMJBJASE

Dr. BERBADJ M.
Maitre Assistante
en Maladies Infectieuses

I-INTRODUCTION :

l'amibiase (actuellement appelée amébose) est une parasitose largement répandue dans les pays sous développés, maladie du péril fécal. Cliniquement, on distingue l'amibiase colique évoquée devant un syndrome dysentérique et confirmée par la parasitologie des selles. L'évolution est favorable sous traitement médical adéquat, des complications peuvent survenir, la plus fréquente est l'abcès amibien du foie. La maladie peut être prévenue par le respect des règles d'hygiène, elle est à déclaration obligatoire.

II-ÉPIDÉMIOLOGIE :

A-Agent causal : entamaeba histolytica, protozoaire parasite du colon humain. On distingue :

*le trophozoite, forme végétative mobile et de multiplication,, il présente un aspect dimorphe : la forme minuta commensale du tube digestif , et la forme histolytica caractérisée par son pouvoir invasif.

*le kyste, immobile, forme de résistance et de contamination.

Seule entamaeba histolytica histolytica est pathogène pour l'homme.

B-Reservoir : l'homme porteur de kystes est le seul réservoir.

C-Transmission : essentiellement indirecte par l'eau contaminée, fruits et salades mal lavés.la transmission peut être directe manu portée (maladie des mains sales, maladie à transmission hydrique)

III-ÉTUDE CLINIQUE

Amibiase intestinale aigue ou dysenterie amibienne

a-Début souvent brutal, parfois annoncé par une diarrhée banale ou une douleur abdominale.

b-Phase d'état : caractérisée par un syndrome dysentérique fait de :

- Douleurs abdominales à type de pesanteur ou d'endolorissement.
- Les épreintes : colique violente débutant dans la région caecale parcourant le cadre colique et se terminant par une envie impérieuse d'aller à la selle.
- Les ténesmes : contracture douloureuse du sphincter anal et s'accompagne souvent de faux besoins.
- Les selles sont nombreuses, typiquement afécales faites de glaires mucopurulentes et de sang.
- Pas de fièvre.
- **TR** : ampoule rectale vide, le doigtier ramène des glaires sanglantes.

c-Evolution : sous traitement, l'évolution est rapidement favorable.

Des complications peuvent se voir :

- précoces : hémorragie intestinale, perforation colique, abcès pericolique.
- localisations à distance : amibiase colique, amœbome, localisation pleuro-pulmonaire, cérébrale, pericardique...
- colite chronique post-amibienne.

Amibiase hépatique

Toujours consécutive à une atteinte colique, pouvant survenir très tardivement, c'est la plus fréquente des localisations extra coliques.

Le tableau clinique est fait de :

- Douleur de l'hypochondre droit irradiant vers l'épaule droite, c'est une douleur spontanée, exacerbée à la palpation et à l'ébranlement du foie.
- Fièvre : constante, souvent modérée à 38°C, s'installe rapidement et reste en plateau. Elle s'accompagne d'une altération de l'état général.
- Hépatomégalie : constante, le foie est ferme lisse douloureux à la palpation avec un bord inférieur moussu.

C'est la triade de Fonton.

- Parfois, un syndrome pleuro-pulmonaire de la base droite : toux, dyspnée, douleur

Evolution : sous traitement, l'évolution est favorable avec disparition de la fièvre et de la douleur en quelques jours, et régression de l'hépatomégalie.

Complications : augmentation du volume avec risque de rupture dans les organes de voisinage : plèvre, péricarde, péritoine, voies biliaires, peau...

JV-DJAGNOSTIC :

Le diagnostic de l'amibiase intestinale aigue est évoqué devant un syndrome dysentérique sans fièvre et confirmé par l'examen parasitologique des selles : mise en évidence des formes végétatives d'entamaeba histolytica histolytica.

Pas d'hyperleucocytose ni syndrome inflammatoire.

Rectosigmoidoscopie : ulcérations coliques en coup d'ongle, elle n'est pas indiquée pour le diagnostic de l'amibiase.

Amibiase hépatique :

FNS : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles

VS : accélérée 40-100 mm à H1 CRP et fibrinémie élevée.

Bilan hépatique : discrète cytolyse ou cholestase.

Echographie abdominale, TDM, IRM précisent : siège, taille, nombre.

Sérologie amibienne : confirme l'origine amibienne de la collection hépatique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Amibiase colique : dysenterie bacillaire, RCUH, poussée de maladie hémorroïdaire, tumeurs colo-rectaux .

-Amibiase hépatique : abcès bactérien, KH surinfecté, Kc primitif du foie.

V-TRAITEMENT :

A /CURATIF :

- amoebicides tissulaires : Metronidazole cp à 250 et à 500 mg et ampoule IV à 500 mg

-amoebicide de contact : oxyquinolones (Intetrix)

Indications :

-amibiase colique : Metronidazole 1,5 à 2 g /j per os pendant 10 j suivi d'une cure par un amoebicide de contact .

-amibiase hépatique : Metronidazole 1,5 à 2 g /j pendant 10 j, au début par voie IV .

La ponction transparietale échoguidée : en cas d'abcès volumineux en pré-rupture ou hyperalgique.

B/Préventif :

-Déclaration obligatoire.

-Hygiène individuelle et collective : hygiène des mains et alimentaire, lutte contre la pollution fécale.