

## L'AMIBIASE

### I- DEFINITION et EPIDEMIOLOGIE :

L'amibiase est une parasitose anthropozoonose qui suit le péril fécal (transmission hydrique.)

Elle est due au genre 'Entamoeba' dont on distingue :

- Une souche saprophyte : 'Entamoeba histolytica minima' 'EHM'
- Une souche pathogène hématophage : 'Entamoeba histolytica histolytica' 'EHH'.

On note aussi la forme kystique qui constitue la forme de résistance et de dissémination.

Pour les modes de transmission, l'EHM est éliminé dans les selles de sujets parasités sous la forme kystique. Cette forme survie 15 jours dans le milieu extérieur.

La pénétration est digestive ; Soit directement par les mains sales soit indirectement par l'eau ou des aliments souillés.

### II- PATHOGENIE :

⇒ EHM est libéré après digestion de la paroi kystique par le suc gastrique. Il est saprophyte de l'intestin, l'infection est asymptomatique ; C'est l'"**Amibiase infestation**".

⇒ EHH se distingue de EHM par sa virulence et son pouvoir invasif. Elle est responsable de l'"**amibiase maladie**". Elle envahit la muqueuse colique en créant des ulcérations et des abcès sous-muqueux. Ces lésions siègent au niveau du cæcum et du recto-sigmoïde. Elle peut migrer par voie haute vers le foie pour donner l'amibiase hépatique. Plus rarement, elle se localise dans d'autres viscères.

### III- CLINIQUE :

A- L'amibiase intestinale aiguë : C'est la plus fréquente.

L'**incubation** est variable.

La forme **diarrhéique** se caractérise par une phase de *diarrhée* banale. Les formes les plus fréquents d'Amibiasés Intestinales Aiguës réalisent des diarrhées sanglantes ou muco-sanglantes apyrétiques devant lesquelles on doit demander systématiquement une parasitologie des selles.

La **Dysenterie amibienne** est la forme la plus classique et la plus évocatrice avec :

- *Colique bipolaire* : FID sensible et gargouillante, cadre colique gauche sensible.
- *Epreintes* : Douleurs irradiant le long du cadre colique avec crises paroxystiques ce qui donne une sensation de faux besoin.
- *Ténesme* : tension douloureuse de la région anale.
- *Diarrhées* afécales faites de glaires muco-sanglantes striées de sang 10 à 15 fois par jour.

- Signes généraux discrets avec absence de fièvre et de déshydratation.

Les signes physiques sont pauvres :

- Météorisme abdominal.
- Cadre colique douloureux.
- Ampoule rectale vide.
- TR souillé de glaires et de sang.
- La Recto-Sigmoïdo-Scopie montre des lésions caractéristiques ; Ulcérations cratériformes ou punctiformes recouvertes de glaires dans lesquelles on peut retrouver les amibes.

L'évolution : Traitée à ce stade, l'amibiase guérit.

Il y a d'autres formes aiguës ; Ce sont les formes atténuées avec rechute et diarrhée banale. Il y a aussi des formes suraiguës avec perforations multiples, elles se voient chez l'immunodéprimé et le malade sous corticoïdes.

**B- L'amibiase intestinale chronique** : Elle survient après un épisode aigu passé inaperçu ou maltraité. Elle se manifeste par :

- Une *colite* diffuse.
- Des douleurs permanentes avec crises paroxystiques.
- Et des troubles du transit.

**C- L'amoebome** : C'est une tumeur scléro-inflammatoire cæcale ou sigmoïdienne simulant une néoplasie mais régressant sous traitement anti-amibien.

**D- L'amibiase hépatique** : Elle est secondaire à l'amibiase intestinale connue ou passée inaperçue. Elle est marquée par :

- Une *fièvre* à 39-40°C.
- Douleurs dans l'hypochondre droit avec ébranlement hépatique douloureux.
- *Hépatomégalie* avec réaction inflammatoire pleurale aiguë.

A l'examen :

- Hyperleucocytose à la FNS.
- VS accélérée.
- Sérologie amibienne :

Positive par IFI positive à 1/50 ou hémagglutinine indirecte positive > 1/128.

- L'Echographie montre une image d'abcès.
- Le téléthorax montre une surélévation diaphragmatique droite avec réaction pleurale modérée.

#### **E- Autres localisation rares :**

1- Amibiase pleuro pulmonaire : Secondaire à une amibiase hépatique par effraction transdiaphragmatique ou par voie Vasculaire. Elle réalise : pneumopathie amibienne non abcédée, un abcès du poumon, une pleurésie ou pyopneumothorax ou fistule hépato bronchique.

2-Amibiase péricardique (risque de tamponnade).

3- Amibiase cérébrale (abcès du cerveau).

4- Amibiase cutanée, de la rate, urogénitale.

#### **IV- DIAGNOSTIC :**

Le seul critère de certitude est la parasitologie des selles fraîches.

Dans les formes chroniques, l'examen doit être répété 3 fois à quelques jours d'intervalle.

#### **V- TRAITEMENT :**

L'amibiase intestinale se traite par la Métronidazole (Flagyl®) par perfusion (flacon de 100ml dosé à 500mg) ou comprimés à 250mg pendant 10 jours :

Adulte : 1,5-2g/j en 3à4 prises.      Enfant : 30-40mg/ kg/j

Ou par la Secnidazol (Flagytil®) ou encore par l'Ornidazol (Tiberol®).

L'amibiase hépatique se traite médicalement par la Métronidazole.

Le recours à la chirurgie est exceptionnel en cas de risque de rupture de l'abcès.

Une parasitologie des selles de contrôle de fin de traitement.

#### **VI-PREVENTION :**

- Mesures d'hygiène générale (fécale, des mains, alimentaire).
- Déclaration obligatoire.
- Enquête et traitement des porteurs sains.
- Eviction scolaire jusqu'à guérison.