

Amibiase(Amoebose)

I/Introduction :

- Parasitose due à un protozoaire Entamoeba histolytica, seule espèce pathogène pour l'homme.
- Elle est endémique en Algérie et dans les régions tropicales.
- Il faut savoir évoquer le diagnostic d'amibiase en présence de symptômes coliques ou hépatiques.
- Grâce au nitro-imidazole et à ses dérivés, la guérison est obtenue de façon simple et rapide dans la plupart des cas.

II/Epidémiologie :

↓ **Agent causal** :Entamoeba histolytica, protozoaire parasite du colon humain.

On en distingue deux aspects :

.**Trophozoïte** : forme végétative mobile et de multiplication, présente deux formes :

- Entamoeba histolytica minuta commensale de l'intestin
- Entamoeba histolytica histolytica à pouvoir invasif pathogène

.**Kyste** : immobile, forme de résistance et de contamination.

↓ **Réservoir naturel** :

L'homme est le seul réservoir du parasite, qu'il soit malade ou porteur asymptomatique. Entamoeba histolytica est éliminé dans les selles des sujets parasités sous forme kystique très résistante.

Les kystes survivent plusieurs semaines en milieu extérieur humide.

↓ **Transmission** : maladie du péril fécal, la transmission de fait :

Indirectement+++ : eaux ou aliments souillés (maladie à transmission hydrique).

Directement : mains sales (maladie des mains sales).

↓ **Modalités épidémiologiques** :

Cosmopolite, sévit à l'état endémique dans les pays en voie de développement (dont l'Algérie).

Dans les pays développés, il s'agit d'une maladie d'importation.

III/Physiopathologie :

.Les kystes ingérés libèrent par digestion Entamoeba histolytica minuta dont l'infection est asymptomatique → **ameobose infestation**.

.Seules certaines souches d'E.h auraient une pathogénicité potentielle et deviendraient invasives (Entamoeba histolytica histolytica) → **Ameobose maladie**.

. Les conditions du passage de l'ameobose infestation à ameobose maladie sont mal élucidées.

.Entamoeba histolytica histolytica envahit la paroi colique, surtout au niveau de ses portions cæcale, sigmoïdienne et rectale, détermine des ulcérations, responsables de microhémorragies : **tableau de dysenterie non fébrile**.

À partir de la paroi colique, les amibes Entamoeba histolytica histolytica peuvent migrer par voie portale vers le foie (**ameobose hépatique**) où elles entraînent une nécrose tissulaire à l'origine d'abcès.

Plus rarement, E.h entraîne au sein de la muqueuse colique des tumeurs inflammatoires (**ameobomes** avec présence d'amibes au sein de la tumeur) ou franchisse le filtre hépatique ameobose pleuro pulmonaire.

IV/Etude clinique :

A. Amibiase colique :

✓ **Forme typique** : **Amibiase colique aiguë ou dysenterie amibienne**

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

b-Phase d'état : caractérisé par un syndrome dysentérique typique associant :

-**Epreintes** : Douleurs expulsives violentes à type de coliques débutant au niveau de la fosse iliaque droite, parcourant le cadre colique et se terminant par une envie impérieuse d'aller à la selle. La palpation douce révèle au niveau de la fosse iliaque droite un cæcum tendu « cæcum érectile » et au niveau de la fosse iliaque gauche un sigmoïde spasmé « la corde sigmoïdienne » : c'est la colite bipolaire.

-**Ténésme** : sensation douloureuse de contracture anale ou parfois seulement une sensation de corps étranger intra-rectal. A l'origine d'émission de selles ou de faux-besoins.

-**Selles** : fréquentes 10-15/jour, typiquement afécales, faites uniquement de glaire muco-purulente et de sang : **crachats dysentériques**.

-**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 :

- Hémorragies digestives, perforations coliques, abcès péri colique.

-Localisations tissulaires à distance : amibiase hépatique+++ , pleuropulmonaire, cérébrale, péricardique...

- Ameobome : pseudotumeur inflammatoire, le plus souvent localisée au niveau du cæcum. La biopsie montre la présence d'amibes au sein du granulome.

-L'installation à la longue de colite chronique : se manifeste par un syndrome de colopathie fonctionnelle (troubles du transit avec alternance de diarrhée et de constipation, dyspepsie, sensibilité de l'abdomen à la palpation).

✓ **Formes cliniques** :

-**Forme atténuée** (forme diarrhéique) : plus fréquente, c'est la forme habituelle, considérée à tort comme diarrhée banale. Faite de selles pâteuses ou diarrhéiques parfois glaireuses, en nombre variable (2-10/j). Associées à des douleurs abdominales. L'examen met en évidence la colite bipolaire également.

-**Amibiase colique suraiguë ou maligne** : rare, les lésions, étendues à tout le colon peuvent être à l'origine d'hémorragies ou de perforations responsables de péritonite. De pronostic souvent fatal.

B. Amibiase hépatique :

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

Elle se traduit par :

1. **Douleurs lancinantes de l'hypocondre droit**, irradiant en bretelle vers l'épaule droite.

Il s'agit d'une douleur spontanée, exacerbée par la palpation et l'ébranlement du foie.

2. **Fièvre élevée à 39 ou 40°C**, s'installe rapidement et reste en plateau.

3. **Hépatomégalie** : Le foie est augmenté de volume, ferme, lisse, douloureux à la palpation avec un bord inférieur mousse.

Triade de Fonton : douleur de l'hypocondre droit+ Fièvre élevée+ Hépatomégalie.

*Parfois, un syndrome pleuropulmonaire de la base droite : toux, dyspnée, douleur.

*Rarement est observé un ictère, le plus souvent de nature rétentionnelle, suite au développement d'un abcès comprimant la voie biliaire principale.

Evolution :

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

Les complications : augmentation du volume avec risque de rupture dans les organes de voisinage : plevre, péricarde, péritoine, voies biliaires et la peau.

V/Diagnostic :

❖ Diagnostic positif :

- Arguments épidémiologiques : en Algérie, l'amibiase est endémique
- Arguments cliniques :

.Syndrome dysentérique évoluant dans un contexte apyrétique

.Dans l'amibiase hépatique : hépatomégalie fébrile et douloureuse

✓ D'orientation :

- Amibiase colique : pas de modification de l'hémogramme ni des paramètres inflammatoires
- Amibiase hépatique :
 - Hémogramme : hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile.
 - CRP et VS très élevées.
 - Radiographie thoracique : surélévation de la coupole droite avec comblement du cul de-sac costo-diaphragmatique.
 - Echographie hépatique : une ou plusieurs formations liquidiennes arrondies, volontiers polylobées, de taille variable.
 - TDM abdominale : n'est indiquée qu'en cas de forte suspicion clinique lorsque l'échographie n'est pas contributive.

✓ De confirmation :

- Amibiase colique :
 - Examen parasitologique des selles : mise en évidence d'Entamoeba histolytica.
 - Rectoscopie (si parasitologie négative) : révèle des ulcérations muqueuses « en coups d'ongle », la biopsie permet de retrouver Entamoeba histolytica au sein des tissus.
 - Sérologie : n'a pas d'intérêt dans cette forme.
- Amibiase hépatique :
 - Recherche des amibes est en règle négative : rare dans les selles, jamais dans les lésions abcédées.
 - Le diagnostic repose sur la sérologie qui peut ne se positiver qu'après le 7^e jour de fièvre, parfois même plus tardivement.

❖ Diagnostic différentiel :

➤ Amibiase colique dysentérique :

- Shigellose : fièvre, altération de l'état général, déshydratation, Dg : coproculture.
- Colite pseudomembraneuse : prise d'antibiotiques (lincosamide, β -lactamines)
- Colite inflammatoire (Recto-colite Ulcéro-Hémorragique) : syndrome inflammatoire, signes extradiigestifs. Diagnostic : histologie.

Amibiase hépatique :

- Abscesses pyogènes : Diagnostic : ponction, examen bactériologique.
- Kyste hydatique infecté : Diagnostic : sérologie
- Cancer primitif du foie : Diagnostic : biopsie écho-guidée, histologie

V/Traitement :

A. Curatif :

➤ Moyens :

- Amoebicide diffusible de la famille des imidazolés. Le plus utilisé est : **Métronidazole (Flagyl®)** : comprimés 250 mg et 500 mg ampoules IV à 500mg
Posologie : 30 mg/kg/j chez l'enfant ; 1,5 à 2 g/j chez l'adulte
- Amoebicide de contact (**Intetrix®** : 2 gélules matin et soir pendant 10 jours) pour éviter les rechutes.

➤ Indications :

- **Amibiase colique :**

Métronidazole (Flagyl®) par voie orale (PO).Durée : 7 à 10 jours.

Ce traitement doit être complété par un amoebicide de contact (**Intetrix®**)

- **Amibiase hépatique :**

-Métronidazol PO pendant 7 à 10jours, Complété par un amoebicide de contact.

-Situation habituelle sous notre climat : hépatomégalie fébrile et douloureuse est très évocatrice du Dg et justifie un traitement d'épreuve par nitroamydazolés : Métronidazole par voie veineuse, complété par un amoebicide de contact.

La ponction-drainage écho-guidée de l'abcès n'est pas indispensable dans la majorité des cas, mais se justifie :

- ✓ Volumineux proche de la capsule hépatique avec risque de rupture
- ✓ Eliminer un abcès à pyogène
- ✓ Visée antalgique
- ✓ Evolution défavorable

B. Prévention :

- ✓ Hygiène+++
- ✓ Se laver les mains+++
- ✓ Boire de l'eau potable contrôlée+++
- ✓ Bien laver fruits et légumes+++.