

# Amibiase

## Introduction

- Infection parasitaire due à un protozoaire *Entamoeba histolytica*, seul espèce pathogène pour l'homme
- Cosmopolite, mais essentiellement dans les régions tropicales qui sont des pays à climat tempéré
- Liée à des conditions d'hygiène précaire
- Atteinte initialement colique, qui peut secondairement se disséminer (foie, poumon, péricarde...)

## Epidémiologie

**Agent causal** : *Entamoeba histolytica*, protozoaire parasite du colon humain. On en distingue deux aspects :

- **Trophozoïte** : forme végétative mobile et de multiplication, avec deux formes
  - *Entamoeba histolytica histolytica* à pouvoir invasif pathogène
  - *Entamoeba histolytica minuta* commensale de l'intestin
- **Kyste** : immobile, forme de résistance et de contamination.

**Fréquence et répartition** : cosmopolite, se rencontre de façon sporadique dans les pays développés, cependant, elle sévit encore à l'état endémique dans les pays en voie de développement (dont le nôtre) où l'hygiène est encore défectueuse.

**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 :

- **Directement** : mains sales
- **Indirectement** : eaux ou aliments souillés
- **Contact étroit** : avec les sujets infectés (homosexualité masculine)

## Physiopathologie

- Envahissant la paroi colique, surtout au niveau de ses portions cæcale, sigmoïdienne et rectale, *Entamoeba histolytica histolytica* détermine des ulcérations, responsables de microhémorragies et, de façon exceptionnelle, des perforations intestinales.
- À partir de la paroi colique, les amibes *Entamoeba histolytica histolytica* migrent par voie portale vers le foie où elles créent des foyers de nécrose hépatocellulaire qui, par confluence, forment un ou plusieurs abcès hépatiques
- Progressant par contiguïté à travers le diaphragme ou empruntant la voie sanguine, elles peuvent atteindre l'appareil pulmonaire, deuxième polarité extra-intestinale de l'amibiase, plus rarement d'autres viscères.

## Clinique

### Amibiase colique

#### Amibiase colique aiguë

Manifestation initiale de la maladie, se présente sous deux aspects :

- **Forme dysentérique aiguë** : bien qu'elle soit loin d'être la plus fréquente, c'est la plus caractéristique et la plus évocatrice des formes cliniques
  - **Incubation** : varie de 2 semaines à 3 mois
  - **Début** : généralement brutal, parfois annoncé par des douleurs abdominales, des diarrhées d'allure banale, suivies très vite par le 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 spasmodique « la corde sigmoïdienne » : c'est la colite bipolaire.
- **Ténésme** : sensation douloureuse de contracture anale ou parfois seulement de corps étranger intra-rectal. A l'origine d'émission de selles ou de faux-besoins.
- **Selles** : fréquentes 10-15/jour, afécales, faites uniquement de glaire muco-purulente et de sang : crachats dysentériques.
- **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

Dans les deux formes, l'état général est longtemps conservé, et il n'y a pas de fièvre.

#### **Evolution :**

- **Correctement traitée** : l'amibiase colique aiguë cède rapidement et tout rentre dans l'ordre sans séquelles.
- **Non ou mal traitée** : l'évolution peut se faire vers les complications : hémorragies digestives, perforations intestinales, localisations tissulaires (hépatique+++), l'installation à la longue de colite chronique. La guérison spontanée est possible avec risque de récurrences et de séquelles coliques fonctionnelles.

#### **Autres formes**

- **Amibiase colique suraiguë ou maligne** : très rare, survient d'emblée sur un terrain déficient (grossesse, alcoolisme, diabète), ou consécutivement à une amibiase aiguë insuffisamment traitée. Les lésions, étendues à tout le colon peuvent être à l'origine d'hémorragies ou de perforations responsables de péritonite. De pronostic souvent fatal.
- **Amoebomes** : pseudotumeur inflammatoire, le plus souvent localisée au niveau du cæcum. La biopsie montre la présence d'amibes au sein du granulome.
- **Colopathie post-amibienne** : séquelle d'une amibiase non ou mal traitée, 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).

### **Amibiase hépatique**

- Elle est plus rare que l'amibiase intestinale aiguë, elle peut être contemporaine d'une amibiase colique symptomatique, lui succéder à plus ou moins long terme ou apparaître indépendamment de tout épisode classique intestinal.
- Dans sa forme typique, elle se traduit par l'apparition brutale ou rapidement progressive de douleurs lancinantes de l'hypocondre droit, irradiant en bretelle vers l'épaule droite associées à une fièvre élevée à 39 ou 40°C. Le foie est augmenté de volume, douloureux à la palpation, sinon à la manœuvre de l'ébranlement provoqué qui sera pratiquée avec prudence. Parfois, un syndrome pleuropulmonaire de la base droite accompagne cette symptomatologie. Rarement est observé un ictère, le plus souvent de nature rétionnelle, suite au développement d'un abcès comprimant la voie biliaire principale
- **Evolution** : spontanée conduit à la rupture de l'abcès dans le péritoine, la plèvre, les bronches, ou plus rarement la cavité péricardique, mettant en jeu le pronostic vital.
- Les formes atypiques, à symptomatologie atténuée ou incomplète, telle une fièvre isolée prolongée, sont rares.

## Autres localisations

- **Localisation au niveau des organes voisins** : Pleurésie purulente ou abcès du poumon, Péricardite
- **A distance** : Cérébrale, Cutanées, Uro-génitales

### Diagnostic positif

#### Arguments épidémiologiques

- Séjour en pays d'endémie (en Algérie, elle est endémique)
- Contact avec un malade
- Antécédents de syndrome dysentérique ou de diarrhée banale

#### Arguments cliniques

- Syndrome dysentérique évoluant dans un contexte apyrétique
- Dans l'amibiase hépatique : hépatomégalie fébrile et douloureuse avec signes de suppuration profonde.

#### Arguments paracliniques

- **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 liquidienne 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<sup>e</sup> jour de fièvre, parfois même plus tardivement.

### Diagnostic différentiel

#### Amibiase colique dysentérique

- **Salmonellose mineure** : fièvre, selles fétides. **Diagnostic** : coproculture.
- **Shigellose** : fièvre, altération de l'état général, déshydratation. **Diagnostic** : coproculture
- **Colite pseudo-membraneuse** : prise d'antibiotiques (lincosamide,  $\beta$ -lactamines)
- **Colite inflammatoire** (Récto-Colite Ulcéro-Hémorragique) : syndrome inflammatoire, signes extra-digestifs. **Diagnostic** : histologie.

**Amibiase colique atténuée** : toutes les diarrhées aiguës.

#### Amibiase hépatique

- **Abcès à pyogènes** : **Diagnostic** : ponction, examen bactériologique
- **Kyste hydatique infecté** : **Diagnostic** : sérologie
- **Abcès sous-phrénique**.
- **Cancer primitif du foie** : **Diagnostic** : biopsie écho-guidée, histologie

## Traitement

### A. Curatif

#### Amibiase colique

- Amoebicide diffusible de la famille des imidazolés. Le plus utilisé est : Métronidazole (Flagyl®) : comprimés 250 mg et 500 mg
- **Posologie** : 30 mg/kg/j chez l'enfant ; 1,5 à 2 g/j chez l'adulte
- **Durée** : 7 jours.
- Ce traitement doit être complété par un amoebicide de contact (Intetrix® : 2 gélules matin et soir pendant 10 jours) pour éviter les rechutes
- En cas d'amibiase colique maligne, le traitement doit associer : réanimation, chirurgie et antibiothérapie à large spectre incluant le métronidazole pour son action amoebicide et sur les anaérobies.

#### Amibiase hépatique

- Métronidazole par voie veineuse
- **Posologie** : 1,5 à 2g/j
- **Durée** : 10 à 14 jours.
- 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 :
  - Pour évacuer un abcès volumineux, proche de la capsule hépatique et qui risque de se rompre
  - Pour éliminer un abcès à pyogène
  - A visée antalgique
  - En cas d'évolution non favorable sous traitement spécifique présomptif.

#### Suivi :

- **Clinique** : fièvre et douleur disparaissent en moins de 3 jours
- **Biologique** : CRP, VS.
- **Echographique** : se normalise de façon plus lente (2 à 12 mois), cependant il peut persister une image cicatricielle
- **Sérologie** : se négative entre 3 et 12 mois
- Après traitement, la disparition des kystes doit être vérifiée
- Les rechutes représentent environ 5% des cas.

### B. Préventif

- Respect de l'hygiène de l'alimentation :
  - Lavage des mains fréquent et avant les repas
  - Privilégier les plats cuits servis brûlants
  - Eviter les crudités
  - Peler les fruits
- Les désinfections chimiques de l'eau ne sont pas efficaces sur les kystes d'amibes.

## Conclusion

- Il faut savoir évoquer le diagnostic d'amibiase en présence de symptômes coliques ou hépatiques.
- La mise en évidence du parasite lors des localisations coliques ou la conjonction d'une sérologie positive et d'une image évocatrice en cas d'amibiase hépatique constituent les moyens du diagnostic.
- Grâce au nitro-imidazole et à ses dérivés, la guérison est obtenue de façon simple et rapide dans la plupart des cas.
- Des formes graves persistent cependant, imposant le recours à la chirurgie