

AMOEBOSE (EX-AMIBIASE)

Introduction

Parasitose **cosmopolite** due à un **Protozoaire**, Entamoeba histolytica, Seule espèce pathogène pour l'homme.

C'est une maladie **du péril fécal** et des Mains sales, qui prédomine dans les Pays à bas niveau d'hygiène.

Initialement colique, l'atteinte est Secondairement disséminée (foie, Poumon, peau...).

Epidémiologie

Agent causal :

Entamoeba histolytica (E.h) est un protozoaire parasite du colon qui se présente sous 3 aspects :

E .histolytica histolytica : forme végétative histolytica, ayant le pouvoir invasif pathogène.

E.histolytica minuta :forme végétative commensale de l'intestin.

Forme kystique : de résistance et de contamination

Réservoir :

L'homme est le seul réservoir qu'il soit malade ou porteur asymptomatique.

E.h est éliminé dans les selles des sujets parasités sous forme de kystes très résistants.(porteur d'amibes semeur de kystes)

Mode de transmission :

La contamination se fait par voie digestive, liée aux mauvaises conditions d'hygiène individuelle et générale.

Direct : manu portée « **Maladie des mains sales** »

Indirect: « **Maladie du péril fécal** » : ingestion d'aliments et d'eau

Souillés par les selles.

Répartition et fréquence

L'amibiase est une parasitose cosmopolite qui se rencontre de façon **sporadique** dans les pays développés chez migrants.

Cependant, elle se maintient à **l'état endémique** dans les pays sous développés dont l'ALGÉRIE fait partie et où l'hygiène est encore globalement mauvaise.

Clinique

A-L'Amibiase colique aigue :

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

1-Forme dysentérique aigue :

C'est la plus caractéristique, la plus évocatrice, mais c'est la moins fréquente :

Le début est généralement brutal parfois annoncé par des douleurs abdominales,
des

diarrhées d'allure banale, très vite le syndrome dysentérique se constitue :

Les Epreintes :

Réalisent une colique violente débutant au niveau de la fosse iliaque droite (caecum) parcourent le cadre colique et se termine par une envie impérieuse d'aller à la selle.une palpation douce révèle au niveau de la FID un caecum tendu et au niveau de la FIG un sigmoïde spasmé

C'est **la colite bipolaire**.

Les ténésmes :

Ce sont des contractures douloureuses du sphincter anal avec sensation de corps étranger intra réctal (faux besoins.

Crachats dysentériques :

Emission de selles typiquement afécales faites de glaire muco-purulente et de sang au nombre de 5-10 selles.

2-Forme diarrhéique

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.

L'état général est conservé, il n'y a pas de fièvre.

Evolution

Correctement traitée, l'amibiase colique aigue évolue favorablement

Non ou mal traitée, l'évolution peut se faire vers les complications :

- hémorragies intestinales
- perforations
- localisation tissulaire(hépatique++)

La guérison spontanée est possible avec risque de récives et de séquelles coliques fonctionnelles.

Formes cliniques

Amibiase colique maligne :

très rare, surviennent sur terrain favorable, les lésions étendues à tout le colon, peuvent être à l'origine d'hémorragies ou de perforations avec risque de septicémie.

Amoebomes :

Pseudotumeur inflammatoire, le plus souvent localisée au niveau du caecum. la biopsie montre la présence d'amibes au sein du granulome.

Colopathie post-amibienne :

Est une séquelle d'une amibiase non ou mal traitée. se manifeste par un syndrome de colopathie fonctionnelle.

B-Amibiase hépatique:

Elle accompagne une amibiase colique ou lui succède, à plus ou moins long terme (jours, semaines, mois).

La forme la plus fréquente associe *un gros foie douloureux et une fièvre élevée* de survenue habituellement aigue ou subaigue.

Cliniquement : La fièvre est constante, anarchique,
Le patient se plaint de douleur spontanée de
l'HCD exacerbée par la respiration et les
mouvements. L'état général est altéré.

A l'examen : douleur à l'ébranlement ; la percussion
doit être douce et prudente au risque d'entraîner
des douleurs très vives parfois syncopales, voire
rupture en cas d'abcès superficiel.

Evolution :

Non traité, l'évolution se fait vers les complications : rupture ou migration vers les organes voisins (le péritoine, le péricarde, la plèvre).

Autres localisations :

Des localisations par contiguïté ; péricardiques, pleuropulmonaires, splénique, ou à distance ; cérébrale, uro-génitale, cutanée.

Diagnostic Positif

Arguments épidémiologiques:

- Séjour en zone d'endémie amibienne (la maladie est endémique en ALGERIE)
- Contact avec un malade
- ATCD de sd dysentérique ou de diarrhée banale

Arguments cliniques:

- Sd dysentérique évoluant en Apyrexie
- Dans l'atteinte hépatique : HPM fébrile et douloureuse avec signes de suppuration profonde.

Arguments para cliniques

D'orientation:

Amibiase colique : pas de modification de l'hémogramme ni des paramètres inflammatoires.

Amibiase hépatique :

-Hémogramme : hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile.

-VS très élevée

- Rx thorax :

surélévation de la coupole droite avec comblement du cul de sac costodiaphragmatique

-Echographie hépatique voire TDM :

une ou plusieurs formations liquidiennes, arrondies, de taille variable.

De confirmation :

Amibiase colique :

- mise en évidence d'E.h histolytica à l'examen parasitologique des selles **fraîchement émises.**
- la rectoscopie révèle des ulcérations muqueuses « en coup d'ongle » , la biopsie permet de retrouver E.h.h au sein des tissus .
- les méthodes sérologiques n'ont pas d'intérêt dans cette forme.

Amibiase hépatique :

- la recherche des amibes est en règle Négative
- le dg repose sur la sérologie qui peut ne se positiver qu'après le 7ème jours de fièvre.

Diagnostic Différentiel

Amibiase colique dysentérique :

- Salmonélose mineure : fièvre, selles très fétides, coproculture
- Shigellose : fièvre ,altération de l'état général, déshydratation ,coproculture
- Colite pseudomembraneuse :prise d'antibiotiques ; lincosanide ,bétalactamine
- Colite inflammatoire (RCUH) : SD inflam ,signes extra-digestifs, histologie

Amibiase colique diarrhéique :

Toutes les diarrhées aiguës .

Amibiase hépatique :

- Abcès à pyogènes ,kyste hydatique infecté ,abcès sous phrénique .

Traitement

a. Traitement curatif :

Moyens :

- Amoebicides : double action sur les amibes tissulaires et sur les amibes restées dans la lumière intestinale

*Métronidazole (flagyl) : très efficace et bien toléré.

-Adulte : 1,5 à 2 g/j en 3 prises pendant 5 à 7 jours.

-Enfant : 40 mg/kg/j en 3 prises pendant 5 à 7 jours.

*Tinidazole (Fasigyne) :

Posologie : 1500 mg/jr en trois prises pendant trois (03) jours.

- Amoebicides non diffusibles ou Amoebicides de contact : ils agissent seulement sur les amibes et les kystes présents dans la lumière intestinale (Intetrix)

Indication:

1-Amibiase colique :

Le traitement repose sur les amoebicides diffusibles :

-Métronidazole (flagyl*) cp à 250mg et 500mg : 30mg/kg/jr soit 2g en 3 prises pendant 10 jours.

-Tinidazole (tibéral*) 2gr/jr pendant 3 jours

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

2-Amibiase hépatique ou autres localisations extra-intestinales :

Métronidazole par voie veineuse 2g/jr pendant 10 à 14 jours complété par un amoebicide de contact.

Traitement chirurgical : ponction ou drainage en cas de risque de rupture d'un abcès volumineux

b. TRT Préventif

- Mesures individuelles : lavage des mains, hygiène individuelle et alimentaire .
- Mesures collectives : hygiène du milieu ,interdiction d'irriguer avec les eaux usées.
- Les désinfections chimiques de l'eau ne sont pas efficaces sur les kystes d'amibes.