



Amoebose

Pr S. MECHAKRA

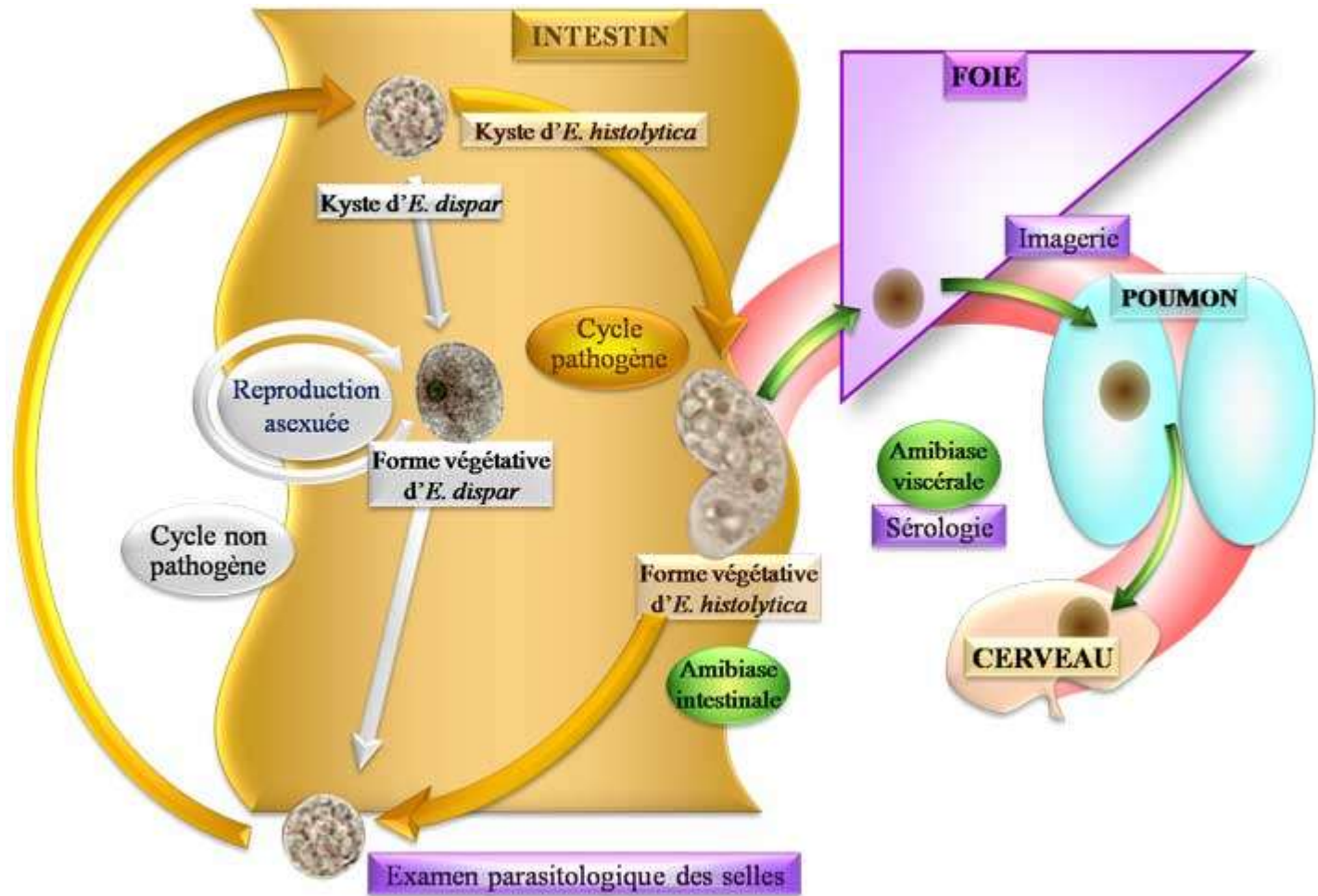
Mechakra amibiase

Introduction:

- OMS: C'est l'état dans lequel l'organisme héberge **Entamoeba Histolytica avec ou sans manifestations cliniques**
- Maladie **Cosmopolite**,
- À Déclaration Obligatoire
- M.T.H.: liée au **péril fécal**
- Endémique en Algérie sous diagnostiquée
- Amoebiose intestinale la plus fréquente
- Localisations hépatique, pulmonaire, cérébrale.....
- Prévalence moyenne 10% dans les pays en développement.

Agent causal

- *Entamoeba histolytica*, protozoaire, **parasite du colon** humain
- On en distingue 3 aspects morphologiques
 - Trophozoites, forme végétative mobile
 - Forme veg histolytica: *E.h histolytica* (pathogène)
 - Forme veg minuta: *E.h minuta* (saprophyte, L I)
 - Kystes: résistants en 1/2 extérieur (>10 jrs ds le sol, R au chlore), responsable de la dissémination de la maladie
- Réservoir: **strictement humain**



Cycle d'*Entamoeba histolytica*

Epidémiologie

Répartition géographique: maladie cosmopolite.

prévalence est élevée en milieu tropical, liée aux mauvaises conditions d'hygiène fécale. Elle existe dans les pays tempérés chez les immigrants et les touristes ayant séjourné dans les pays de forte endémicité, les pensionnaires des institutions de malades mentaux et les HSH (VIH négatifs ou positifs)

Réservoir de parasites. L'homme est le seul réservoir de parasites:

porteur asymptomatique, semeur de kystes +++.

Transmission.

Elle est liée aux matières fécales et assurée par les kystes.

Directe: les mains et les ongles sales des porteurs de kystes,

Indirecte: par le sol et l'eau souillés par les excréta, les aliments contaminés (surtout les crudités) et les mouches.

Prévalence. 1988 la prévalence mondiale d' *E. histolytica*: 480 millions de porteurs porteurs, dont 36 millions présentaient des signes cliniques et à 100 000 décès par an. On admet actuellement que la prévalence *50 millions de cas avec 40 000 décès.*

Pourquoi? **Confusion pendant longtemps *E. histolytica*, pathogène, et *E. dispar* non Pathogène**

Cycle du parasite et pathogénie

ingestion de kyste → perte de la coque (LI) → amibe à 4 noyaux → 8 noyaux → s'entourent d'un cytoplasme:

8 petites amibules → destination:

- Saprophytes
 - S'enkyster et sortir en 1/2 extérieur
 - Augm de taille et devenir pathogène
-
- Seules certaines souches différenciables non par leur morphologie mais par leurs zymodèmes et leurs enzymes auraient une pathogénicité

Pathogénie

- EHH se distingue d'EHM par sa morphologie (taille > sang dans le cytoplasme) et son pouvoir invasif
- envahit la muqueuse colique : ulcération et microabcès s/muqueux
- Lésions: réctosigmoïde, caecum++, rarement diffuses
- Rarement l'amibe peut migrer à partir de lésions intestinales par voie porte vers le foie (**A hépatique**), où la nécrose prend une forme abcédée, et rarement vers d'autres organes

Etude clinique

- Amibiase infestation: asymptomatique, le **dgc** ne peut découler que d'un **examen parasitologique** des selles qui montre la présence de kystes EH ou parfois des formes non enkystées (EHM)
- Amibiase maladie:
 - A colique aigue:
 - TDD: Forme typique: dysenterie amibienne

- Incubation: variable
- Début: est le plus souvent brutal, parfois progressif, fait de dlrs abdominales, nausées, ballonnement abdominal avec asthénie et malaise général
- Phase d'état:
 - **Épreinte**: dlr paroxystiques suivant le cadre colique (d'intensité variable) du caecum à l'anوس avec envie impérieuse d'aller à la selle avec ou sans succès
 - **Ténesmes**: sensation de contracture et de faux besoin (corps étranger) avec besoin irréversible d'exonérer avec ou sans succès
 - **Diarrhée**: selles afécales contenant de la glaire, du mucus et du sang

Examen physique:

- T° est normale, légère PCM, asthénie
- Sensibilité de l'abdomen « tt au long du cadre colique », plus Marquée au niveau de la FID et FIG (**dlr bipolaire**)
- parfois palpation d'une corde colique due à un segment d'intestin spasme: Fosses iliaques +++

Evolution:

- s/s trt: guérison
- Sans trt: rechute après rémission, formes chronique et extra intestinales

Formes symptomatiques

Autres formes intestinales:

- F diarrhéiques: **diarrhée banales, les + fréquentes**
- Formes malignes: lésions étendues à tout le colon: perforation, déshydratation, péritonite
- Formes chroniques
- Colites post amibiennes
- amœbome : tumeur cœcale ou rétro sigmoïdienne

Formes extra intestinales

- Amoebose hépatique:
la plus fréquente des localisations:
 - accompagne l'Amibiase colique
 - Lui succéder à un temps + ou moins long
 - L'ATCD d'Amibiase colique peut être oublié ou méconnu

Clinique:

- Début brutal ou progressif
- Douleur hépatique lancinante, irradiant au dos et l'épaule droite, exagéré par l'inspiration profonde et au changement de position
- HPM: de taille variable et devient visible à un stade avancé en l'absence de trt
- F° à 39°- 40°
- AEG ++

- Particularités cliniques en fonction du développement de l'abcès:
 - développement >: syndrome phrénique (dlr et toux à l'inspiration profonde)
 - développement hilare: tableau d'angiocholite
- Non traité: rupture dans les séreuses (péritoine, plèvre, péricarde) et dans les voies biliaires

Autres localisations

- Pulmonaire,
- Cardiaque,
- cérébrale...etc.

diagnostic

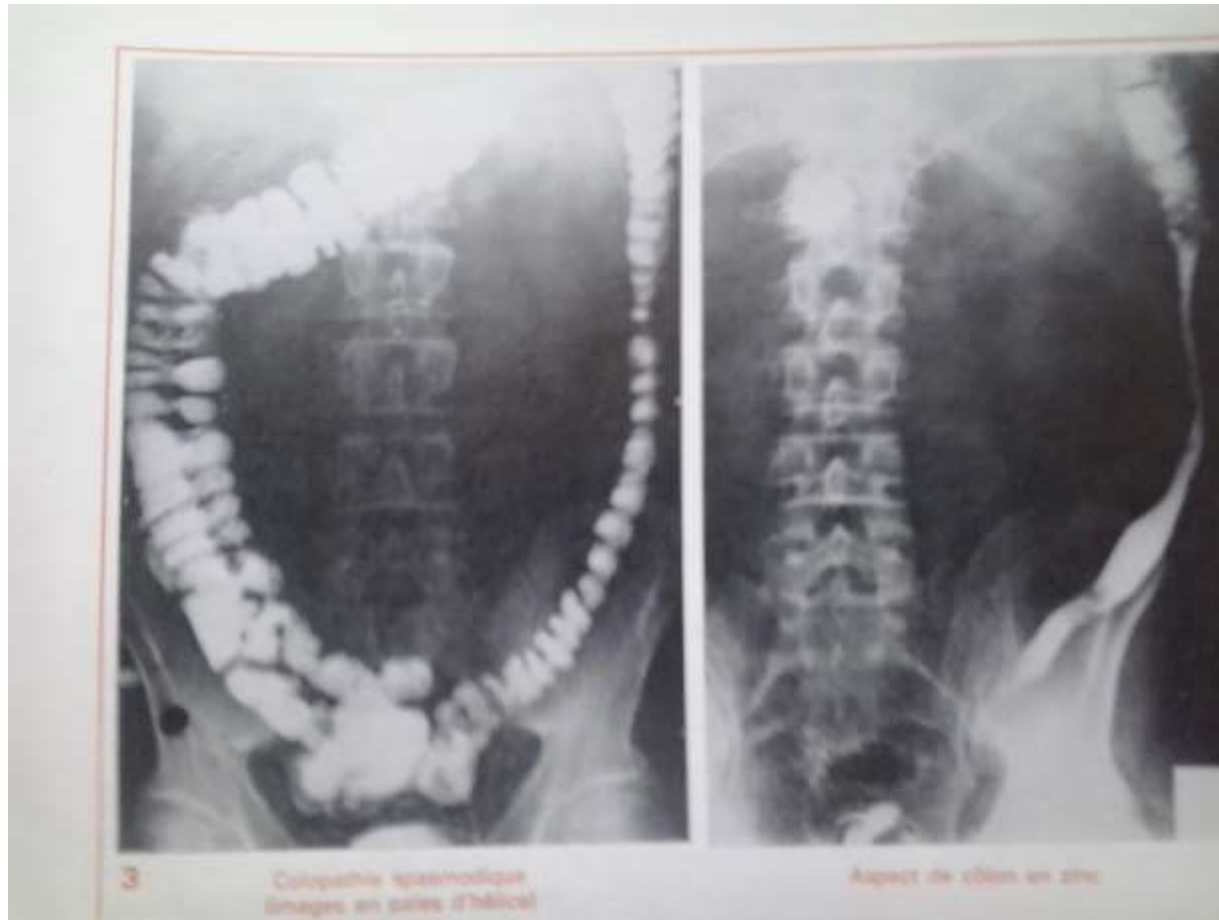
Amibiase intestinale

- Dgc +
 - Examen parasitologique des selles: selles fraîchement émises, sur la glaire sanglante (les amibes sont fragiles en ½ extérieur)
 - PCR
 - Rectoscopie: ulcérations, arrondies ou en coup d'ongle, coliques au niveau de la muqueuse, amoebome.
 - Sérologie: négative, en dehors des amoebomes
 - VS: calme
 - FNS: pas d'hyper leucocytose

- dgc différentiel:
 - Schigelles
 - Salmonelles mineures:
 - Colites inflammatoires: MICI : RCH, Crohn,
 - Tm colique

Lavement baryté amibiase intestinale

(n'est plus pratiqué)



Lavement baryté (n'est plus pratiqué)



Mechakra amibiase

Amibiase hépatique

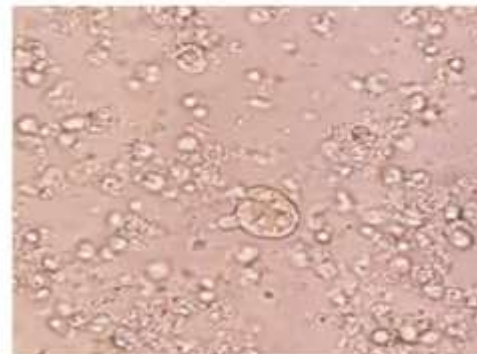
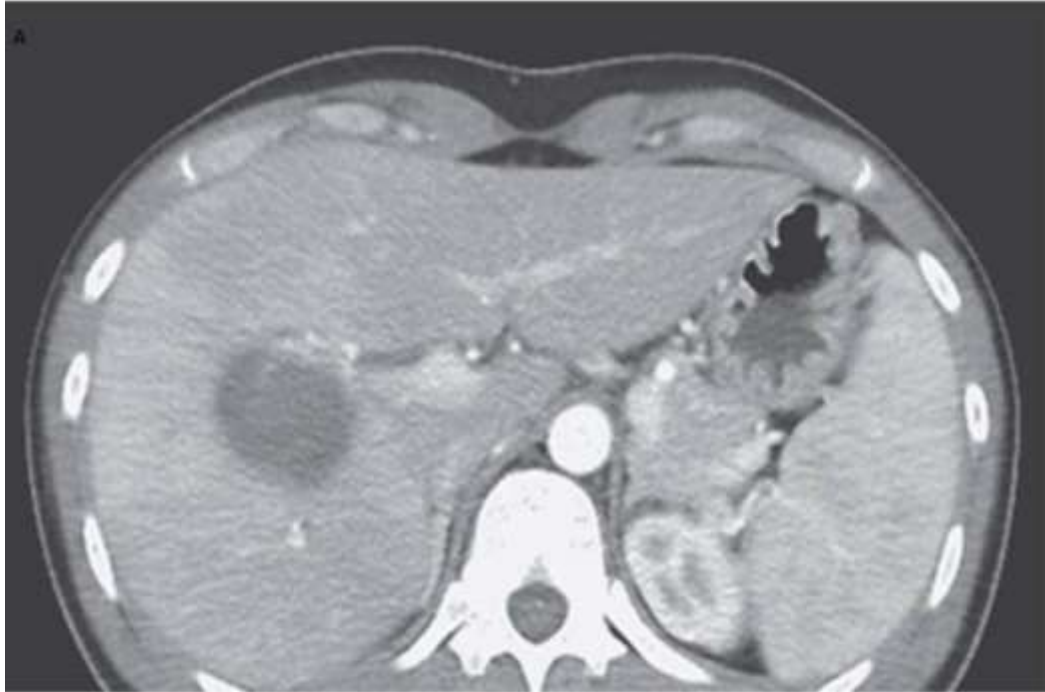
Dgc +

- Échographie: une ou plusieurs formations liquidiennes, arrondies de volumes variables (2 à 20 cm de diamètre) siégeant le plus souvent dans le lobe droit
- Rx thorax: surélévation de coupole diaphragmatique droite
- Sérologie: Ac Anti Amibe est + (immunofluorescence) > 1/100, I hémagglutination, ELISA : sensible à 100%
- FNS: hyper leucocytose à PNN
- VS élevée

Dgc différentiel:

- abcès à pyogène
- Kyste hydatique
- Tm de l'hypochondre droit

Amoebose hépatique



μετριάκτα

αμυβίαση

Rx thorax de profil

8083 A¹⁰ — 16

AMIBIASE

maladies infectieuses



5
Abscès amibien du
foie prêt à se
rompre



6
Surélévation de la coupole
diaphragmatique droite.



Image en broche

Traitement

- **METRONIDAZOLE : FLAGYL CP (500, 250 mg) ½ VIE 9 H**
 - Effets secondaires: Troubles digestifs, Toxicité hématologique
 - Posologie: adulte 1,5 g en 3 prises, enfant 30-40 mg/kg b prise / 7 j
 - L'association métronidazole-furoate de diloxanide (ENTAMIZOLE®) serait mieux tolérée que le métronidazole seul.
- **TINIDAZOLE : Fasigyne :1/2 vie 12 h 30-40 mg / j / 5 j**
- **SECNIDAZOLE : flagentyl (sachet dose) 2gr prise unique**
- **ORNIDAZOLE : Tiberall 2gr / j/ 7j**
- **traitement symptomatique:**
 - anti spasmodiques
 - Pansement protecteur de la muqueuse colique
 - Régime sans résidu

Indications:

- A aigue: métronidazole: 5 à 7 jrs
- A maligne: métronidazole + antibiothérapie: C3G ou FQ + parfois traitement chirurgical (colectomie)

- A hépatique: métronidazole pendant 14 jours, contrôles échographiques
 - La collection se résorbe lentement en 3 à 6 mois et les Anti corps se négativent en 3 à 6 mois.
 - Trt chirurgical:
 - abcès volumineux proche de la capsule: risque de rupture

- Amoebicide de contact: Intetrix, Diloxanide, Paromomycine (10 jrs): pour éviter les rechutes

Prophylaxie

Lutte contre le réservoir de parasites : l'homme infecté.

déparasiter les personnels qui manipulent les aliments (parasito selles avant embauche).

Lutte contre la transmission :

recommandations d'hygiène élémentaire : lavage des mains avant de manger, usage d'eau filtrée.

En zones d'endémie : protection des sols, évacuation des excréta, approvisionnement en eau potable, amélioration de l'hygiène alimentaire

Il n'y a ni chimioprophylaxie, ni vaccination