

## ❖ INTRODUCTION :

- ✓ L'amoebiose ou amibiase est l'une des trois principales maladies parasitaires responsable de mortalité dans le monde après le paludisme et la bilharziose
- ✓ L'amibiase selon l'OMS "C'est l'état dans lequel l'organisme humain héberge *Entamoeba histolytica* avec ou sans manifestations cliniques".
- ✓ Sa gravité est causée par :
  - Le pouvoir pathogène spécifique du parasite
  - Et sa capacité de diffuser dans les tissus en particulier le foie

## ❖ DEFINITION :

- ✓ L'amoebiose est causée par un rhizopode protozoaire l'*Entamoeba histolytica*
- ✓ Elle se manifeste cliniquement sous deux formes :
  - L'amibiase intestinale aiguë
  - L'amibiase hépatique

### 1. Agent pathogène :

- ✓ Rhizopode : *Entamoeba histolytica*:
- ✓ Seule amibe réellement pathogène pour l'homme
- ✓ Plusieurs formes :

#### A. Formes végétatives :

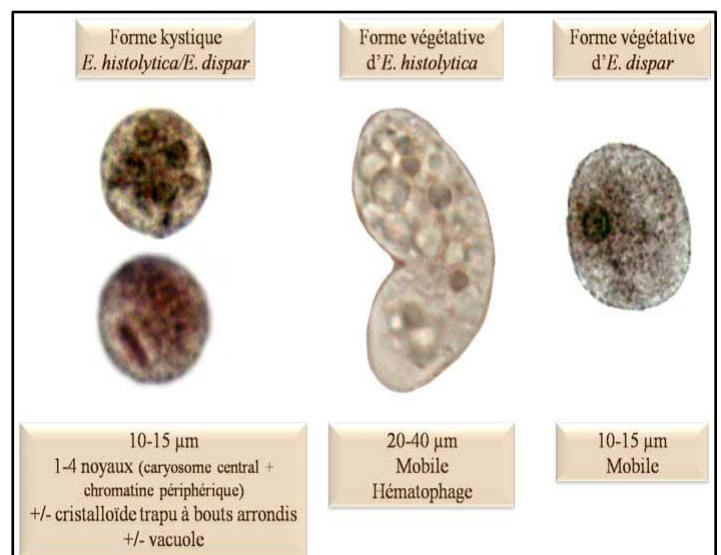
- ✓ *E. histolytica* ne présente qu'une seule forme végétative anciennement dénommée *Entamoeba histolytica* type *histolytica*
- ✓ Forme pathogène : 20-40µm, mobile (pseudopodes), hématoophage
- ✓ Les trophozoïtes ont une taille de 20-40µm sont mobiles, émettent des pseudopodes qui leur permettent de se déplacer et d'ingérer des bactéries, des particules alimentaires et des hématies
- ✓ Les formes végétatives sont responsables grâce à leurs facteurs de virulence qui sont les facteurs d'adhésion et enzymes protéolytiques :
  - D'ulcérations de la paroi colique,
  - D'envahissement pariétal
  - Et de dissémination par voie sanguine
- ✓ Les trophozoïtes sont fragiles et on ne les retrouve que dans les selles diarrhéiques fraîchement émises. Ils sont rapidement détruits dans le milieu extérieur.

#### B. Forme kystique :

- ✓ Les formes kystiques sont sphériques, de 10-15µm de diamètre et entourés d'une épaisse coque
- ✓ Ils sont éliminés dans les selles des malades et des porteurs sains
- ✓ Forme infestante, assurent la dissémination de l'amibe
- ✓ Peut résister plusieurs jours dans le milieu extérieur

#### C. Autre espèce d'amibes non pathogène :

- ✓ *Entamoeba dispar* : forme non pathogène ou type *minuta*



## ❖ **EPIDEMIOLOGIE :**

- ✓ L'amibiase est une maladie répandue dans le monde et causée par *Entamoeba histolytica*.
- ✓ La contamination se fait par ingestion d'eau ou d'aliments souillés par des déjections humaines.
- ✓ La contamination interhumaine et sexuelle est possible.
- ✓ La prévalence de l'amibiase dépend étroitement des conditions sanitaires des populations.
- ✓ Dans certaines zones tropicales, la séroprévalence dépasse 50%.
- ✓ En Algérie, elle est endémique

## ❖ **FACTEURS FAVORISANTS :**

- ✓ Absence d'hygiène fécale et générale
- ✓ Promiscuité + forte densité de population
- ✓ Facteurs géo-climatiques : climat chaud et humide conservation des kystes

## ❖ **PHYSIOPATHOLOGIE :**

- ✓ L'homme se contamine par ingestion de kystes qui se transforment en trophozoïtes dans le tube digestif.
- ✓ Ingestion de forme kystique >>> Transformation dans le tube digestif
- ✓ Ces trophozoïtes d'*Entamoeba histolytica* adhèrent à la paroi colique par l'intermédiaire de lectines.
- ✓ La production d'enzymes protéolytiques (cystéines protéinases) par les amibes favorise leur diffusion dans la muqueuse et la sous-muqueuse colique
- ✓ La paroi colique, on aura :
  - **Un épaissement œdémateux**
  - **La formation de multiples, de plages de nécrose**
  - **Et parfois de perforation intestinale**
- ✓ L'examen endoscopique du colon montre :
  - Des « ulcérations en coup d'ongle »
  - Et « des abcès en bouton de chemise » évocateurs
- ✓ Au cours de l'invasion de la paroi colique, les amibes peuvent entraîner des effractions de la micro-vascularisation et diffuser par voie hématogène dans le système porte
- ✓ Les amibes adhèrent ensuite à la paroi des capillaires hépatiques et détruisent le parenchyme hépatique de façon centrifuge, réalisant un abcès amibien du foie.
- ✓ La localisation hépatique est toujours secondaire à une contamination colique, mais elle peut apparaître à distance de l'épisode dysentérique qui peut ne pas être retrouvé à l'anamnèse

## ❖ **CLINIQUE :**

### 1. **Amibiase intestinale :**

- ✓ Début brutal : Syndrome dysentérique
- ✓ Ténésmes : sensation douloureuse anale
- ✓ Empreintes : douleurs pelviennes expulsives
- ✓ Envie impérieuse d'aller à la selle : plus de 15 fois
- ✓ Selles afécales, avec présence de glaires et de sang.
- ✓ Absence de fièvre
- ✓ L'abdomen est sensible, le foie est normal, le toucher rectal est douloureux, l'état général est bien conservé au début.
- ✓ L'évolution se fait vers une aggravation progressive, parfois avec des phases de rémission.
- ✓ Les séquelles de l'amibiase intestinale :
  - Causées par des épisodes répétés se traduisent par une colite post-amibienne chronique marquée par des douleurs plus ou moins violentes et des troubles du transit



## 2. Amibiase tissulaire :

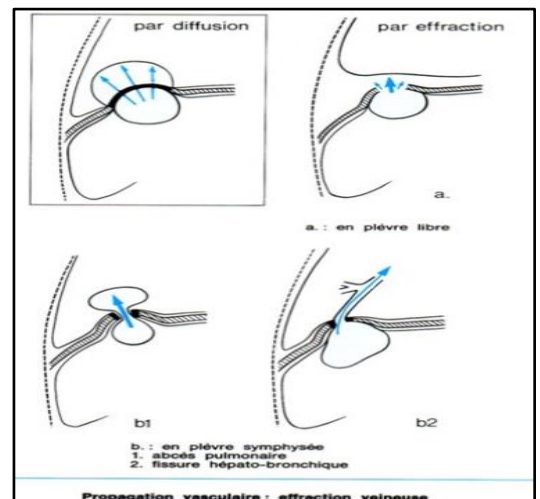
### A. Amibiase hépatique :

- ✓ Le foie est la principale localisation de l'amibiase tissulaire
- ✓ Les manifestations hépatiques peuvent apparaître plusieurs mois ou années après la contamination.
- ✓ Le début est progressif, concomitant ou non d'un épisode dysentérique, et se caractérise par :
  - Douleur de l'hypochondre droit irradiant vers l'épaule : **douleur en bretelle**
  - Fièvre précoce, en plateau à 39-40°C,
  - Altération de l'état général.
  - Hépatomégalie constante, lisse, douloureuse à l'ébranlement.



### B. Amibiase pleuro-pulmonaire :

- ✓ Rarement primitive, elle débute le plus souvent à la base droite car il s'agit d'une localisation secondaire à un abcès amibien du foie.
- ✓ Tableau d'une pneumopathie aiguë de la base avec point de côté, toux, expectoration, fièvre, et altération de l'état général. Parfois une atteinte pleurale est associée
- ✓ Evolution : peut se faire vers l'abcédation, avec risque de fistule bronchique et évacuation d'une vomique « chocolat » caractéristique



### C. Autres localisations rares :

- ✓ Localisations cérébrales peuvent être retrouvées, avec des signes cliniques dépendants de la localisation.
- ✓ Les formes cutanées, génitales et péricardiques



## PERICARDITE AMIBIENNE

- Echocardiographie bidimensionnelle, vue des cavités
  - EP : épanchement
  - OD : oreillette droite
  - VD : ventricule droit
  - VG : ventricule gauche
  - OG : oreillette gauche



## ❖ **METHODES DIAGNOSTIC :**

### 1. **Diagnostic de l'amibiase intestinale :**

#### ✓ **L'examen parasitologique des selles fraîchement émises :**

- Les kystes et parfois les formes végétatives du parasite.
- L'observation microscopique doit être effectuée rapidement et le diagnostic d'espèce nécessite un observateur expérimenté

#### ✓ **Autres examens :**

- Une coproculture est aussi toujours nécessaire pour éliminer les étiologies bactériennes
- La sérologie de l'amibiase est négative à ce stade

### 2. **Diagnostic de l'amibiase hépatique :**

#### ✓ Le diagnostic de l'abcès amibien se fait par :

- L'échographie hépatique et le scanner qui montrent l'extension des lésions et le rapport avec les gros vaisseaux et le diaphragme
- La sérologie spécifique est positive et confirme le diagnostic.
- L'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et l'augmentation de la CRP
- L'examen parasitologique des selles est souvent négatif à ce stade en l'absence de syndrome dysentérique

## ❖ **TRAITEMENT :**

#### ✓ Le traitement s'effectue en deux phases :

- **Antiamibien diffusible pour traiter l'épisode,**
- **Antiamibien "de contact" pour traiter la colonisation intestinale**

### **A. Traitement de l'amibiase intestinale :**

#### 1. **Antiamibien diffusible :**

- ✓ Le traitement de choix est le métronidazole (**FLAGYL®**) à la dose de 30 à 50 mg/kg/jour, en 3 prises pendant 7 à 10 jours.

#### 2. **Antiamibien de contact :**

- ✓ 3 jours après la fin du traitement, le Tiliquinol-tilbroquinol (**INTETRIX®**) doit être utilisé à la dose de 2 gélules matin et soir pendant 10 jours.
- ✓ Un examen parasitologique des selles, répété trois fois systématiquement prescrit 3 à 4 semaines après, afin de vérifier l'absence de portage chronique de kystes d'amibes.

### **B. Traitement de l'amibiase hépatique :**

- ✓ Le traitement de l'abcès amibien du foie repose sur les mêmes produits et le même schéma thérapeutique que pour l'amibiase intestinale aiguë,
- ✓ La douleur disparaît en quelques heures et l'apyrexie est obtenue en 48 à 72 heures.
- ✓ **Ponction évacuatrice percutanée :**

- Si le volume de l'abcès est important et qu'il existe un risque de fistulisation, elle peut être proposée.
- Elle ramènera un pus "chocolat" ne contenant pas d'amibes, et permettra une réduction de la durée d'hospitalisation.

- ✓ Le suivi est clinique et échographique.

