



AMOEBOSE (AMIBIASE)

Dr A.TOUAREF

Maitre –assistante en Maladies Infectieuses

CHU Annaba

Année universitaire: 2017-2018

ameltouaref@yahoo.fr

OBJECTIFS DU COURS

1/Connaitre l'agent causal de l'amoebose

2/Connaitre ces modes de transmission à l'homme

3/Etre capable de diagnostiquer une amoebose

4/Apprendre à **traiter** et à surveiller l'évolution

5/Savoir les moyens de **prévention**

PLAN DU COURS

I - INTRODUCTION

II - EPIDEMIOLOGIE

1 - Agent causal

2 - Réservoir

3 - Transmission

4 - Modalités épidémiologiques

III - PATHOGENIE

VI - CLINIQUE 1- Localisation colique

2-Localisations extra coliques

PLAN DU COURS

V - DIAGNOSTIC

1/F . Colique

2/F. extra coliques

VI – TRAITEMENT

A - Traitement curatif

B- Traitement préventif

-Buts

-Moyens

-Indications

VII- CONCLUSION

INTRODUCTION

- Infection parasitaire : Protozoose invasive due : **Entamoeba histolytica**
- Touche le gros intestin : Syndrome diarrhéique + possibilité localisations II_{aire}
- Grave : sur terrain d' ID
- Très répandue dans le monde: **3^{eme}** après paludisme et bilharziose
- Maladie **liée au péril fécal et aux mains sales**
- Maladie à déclaration obligatoire

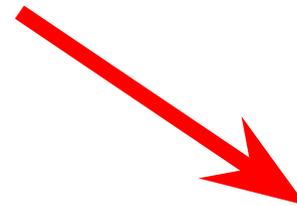
INTRODUCTION-DEFINITION

- Définition OMS 1997
« l'état dans lequel l'organisme humain héberge *Entamoeba histolytica* avec ou sans manifestations cliniques».

EPIDEMIOLOGIE

AGENT CAUSAL

Protozoaire : **ENTAMAEBEA HISTOLYTICA (E.H.)**



Formes végétatives : mobiles

1/ EH minuta: commensale de l'intestin

2/ EH histolytica : pouvoir pathogène

Forme kystique : immobile

résistance - contamination

Entamoeba histolytica (amibe)



Forme végétative → pseudopodes



Kyste

E .dispar

***E. coli, E. hartmanni, E. Polecki, endolimax nanus, Pseudolimax butschlii* : amibes non pathogènes**

Schéma des différentes amibes

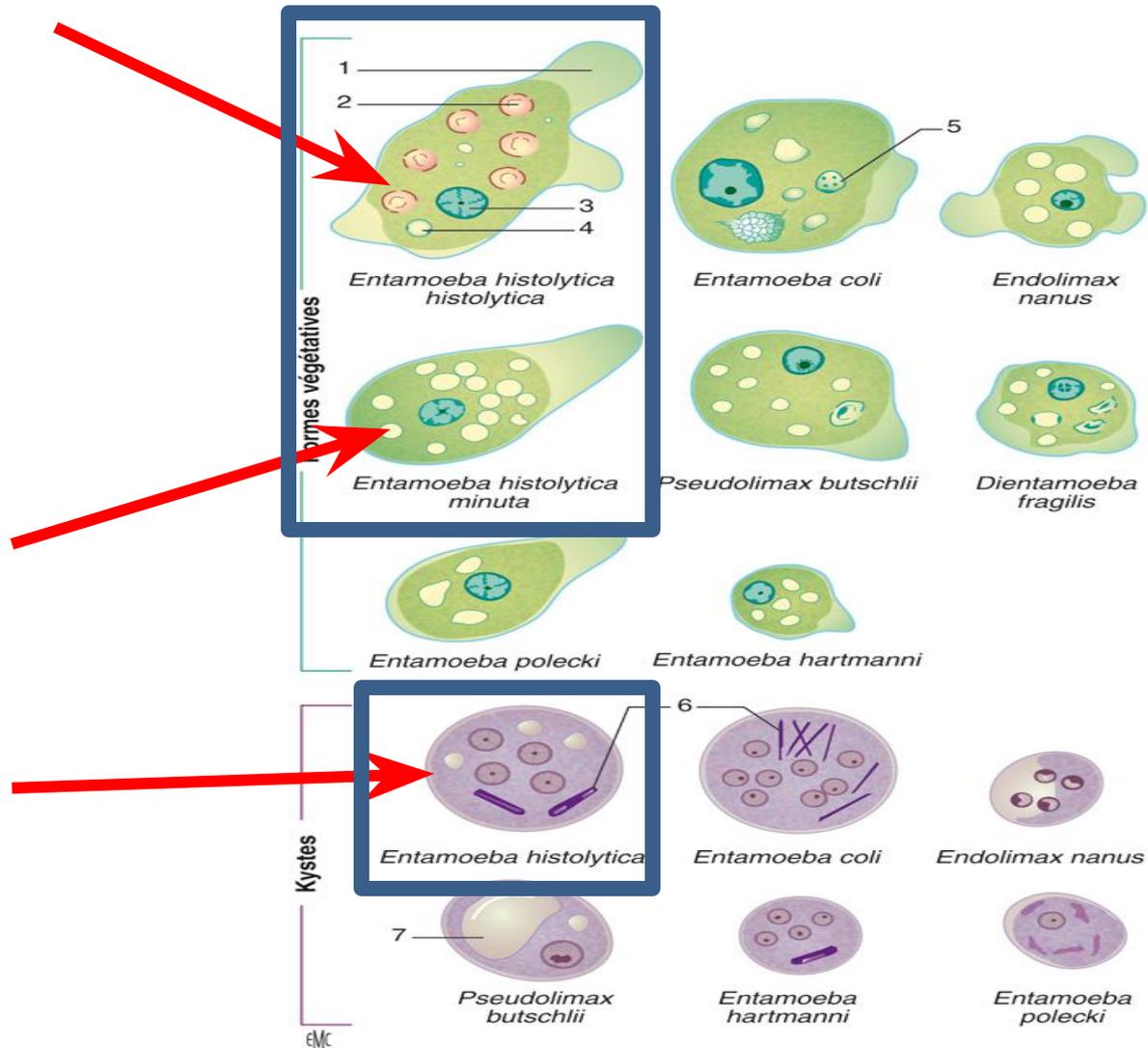
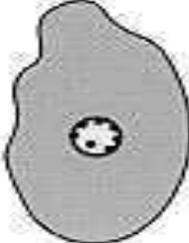
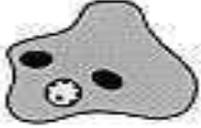
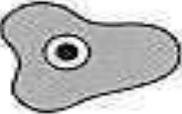
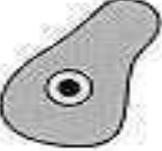


Schéma des différentes amibes

Amebae						
	<i>Entamoeba histolytica</i>	<i>Entamoeba hartmanni</i>	<i>Entamoeba coli</i>	<i>Entamoeba polecki</i> *	<i>Endolimax nana</i>	<i>Iodamoeba bütschlii</i>
Trophozoite						
Cyst						

*Rare, probably of animal origin

TRANSMISSION

MALADIE DU PERIL FECAL ET
MALADIE DES MAINS SALES

DIRECTE : Inter-humaine
mains sales (MANU PORTEE)

Maladie
du péril fécal

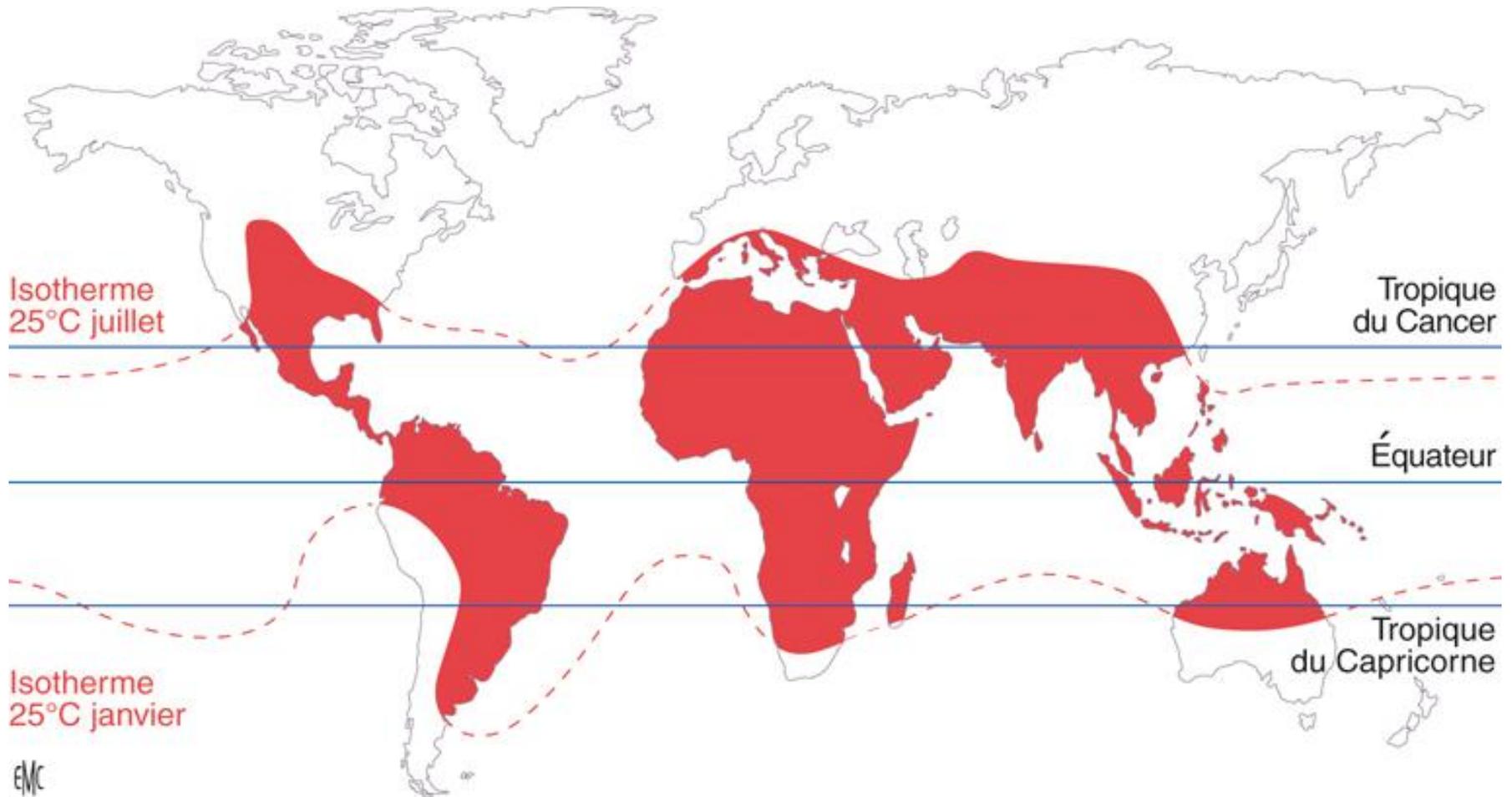
INDIRECTE
Eaux de boisson et aliments
souillés (crudites et fruits)

sexuelles : pratiques oro
anales

FREQUENCE ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE

- **Maladie cosmopolite : régions tropicales et intertropicales**
 - Dans les pays développés:
 - sporadique** chez migrants,
 - Dans les pays sous développés:
 - endémique** hygiène collective et individuelle insuffisante
- **Fréquence : - 90 % asymptomatiques (infestation)
- 10 % symptomatiques (maladie).**

Répartition géographique de l'amoebose



PATHOGENIE

Péril fécal : ingestion de kystes murs

Lumière colique

lyse de la coque kystique + multiplication

(AMOEOSE INFESTATION) **Forme minuta**

Kyste

Selles (Dissémination)

selles(détruites ½ extérieur)

hépatique/poumon...

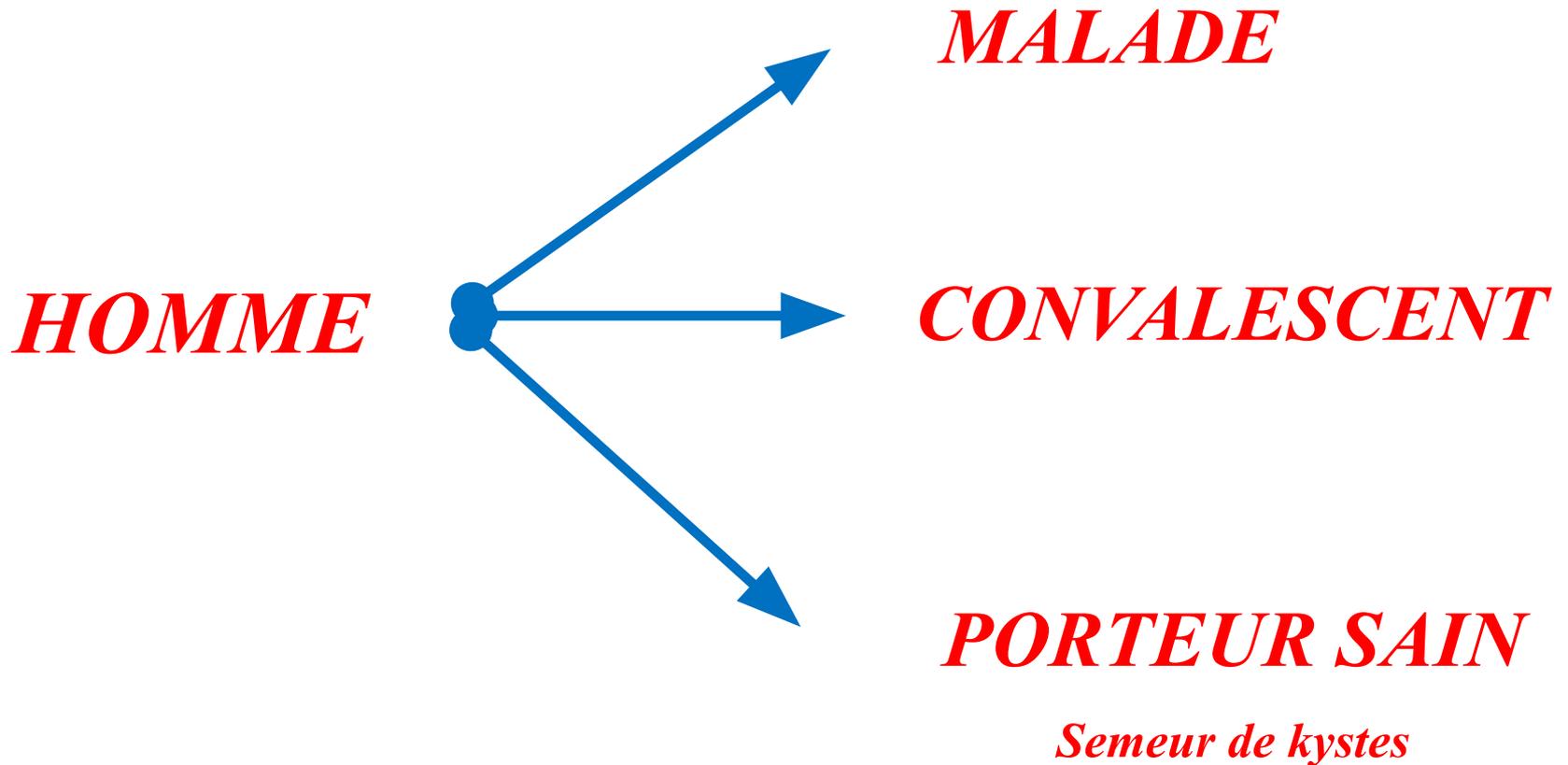
facteurs de risque

E.H.H (AMOEOSE MALADIE)

pouvoir nécrosant/invasif /abcès

coliques

RESERVOIR NATUREL



E.H est éliminée dans les selles des sujets parasités sous formes kystiques ,très résistantes peuvent survivre plusieurs semaines en ½ extérieur humide

CLINIQUE

1/AMOEBOSE INFESTATION

2/AMOEBOSE COLIQUE

3/AMOEBOSE EXTRACOLIQUE

CLINIQUE

1/AMOEBOSE INFESTATION

2/AMOEBOSE COLIQUE

3/AMOEBOSE EXTRACOLIQUE

1/ AMOEBOSE INFESTATION

Asymptomatique = forme de dissémination

Durée: Période +/- prolongée

quelques jours quelques mois voir même qlq années

Diagnostic difficile

Découverte fortuite : parasitologie des selles

CLINIQUE

1/AMOEBOSE INFESTATION

2/AMOEBOSE COLIQUE

3/AMOEBOSE EXTRACOLIQUE

2- AMOEBOSE MALADIE :

2.A- COLIQUE

□ **TDD : Amoebose colique aiguë (dysenterie amibienne)**

1- Incubation : Indéterminée

Quelques jours à quelques années

Facteurs favorisants

surmenage, modification du régime alimentaire, changement de climat ou traitement antibiotique à large spectre

2 - Début : Brutal ou progressif

Prodromes : - douleurs abdominales diffuses

- ballonnement abdominal

- asthénie – anorexie – malaise général

2/AMOEBOSE MALADIE :

2.A- COLIQUE

3 – Etat :

a- signes fonctionnels :

□ Douleurs abdominales

spontanées (colique)

provoquées (colite bipolaire)

□ Epreinte : douleurs traçantes suivant le cadre colique , se termine par envie impérieuse d'aller à la selle.

□ Ténésme : contracture douloureuse du sphincter anal

□ Fréquence élevée des selles (10-15),qui deviennent rapidement afécales faites de glaires et de sang: **Crachat rectal**

2/AMOEBOSE MALADIE :

2.A- COLIQUE

3 – D' état :

b- signes physiques : examen physique pauvre

- abdomen ballonné sensible
- cæcum étalé érectile ou spasmé
- T.R : douloureux élimine un processus tumoral,
doigtier revient glairosanglant
- foie de taille normale

2/AMOEBOSE MALADIE :

2.A - COLIQUE

3 – D' état :

c- signes généraux:

- Etat général reste longtemps conservé

- Absence de **fièvre +++**

- si fièvre => rechercher une autre **localisation/ou association**)

- pas de signes de déshydratation

2/AMOEBOSE MALADIE :

2.A- COLIQUE

3 – D' état :

d- évolution

Sous traitement :

- guérison (amélioration des troubles digestifs en 2 à 3 jours)

Sans traitement :

- rechutes fréquentes (malgré des rémissions)
- complications intestinales: hémorragies, perforations
- autres localisations amibiennes
- risque élevée de séquelles

2/AMOEBOSE MALADIE :

2.A- COLIQUE

Formes cliniques :

- 1- **Formes diarrhéiques aiguës banales** : très fréquentes 80% des cas
- 2- **F. Suraigües malignes** : terrain, tous le colon , hémorragie , perforation
- 3- **F. Fébrile** : associé à une diarrhée bactérienne
- 4- **F. pseudotumorale (amoebome)** : ulcero-proliférative sub occlusion
- 5- **Colite chronique post amibienne** : ensemble de manifestations séquellaires II aires à des crises répétées de formes aiguës.

Selle glairo-sanglante d'amoebose aiguë



2/AMOEBOSE MALADIE :

2.B -EXTRA COLIQUE

□ Amibiase hépatique : Clinique

- Toujours secondaire à l'amibiase colique (accompagne ou succède à l'atteinte colique)
- Délai d'apparition 10 jours à 30 ans

TABLEAU DE SUPPURATION PROFONDE

- ✓ Fièvre irrégulière souvent intense avec AEG
- ✓ Douleurs de l'HCD □ l'épaule en bretelle
- ✓ Hépatomégalie franche et douloureuse

Fièvre + Douleurs + HPM = triade de FONTON

Multiplés abcès coliques et hépatiques



2/AMOEBOSE MALADIE :

2.B-EXTRA COLIQUE

□ **Amibiase pleuro-pulmonaire** :secondaire ou primitive

□ **Soit non suppurée :**

-Pneumopathie aigue

-Pleurésie séro fibrineuse

□ **Soit suppuré**

-abcès pulmonaire

-pleurésie purulente

2/AMOEBOSE MALADIE :

2.B - EXTRA COLIQUE

□ **Autres localisations :**

Cérébrale : abcès amibien du cerveau => HIC

Péricardique : complique une amibiase hépatique du lobe gauche

Cutanée : surtout anale ou génitale

Rarement : splénique, ostéo-articulaire

DIAGNOSTIC

1/DIAGNOSTIC POSITIF : AMOEBOSE COLIQUE

Éléments d'orientation:

- 1) Contexte épidémiologique et clinique**
- 2) NFS : normocytose parfois anémie**

Éléments de certitude :

- 1) Ex. parasitologique des selles: amibe mobile hématoophage**
- 2) Recto-sigmoïdoscopie : ulcération en coup d'ongle + Bx : E.h**
- 3) Sérologie : + à un titre faible dans 70% des cas à la phase aiguë (à partir de 7^e jour)**

1/DIAGNOSTIC POSITIF : AMIBIASE HEPATIQUE

Éléments d'orientation :

Hyperleucocytose avec PN / une CRP : +

Hémocultures stériles

TT: surélévation diaphragmatique + comblement du CSCD

Echo/TDM : images d'abcès

Eléments de certitude :

Sérologie: positive

La recherche d'amibes : Svt (-) dans les selles , tjr (-) abcès

1/DIAGNOSTIC POSITIF

Autres localisations amibiennes

C'est surtout la sérologie qui confirme le diagnostic

2/DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

AMIBIASE COLIQUE

- 1) Dysenterie bacillaire**
- 2) Entérite virale**
- 3) Fièvre typhoïde**
- 4) Toxi-infection alimentaire**

2/DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

AMIBIASE HEPATIQUE

- 1) **Abcès à germes pyogènes**
- 2) **Cancer primitif du foie**
- 3) **Kyste hydatique du foie surinfectée**
- 4) **Certaines cirrhoses du foie**

TRAITEMENT

A/ TRAITEMENT CURATIF

1/BUTS

- 1) Déparasiter le sujet infecté**
- 2) Obtenir la guérison totale**

A/ TRAITEMENT CURATIF

2/MOYENS

A- Amaebicides diffusibles modernes : 5Nitro-Imidazolés

1/Métronidazole : Flagyl* cp 250, 500 mg ou sirop

Amp inj 500 mg

30 mg/Kg/j sans dépasser 2 gr/j

Contre-indications : femme enceinte (1ere T) et insuffisance hépatocellulaire

A/ TRAITEMENT CURATIF

2/ MOYENS

Alternatifs :

2/Ornidazole : cp et perf 500 mg

3/Secnidazole : sachet 2g

4/Tinidazole : cp 500 mg

A/ TRAITEMENT CURATIF

2/ MOYENS

B- Amaebicides de contact non diffusibles :

TILIQUNOL+TILBROQUINOL :

Quatre gel/j en 2 prises pdt 10 jours

A/ TRAITEMENT CURATIF

INDICATIONS

Amibiase colique aiguë :

Flagyl 2 gr/j pendant 7 jours

+ une cure d'amibicide de contact pour éviter les rechutes possibles dans les mois ou années suivantes

Amibiase colique maligne :

- ❑ Flagyl + et antibiotique à large spectre IV**
- ❑ Soins intensifs (TRT du choc)**
- ❑ Chirurgie**
- ❑ Amaebome : chirurgie**

A/ TRAITEMENT CURATIF

INDICATIONS

Amibiase hépatique :

TRT médical pendant 10 à 14 jours = amélioration clinique rapide

- ❖ **La température chute en 3 jours et la NFS se normalise en 7 à 10 jours**
- ❖ **Surveillance échographique pendant 2 à 12 mois**

Si abcès volumineux : TRT médical + ponction voire même drainage chirurgical

Compléter le TRT par un amoebicide de contact

A/ TRAITEMENT CURATIF

INDICATIONS

Amibiase pulmonaire :

- TRT médical**
- Ponction / drainage**
- Chirurgie**

Amibiase cérébrale

TRT médical + contrôle scanographique

B/ TRAITEMENT PREVENTIF

MESURES COLLECTIVES

- 1) Dépistage et traitement des porteurs sains**
- 2) Épuration des eaux de boisson**
- 3) Approvisionnement en eau potable**
- 4) Système de tout à l'égout**

B/ TRAITEMENT PREVENTIF

MESURES INDIVIDUELLES

- 1) Hygiène corporelle**
- 2) Lavage soigneux des mains**
- 3) Nettoyage des fruits et légumes**
- 4) Pas de chimioprophylaxie**

Conclusion et points essentiels

- **L'amoebiose : est due Entameoba histolytica**
- **Maladie du péril fécale et des mains sales, la transmission se fait par les mains sales et aliments souillés**

- **E.H .H est responsable :**
forme invasive de la maladie

- **E.H.M sont responsables :**
amoebiose infestation

- **Les kystes sont responsables :**
Dissemination de la maladie

- **La confirmation de amoebiose colique :**
parasitologie des selles

- **La confirmations de l'amoebiose hépatique :**
echo et sérologie

- **Le TRT de l'amoebiose maladie repose sur**
association amoebicie diffusible et de contact

MERCI DE VOTRE ATTENTION