

Amibiase

Amibiase : généralités

- Causée par protozoaire *Entamoeba histolytica* (Eh)
- Responsable de la dysenterie amibienne (colite parasitaire) potentiellement grave
- Une des causes majeures de diarrhées dans le monde

Amibiase (2)

- Transmission fécale (*syn. hydrique, oro-fécale*)
- Ubiquitaire, mais endémique surtout dans les PED
- 10-12% population mondiale est porteuse *d'Eh*
- Seuls 10% des porteurs sont symptomatiques
- Une Difficulté diagnostique majeure : à coté d'*Eh* existent nombre d' amibes non pathogènes

Entamoeba histolytica

- *Eh* est difficile à cultiver in vitro (pas en routine)
- *Eh* existe sous 2 formes :
 - a) trophozoite se présentant à leur tour sous 2 aspects :
 - *Eh histolytica* : agressive p.les tissus → amibiase maladie
 - *Eh minuta* : non agressive, commensale → amibiase infection
 - b) kyste: f. de résistance (milieu extérieur) et de contamination

E histolytica : le problème des amibes non pathogènes

- A coté d' *Eh* existent de nombreuses amibes
 - non pathogènes
 - indistinguables de *Eh*,

} *E. dispar*
} *E. moshkovski...*
 - Autres amibes communes + faciles à distinguer: *Entamoeba coli*, *E hartamni*, *Dientameoba fragilis*, *Endolimax nana*, etc....
- confusion possible avec *Eh* à l'examen des selles

Épidémiologie

- Ubiquitaire : climats chauds et froids
- Transmission hydrique (ou par les mains)
- Favorisée par la pauvreté
- Et par l'utilisation d'engrais humain (Sud Est Asie)

Épidémiologie (suite)

- 1 humain / 8 est porteur d'Eh soit 12% popul mondiale
- soit 480 M de personnes - Mortalité 40-100.000/an
- Seuls 10% des porteurs sont symptomatiques
- Groupes à risque :
 - Résidents ou voyageurs dans les PED endémiques
 - Homosexuels masculins
 - Mauvaise hygiène fécale collective :
malades mentaux, vieillards en institution

Pathologie

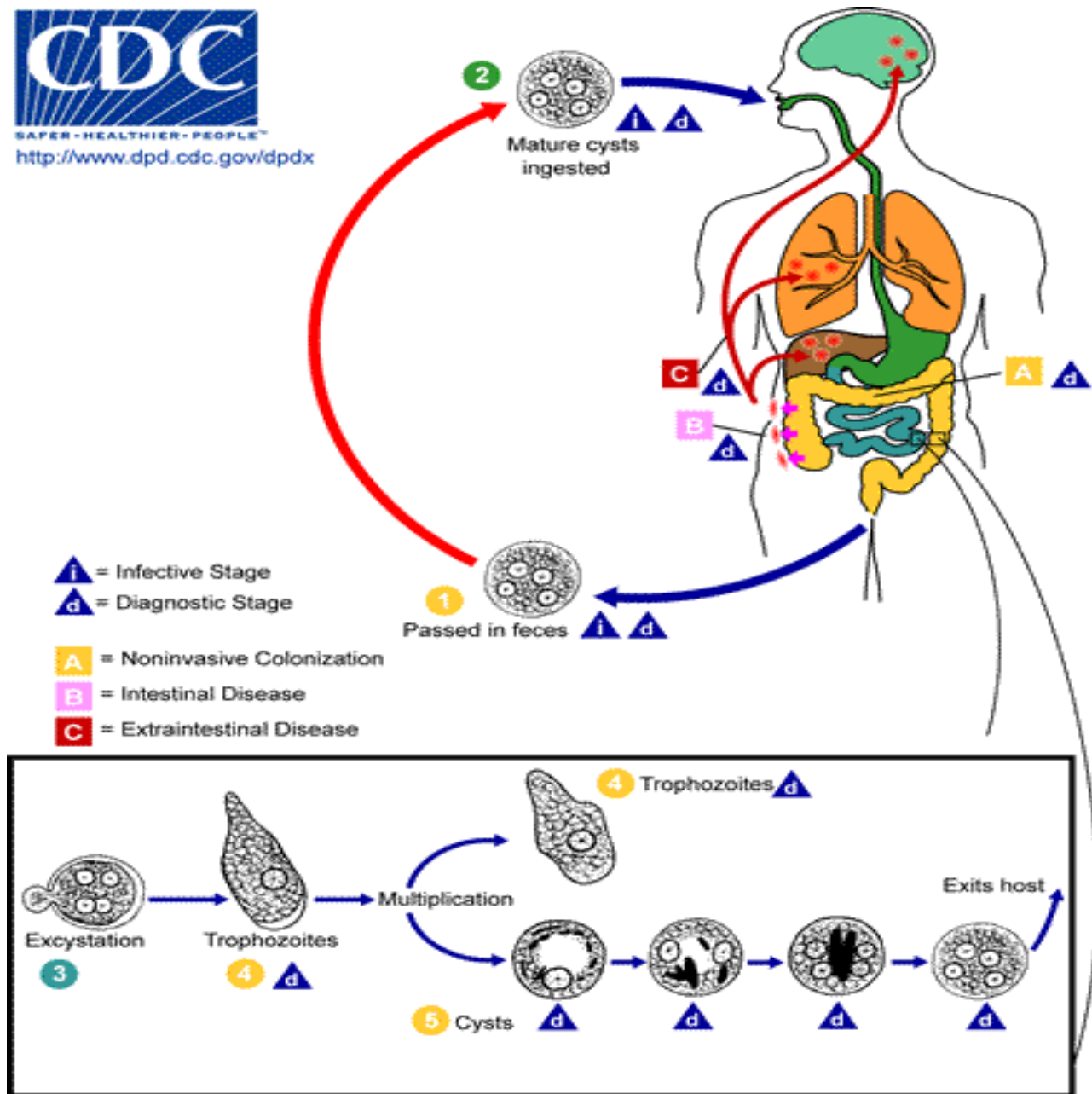
- « Histolytica » : *Eh* trophozoite capable de détruire tout tissus
- Virulence : conditions de *V* mal connues :
 - très agressive chez les uns et asymptomatique chez d'autres ?
 - facteurs d'adhérence, cytolysse, toxicité, phagocytose, protéase
- Colon : prédilection de *Eh* pour la muqueuse colique
- Provoque
 - ***ulcérations*** muqueuses + + + , micro-abcès
 - ***abcès*** à distance : foie + + + / poumon / cerveau
- Réaction inflammatoire initiale muqueuse + + + → ***dysenterie***
- Ensuite, lésions chroniques peu inflammatoires (l'amibe échappant aux défenses immunitaires)

Immunité :

du «portage sain» (infection) à la maladie

L'Amibiase est immunisante → anticorps protecteurs

- seuls 10% des porteurs sont symptomatiques
- colite aiguë ou amibiase hépatique ne récidivent pas
- On doit ainsi distinguer nettement :
- A « maladie » (ou Invasive) = symptomatique \approx 10%
- A « portage » (ou A infection /A infestation)
= f. asymptomatique = porteurs sains \approx 90%
- Sérologie utile et performante en cas d'A. maladie, surtout A invasive (extra-digestive ou digestive ulcérée)
- Possibilité de vaccin à l'étude



Clinique 1 : Amibiase Intestinale

1. **Portage sain**, majoritaire (90%) = *Amibiase infection*
peut évoluer vers Forme symptomatique (*A maladie*)
2. **F. insidieuse** (non spécifique) :
diarrhées, crampes abdominales, ténesme
3. **Colite amibienne** (10% des cas) = *Amibiase maladie*

Amibiase Intestinale (suite)

3. Colite amibienne (10% des cas) = *Amibiase maladie*

- début subaigu → évolution prolongée « **classique** » -
syndr.dysentérique typique traduisant
- ulcérations de la muqueuse colique + + (endoscopie)
- perte de poids,
- absence de fièvre

4. Colite nécrosante aiguë

(syn. col. fulminante, mégacôlon toxique, amibiase maligne)

Amibiase Intestinale (fin)

4. Colite nécrosante aiguë

- rare (0.5%) mais très *grave* (mortalité 40%),
- sujets sous corticoïdes (suite à faux Δ de Crohn ou RCH)
- fièvre élevée, faciès toxique, douleurs++ +, diarrhée sanglante,
- colon atone et dilaté avec ulcérations confluentes
- signes péritonéaux : pré-perforation \rightarrow *perforation*
- amibes difficiles à mettre en évidence
- Tt médical inefficace \rightarrow *chirurgie* urgente : colectomie

6. Amoebome :

- pseudo-tumeur du colon droit (cæcum, colon ascendant)
- mime le K du colon \rightarrow diagnostic chirurgical

Clinique 2: abcès amibien du foie

- ***Epidémio*** :
sexe masc. (10H/1F) , < 50 ans ; zone d'endémie
- ***Début*** : subaigu (en 2-4 sem)
- ***Symptômes*** :
 - * Fièvre (*l'A colique est en général sans fièvre*)
 - * Douleur sourde, abdomen > D, et base thorax D (réaction pleurale)
 - * Toux sèche, gêne inspiratoire
 - * S digestifs associés dans 10-35% (non spécifiques)
 - * Hépatomégalie douloureuse,
avec *douleur ↗ ↗ à l'ébranlement*

Abcès A du foie (2) : Diagnostic

- Imagerie : image d'abcès non spécifique, en général unique & lobe D
- Biologie : GB \nearrow , Pases alc. \nearrow , ALAT \nearrow .. inconstamment
- Recherche d'Amibes
 - présentes dans selles de < 50% abcès A foie
 - inconstamment retrouvées dans liquide de ponction
- Sérologie + > 90%

Abcès A du foie (3) Diagnostic différentiel

1. Abcès à pyogènes
 - *FR : age > 50,*
 - *diabète,*
 - *calculs biliaires,*
 - *ictère*
2. Cancer du foie (nécrosé) I ou IIaire
3. Kyste hydatique

Clinique : localisations extra-intestinales = 1% des amibiases

1. Foie (abcès) : la + fréquente des loc.extra-intestin
2. Poumon (15% des abcès du foie) (à droite)
3. Plèvre (fréquent) (pleurésie réactionnelle puis empyème, coté droit , fistulisation d'abcès du foie ; qqfois l'étape abcès du foie peut être sautée)
4. Péricarde : rare, rupture abcès du foie = grave + +

Clinique : localisations extra-intestinales (suite)

7. Cutanée (paroi abdominale, périanale...)
8. Génito-urinaire (rare, par contiguïté)
9. Cérébrale (abcès, très rare, très grave).....

Amibiase : Diagnostic biologique

1. *Ex selles à l'état frais (+ + +) :*

- Faible sensibilité
- visualisation de trophozoites mobiles
- ou de kystes (immobiles)

2. Rechercher présence d'hématies dans les trophozoites

- faux + / confusion avec *E.dispar* (indistinguable)

3. Autres techniques

Diagnostic : Examen des selles

1. Nombreuses contraintes :

les amibes sont fragiles + + +, et l'élimination n'est pas constante

→ pour un résultat fiable :

- selles à examiner rapidement : 30 min AP émission !!!
- 3 jours de suite
- sujet doit être vierge d'antibiot, antidiarrhéiques, AI, baryte
- utiliser colorations : iode, bleu de méthylène
- et techniques de concentration

2. Confusions possibles malgré ces précautions

Amibiase diagnostic : autres techniques

2. ***Recherche d'Antigène***
ou DNA (PCR) de *Eh* dans les selles
3. ***Sérologie*** : sensibilité 70-90% dans amibiase symptomatique
mais sérol. reste + plusieurs mois-années AP guérison ...
4. ***Biopsie colique*** : nombr. types lésionnels , non spécifiques ,
sauf si Amibes visibles (non constamment) (color.PAS)
5. ***Ponction hépatique (abcès)*** : rentabilité assez faible, pus
rarement chocolat, stérile, amibes rarement retrouvées

Diagnostic : sensibilité des techniques disponibles

Table 1. Sensitivity of Tests for the Diagnosis of Amebiasis.*

Test	Colitis	Liver Abscess
		<i>percent</i>
Microscopy		
Stool	25–60	10–40
Abscess fluid	NA	≤20
Antigen detection		
Stool	90	–40
Serum	65 (early)	–100 (before treatment)
Abscess fluid	NA	–40
Indirect hemagglutination (antibody)		
Serum obtained during acute illness	70	70–80
Serum obtained during convalescence	>90	>90

Amibiase Traitement

Tableau	Drogue	Dose / durée	Effets II ^{aires}
A. Porteur sain	Paromomycine Diloxanide furoate Tiliquinol (intétrix)	25-35 mg/kg/j x 7 j 500 mg x 3 /j x10 j 2g / j x 10j	gastro-intestinaux Id /prurit, urticaire
B. Colite aiguë	Metronidazole (Tinidazole) Suivi de traitt A.	750 mg x 3/j x 10j 2 g à J1 & J8	gastro-intestin antabuse, neurol.
C. Abcès Foie	Metronidazole Tinidazole Suivi de traitt A.	Id 800 mgx 3/j x 5j	Id id