

AMIBIASE (ENTAMOEBOSE)

(1)

DÉFINITION :

L'amibiase est une parasitose, due à l'ensemble des troubles causés par *Entamoeba histolytica* (dysentérie amibienne). Elle possède un réel pouvoir pathogène chez l'homme, de localisation primitive intestinale et aussi de localisation secondaire viscérale (Foie, Poumon, Cerveau).

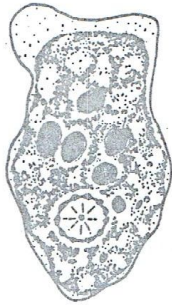
AGENT PATHOGENE :

E. histolytica se présente sous deux entités revêtant 3 aspects morphologiques.

Entamoeba histolytica histolytica : cette forme végétative, hématophage de 20 à 40 µm est très mobile à l'état frais grâce à ses pseudopodes. Elle vit chez l'homme dans les tissus (tissu hépatique ...) ou elle pénètre grâce à des enzymes protéolytiques provoquant des micro-abcès pouvant confluer entre eux.

MORPHOLOGIE DES RHIZOPODES

I. Genre Entamoeba. Chromaline périphérique. Caryosome fin, central, excentré.



forme histolytica
25.50 / 15.18 μ

E. histolytica



forme minuta
15.20 / 12.15 μ



forme kystique
12.14 μ



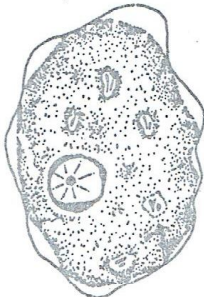
forme végétative
8.10 / 4.5 μ

E. hartmani

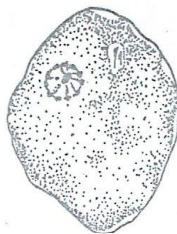


forme kystique
5-7 μ

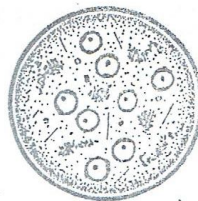
E. coli



forme végétative
25.50 / 20 μ



forme pré-kystique
18.20 / 15-18 μ



forme kystique
15 à 20 μ

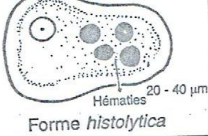
	Trophozoïtes = formes végétatives	Kystes	Noyaux (hématoxyline)
<i>Entamoeba histolytica</i>	 10 - 15 μ m Forme <i>minuta</i>	 10 - 15 μ m	
	 20 - 40 μ m Hématies Forme <i>histolytica</i>	Pas de kyste	
<i>Entamoeba coli</i>	 15 - 30 μ m	 15 - 20 μ m	
<i>Entamoeba hartmanni</i>	 5 - 10 μ m	 6 - 8 μ m	
<i>Endolimax nana</i>	 5 - 10 μ m	 6 - 10 μ m	
<i>Pseudolimax butschlii</i>	 10 - 15 μ m	 8 - 12 μ m	
<i>Dientamoeba fragilis</i>	 7 - 12 μ m	Pas de kyste	

Fig. 3. Morphologie des amibes.

On la retrouve également dans les selles dysentériques et la forme virulente pathogène. La reproduction se fait par simple division asexuée. Elle ne s'encysté jamais.

2.2) Entamoeba histolytica minuta : elle existe sous forme végétative et kystique. La forme végétative, non hématophage, se nourrissant de débris alimentaires ou de bactéries est plus petite que la précédente (10 à 15 μ m). Elle vit en commensal ^(non pathogène) dans la lumière Colique et peut être présente dans les selles de Sujets apparemment sains. Le kyste, sphérique de 10 à 13 μ m de $\varnothing$, est entouré d'une coque épaisse et résistante. Il est éliminé avec les selles, assurant ainsi la dissémination.

La résistance de ces formes est différente. Les stades végétatifs sont sensibles à la

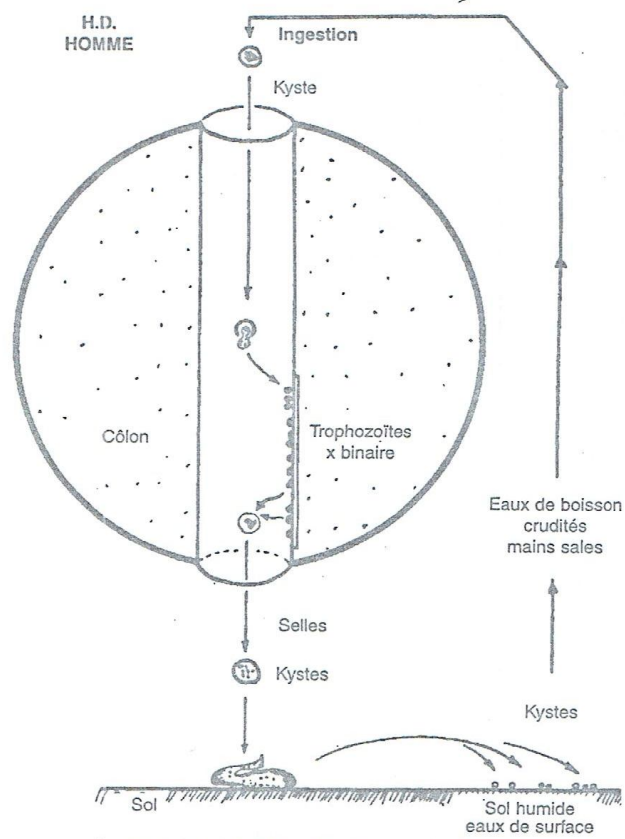


Fig. 8. Cycle évolutif des amibes intestinales de l'homme.

dessiccation et à la chaleur alors que les ⁽²⁾ bryotes y résistent et peuvent rester vivants pendant plusieurs jours dans l'eau. C'est l'homme qui est le réservoir de parasites. Leur rôle est capital dans la propagation de l'affection. En permettant la survie des kystes, le milieu extérieur constitue également un réservoir de parasites.

3. CYCLE:

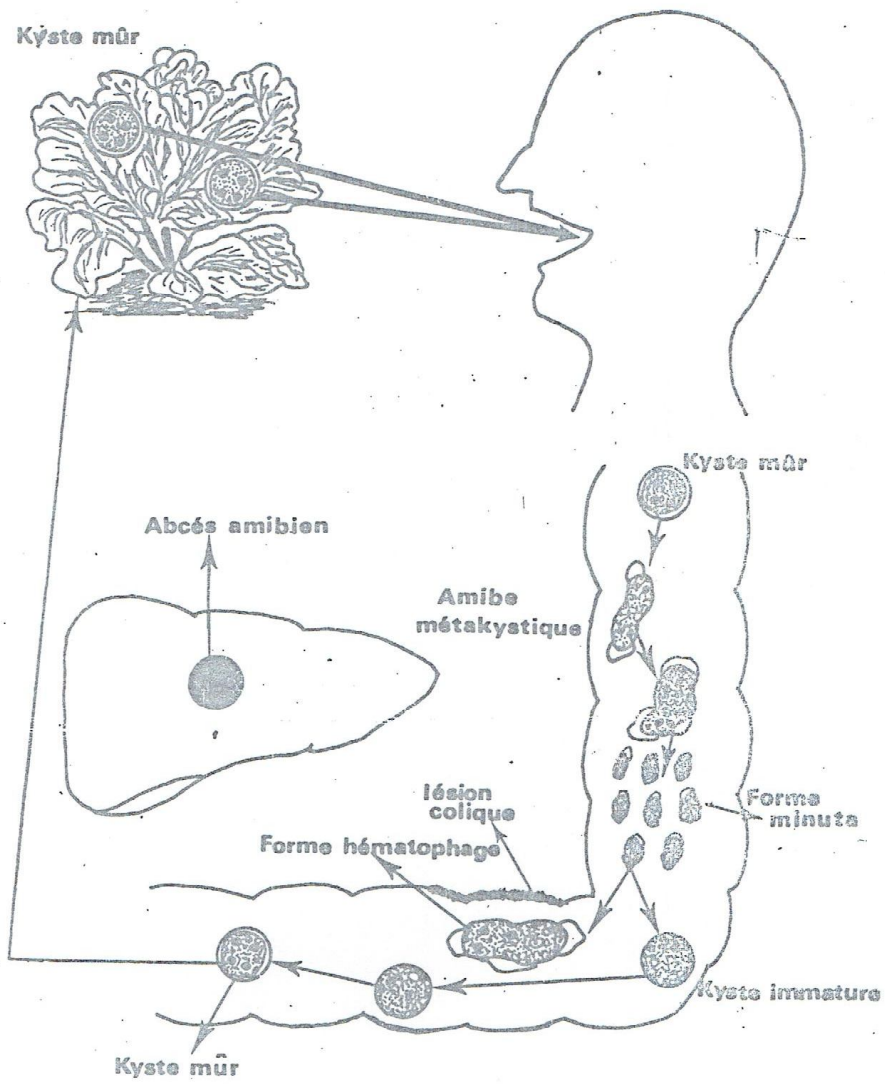
Le mode de contamination se fait par ingestion des bryotes mûrs d'*E. histolytica* de façon directe au contact d'un sujet porteur c.a.d. malade (maladie des mains sales dans les régions à hygiène rudimentaire unisexualité) mais plutôt de façon indirecte après pollution du milieu extérieur par les fèces humaines et consommation d'eau ou d'aliments souillés.

Les mouches et différents insectes peuvent (4) mécaniquement véhiculer les kystes sur leurs pattes.

Dans l'intestin humain, le cycle du parasite peut être double: Commensal c a d non pathogène (saprophytique) ou pathogène:

• Cycle Commensal: après ingestion avec l'eau de boisson, la coque des kystes se lyse et on assiste à la formation d'une amibe à 4 noyaux dite "amibe metabytique". Par division cytoplasmique, s'individualisent 8 amibes de petite taille possédant chacune un noyau et correspondant aux amibes minuta.

Sous diverses influences (variation du pH, déshydratation du bol fécal...) les formes minuta peuvent redonner des kystes qui sont éliminés avec les selles du sujet parasite. C'est l'amibiase infestation.



Cycle d'*E. histolytica*

N.D.

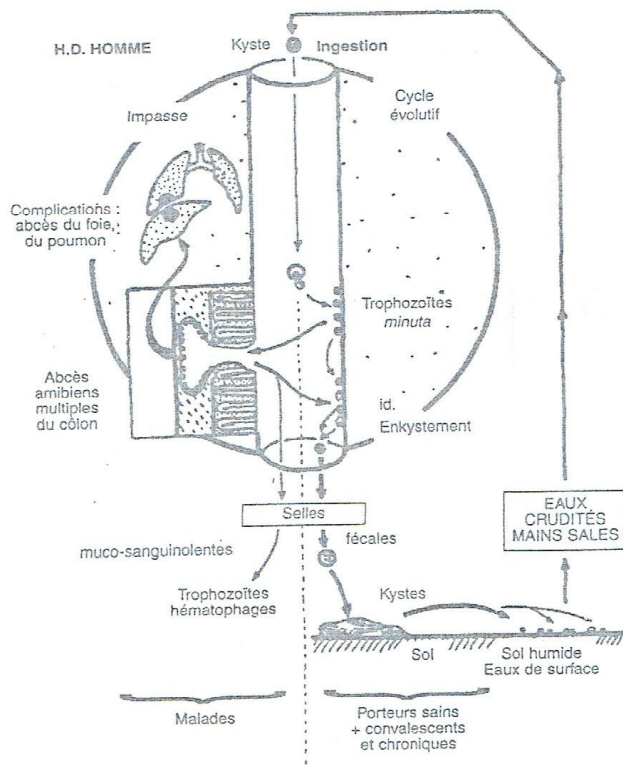


Fig. 4. Cycle évolutif de l'amibiase.

④ Cycle pathogène: Dans certaines circonstances⁽⁵⁾ les amibes peuvent passer de la forme *minuta* à la forme *histolytica* pathogène. Cette dernière est douée d'un pouvoir nécrosant. Elle pénètre dans la paroi Colique où elle se multiplie activement. (Elle pourrait parfois se différencier et revenir à la forme végétative *minuta* pour retourner dans la lumière intestinale et donner des formes kystiques).

Le réservoir de parasites: c'est l'homme qui est le porteur sain et est plus dangereux pour la société que le malade.

4) Clinique:

(6)

4.1) Amibiase Intestinale:

4.1.1) Amibiase intestinale aiguë ou dysenterie amibienne:

C'est la forme la plus typique.

L'incubation est silencieuse et de durée variable (quelques semaines à plusieurs mois).

Le début parfois annoncé par une diarrhée apparemment banale est marqué par des douleurs abdominales vagues.

La période d'état est caractérisée par:

- des excréments fréquents (5 à 20 par jour), ^{diarrhées (selle liquide)} constitués de mucus strié de sang (crachats dysentériques), émises en dehors de la défécation ou associées à des selles normales.
- des douleurs abdominales à type d'épisodes coliques expulsives douloureuses avec fausses crises d'aller à la selle) et le ténésme (contractions douloureuses du sphincter anal).
- un état général bien conservé au début.

5) Diagnostic biologique :

CM

5.1) Signes d'orientation

- Séjour en zone d'endémie. ^{→ seul affectation sévère d'une façon chronique dans une collectivité.}
- Contact avec un amibien connu.
- Homosexualité : 30 % des homosexuels sont parasités, le plus souvent de façon asymptomatique.
- Signes cliniques évocateurs d'une amibiase intestinale aigue.
- Examens paracliniques objectivant une amibiase hépatique.

5.2) Diagnostic de Certitude

L'examen direct ou après coloration des selles permet l'identification morphologique du parasite. Ce diagnostic est souvent difficile et il existe des risques d'erreurs par excès (confusion avec d'autres amibes peu ou non pathogènes) et des risques d'erreur par défaut (le parasite n'étant pas éliminé au cours de périodes dites négatives).

L'examen parasitologique doit être effectué à partir de selles récemment émises (ou mieux de selles émises au laboratoire pour l'examen extemporané).

Il est indispensable de répéter l'examen de selles à trois reprises, sur des prélèvements émis à 4 ou 5 jours d'intervalle (pour éviter les périodes négatives).

L'examen du mucus prélevé sous contrôle ectoscopique, au niveau des lésions suspectes, & trs > à l'examen des selles.

3) Diagnostic Sérologique :

Les réactions sérologiques, rarement positives dans les atteintes purement intestinales, sont par contre positives à des titres élevés en cas d'amibiase tissulaire où elles sont indispensables au diagnostic (immunofluorescence, immunoélectrophorèse, hémagglutination indirecte, ELISA). Il existe un test d'agglutination rapide et spécifique utilisable en urgence

6° TRAITEMENT

(13)

Il est avant tout médical.

5.1° Les Médicaments

6.1.1° Amœbicides tissulaires: Ils sont très efficaces contre les formes histolytica et peu actifs, dans la lumière intestinale, contre les formes minuta.

- FLAGYL® (métronidazole): 2 g par jour chez l'adulte, soit 8 comprimés pendant une semaine.

- FASIGYNE® (tinidazole), TIBERAL® (ornidazole) même posologie mais cure plus courte de 3 à 4 jours.

- FLAGENTYL® (secnidazole): 2 g en prise unique pour l'amibiase intestinale, à prolonger 4 à 5 jours dans l'amibiase hépatique ou pulmonaire.

Dans les cas gravissimes en zone d'endémie il est possible d'utiliser la DÉHYDROÉMÉTINE® (émétine) en injection sous-cutanée à la dose de 1 à 1,5 mg/kg de poids/jour pendant 10 jours.

6.1.2. Amœbicides de Contact : Ils sont ⁽¹⁴⁾ actifs dans la lumière intestinale contre les formes minuscules.

- INTÉTRIX® (tibroquinol et tiliquinol) ;
2g par jour pendant 10 jours.

6.2 Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical n'est à envisager qu'en complément du traitement médical pour évacuer certains kystes volumineux.

7/ PROPHYLAXIE :

Elle est surtout importante dans les pays chauds.

- mesures d'hygiène générale
- désinfection de l'eau de boisson (comprimés d'hydroclonazone®), consommation de légumes verts ou de fruits soigneusement lavés, propreté des mains.
- dépistage et traitement des porteurs sains de kystes.
- Pas de chimioprophylaxie efficace régulièrement utilisable.

AUTRES AMIBES PARASITES

(15)

DU TUBE DIGESTIF DE L'HOMME

A part *Entamoeba histolytica* et *E. dispar*,
d'autres amibes peuvent parasiter l'homme :

Les principales sont :

- *Entamoeba gingivalis* parasite du Collet dentaire
- *Entamoeba coli*
- *Entamoeba hartmanni*
- *Eudolimax nanus* (*nanus*)
- *Pseudolimax butschlii*
- *Sientamoeba fragilis*

Les cinq dernières amibes rencontrées ont un
pouvoir pathogène nul ou limité.

Certains auteurs pensent que *Sientamoeba fragilis* doit être considérée comme
potentiellement pathogène, au moins chez
les immunodéprimés.