

HEPATALGIES FEBRILES AU RETOUR D'UN SEJOUR OUTRE - MER

ADMISSION/URGENCES

Patiente, 50 ans :

Epigastralgies atypiques 5 jours.

Douleurs hypochondre droit.

Syndrome fébrile.

Vomissements alimentaires et biliaires...

Retour TCHAD 2 mois
(prophylaxie/paludisme).

ATCD :

Appendicectomie.

Tabagisme 6 PA.

•Examen clinique .

•ASP et Echo-TEST -
Hépatobiliopancréatique
: normalité

•Biologie :

**Syndrome inflammatoire
marqué - Polynucléose.**

Cytolyse « hépatique » modeste ». Cholestase biologique hépatique.

•**QBC et
frottis/Paludisme :**
négatif.

↓
« **CHOLECYSTITES AIGUES** » ?

Traitement : Flagyl/Ofloxacet IV –

Admission en Médecine.

OBSERVATION/MEDECINE

•Clinique

«**Hépatomégalie.**

Fièvre

Douleurs à l'ébranlement.

Triade de Fontan

NB:éviter la percussion hépatique !

Sérologie amibienne: S = 100 % - Sp = 95 %.

Technique dépistage Latex : **positif.**

Technique hémagglutination : titre **640** (> 80).

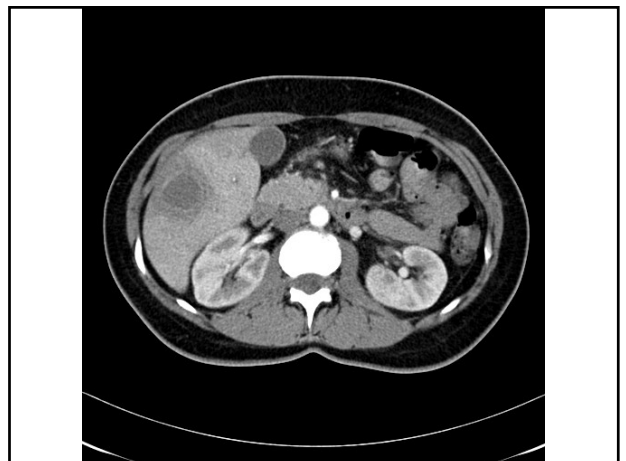
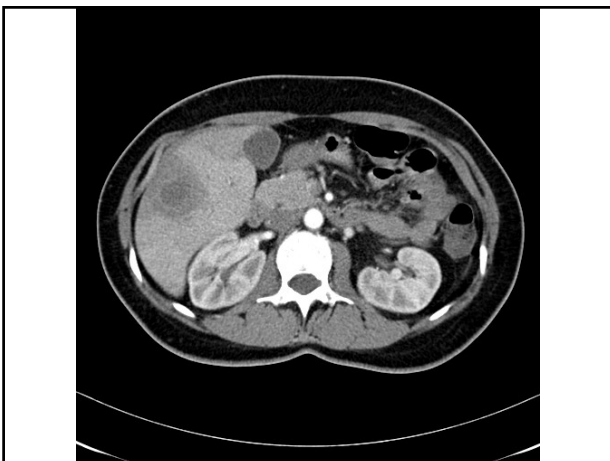
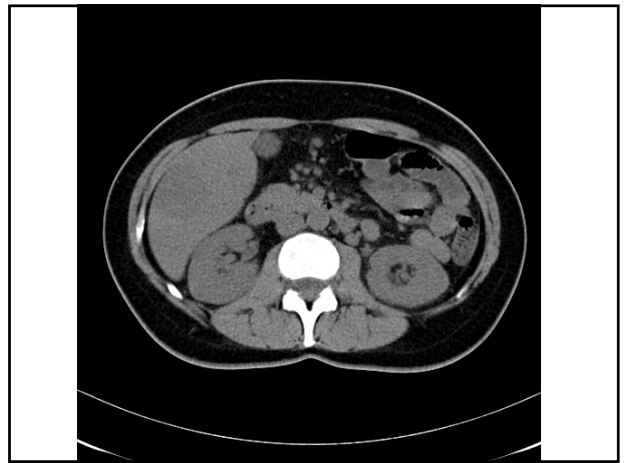
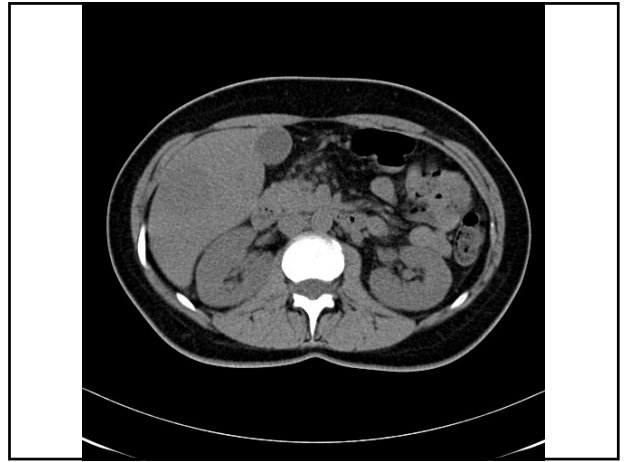
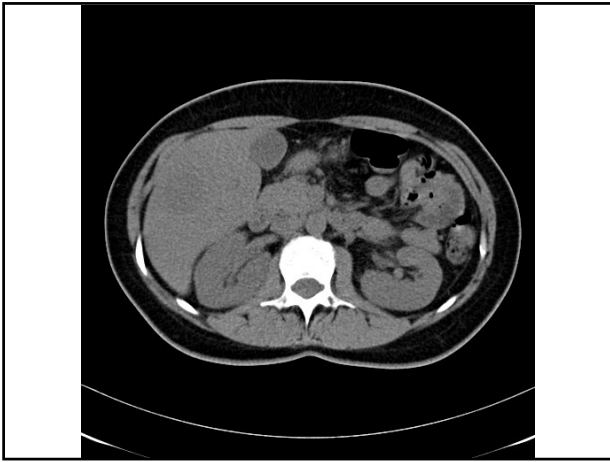
OBSERVATION/MEDECINE

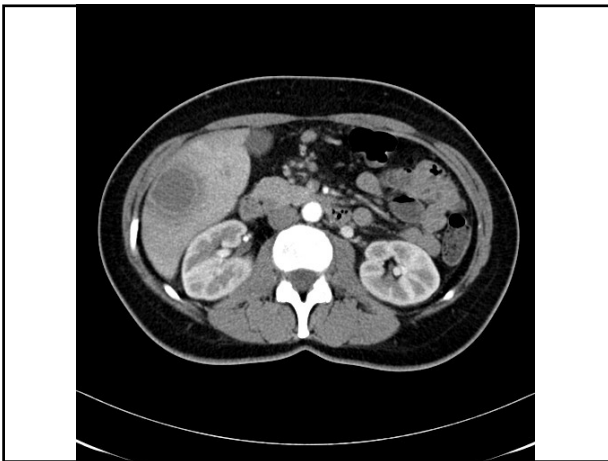
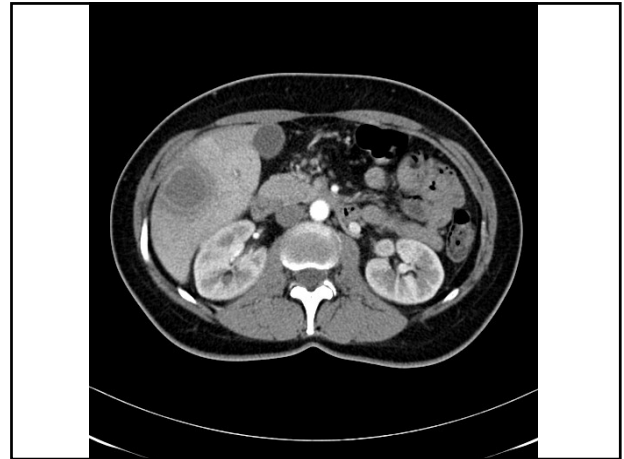
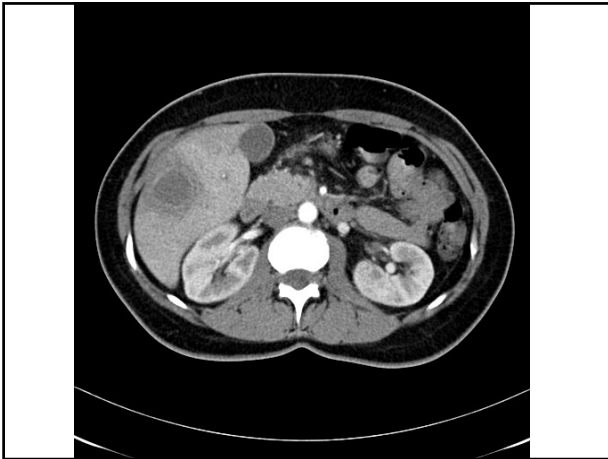
•IMAGERIE

•**Echographie hépatique** : non réalisée.

•**Scanner « hépato-bilio-pancréatique »** : lésion focale hépatique avec plage centrale liquidienne hypodense, cerclée par une image en cocarde, se rehaussant après injection ... : **Abscès du segment VI, en partie inférieure, 35 mm de diamètre.**







- SEROLOGIE AMIBIENNE POSITIVE
- IMAGERIE

↓

ABCES AMIBIEN

AMIBIASE

• « AMOEBOSE » :

« INFESTATION » HUMAINE.

- *ENTAMOEBIA HISTOLYTICA* :

seule amibe colique pathogène invasive.

EPIDEMIOLOGIE

- Protozoaire rhizopode, **Cosmopolite.**
- Zones **intertropicales** : **endémie**
- **10 %** de population mondiale.
- **100 000 décès annuels** (3ème cause de mortalité mondiale par atteinte parasitaire).
- **Plupart cas = importés.**
- France
 - ↙ Cas autochtones

CYCLES PARASITAIRES

• Le parasite : TROIS FORMES.



Deux Formes « végétatives »

MINUTA = INFESTATION

HISTOLYTICA = MALADIE.

Une Forme « KYSTIQUE », résistante (10 j à qq mois) = DISSEMINATION

UN CYCLE PARASITAIRE NON PATHOGENE.

Homme : « seul réservoir de parasite ».

Péris fécal: Ingestion de kystes mûrs : eau
crudités
Aliments
souillés

Lumière intestinale (scissiparité).

Formes MINUTA

Kystes

Cycle pathogène

Selles : Dissémination.

CYCLE PARASITAIRE PATHOGENE

10 % des patients infestés.

Baisse locale ou générale des défenses.

FORME MINUTA : croissance, mobilité :



FORME HISTOLYTICA hématophage.

Agression muqueuse intestinale.

Abcédation.

Dysenterie

Atteintes viscérales
extra-digestives

CLINIQUE

INFESTATION COLIQUE.

10 % symptomatiques.

INCUBATION VARIABLE

Dysenterie amibienne aiguë (Incubation 10 jours à quelques mois).

· Dysenterie Amoebo-bacillaire (shigellose/Asie du Sud-Est).

· Amibiase colique maligne (Choc, Péritonite).

· Amoebome : rare.

· Appendicite amibienne : rare.

· Colopathie post-amibienne.

· **Amibiase extra-digestive.**

◦ Cérébrale

◦ Cutanée

◦ Splénique

◦ Urogénitale

◦ Ostéo-articulaire

Exceptionnel

· **AMIBIASE HEPATIQUE.**

AMIBIASE HEPATIQUE

• La plus fréquente complication extra-colique de l'amibiase.

· Survenue rarement > 1 an après retour d'une zone d'endémie. Existence de formes autochtones/France.

• Le plus souvent, d'apparence primitive.

• Toujours secondaire à une atteinte intestinale latente ou patente (non ou mal traitée...).

« PHYSIOPATHOLOGIE ».

– Passage des amibes (E.H.H) à travers la paroi colique.

– Atteinte hépatique : par contiguïté.

Ou

par voie portale.

Envahissement du parenchyme hépatique « Hépatite Amibienne ».

– Phase de collection : « Abcès amibien ».

AMIBIASE HEPATIQUE

•3 Symptômes majeurs.

- **Hépatomégalie** : lisse, ferme, régulière.
- **Hépatalgies** :
 - ° Souvent spontanées (« douleurs en bretelles »).
 - ° Douleurs à l' ébranlement (« Bordes et Blanc ») : manœuvre contre indiquée en cas de douleurs spontanées.
- **Fièvre** : Oscillante, ou en plateau (40°).
- **Formes dissociées, frustes...** (« fièvre isolée »).

° **Syndrome inflammatoire biologique.**

° **Polynucléose.**

° **Cytolyse hépatique modérée, cholestase biologique** : plus rare.

DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE

AMIBIASE HEPATIQUE.

Examen parasitologique des selles (recherche E.H)
Négativité habituelle.



Diagnostic immunologique :

Sérodiagnostic, en urgence ⇒ **Résultat en quelques heures** ».

Test Latex : Dépistage.

Hémagglutination passive (1/128) : S 100 % ; Sp 95 % ;
positive plusieurs années.

Immunofluorescence indirecte (1/200^{ème}) : S 100 % ; Sp 95 % positivité à 6 à 12 mois. Négative un an après le traitement.

IMAGERIE/ABCES AMIBIEN

•ASP/COUPOLES :

- « Possible niveau liquide » hépatique.
- Surélévation de coupole diaphragmatique droite.
- Réaction pleurale possible.

Echographie hépatique/Abcès :

Zone hypo-échogène ⇒ Zone liquidienne pure.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ABCES AMIBIEN

ABCES PYOGENES.

Bactéries anaerobies souvent :

• Suites de chirurgie abdominale (lithiase biliaire, cancer digestif...)

Sérodiagnostic IFI/amibiase : positivité à titre faible, possible...

Kyste hydatique fissuré, surinfecté

Hépto-carcinome : « formes chroniques » en zone d'endémie.

AUTRES ESPECES d'AMIBES

« Non pathogènes ».

Possibles « troubles digestifs légers ».

ENTAMOEBA Coli.

ENDOLIMAX Nanus.

ENTAMOEBA Butschlii

ENTAMOEBA Hartmanni

ENTAMOEBA Polecki

DIENTAMOEBA Fragilis

ENTAMOEBA Dispar → **Morphologie identique/Entamoeba Hystolytica ; méthodes diagnostiques immunologiques ou biologie moléculaire/selles (non usuelles).**

THERAPEUTIQUES/AMIBIASE

MOYENS/TRAITEMENT MEDICAL.

Amoebicides de contact : Actifs/forme MINUTA
forme KYSTIQUE

Tiliquinol Tilbroquinol : **Intetrix*** - Gélules 300 mg.

Amoebicides « mixtes » : **tissulaires,**

et contact (« activité limitée).

DERIVES IMIDAZOLES

Métronidazole : **Flagyl**, cps à 250 ou 500 mg, amp. IV 500 mg.

Tinidazole : **Fasygine** 500, cps à 500 mg.

Secnidazole : **Flagentyl**, cps à 500 mg.

Ornidazole : **Tibéral**, cps à 500 mg ou ampoule 125, 500 mg, 1 g.

TRAITEMENT /ABCES AMIBIEN

FASIGYNE ou FLAGENTYL : 4 cps/j/3 à 5 jours.

Ou

FLAGYL 500 mg/ 3 à 4 cps/Jour/ 10 Jours (8 à 15 Jours).

Si nécessaire, voie parentérale - Flagyl 500 mg IV lente toutes les 8 heures/3 à 5 jours ou Tiberall.

Traitement suivi par une cure d'Amoebicides de contact, Intétrix 4/jour pendant 10 jours.

TRAITEMENT CHIRURGICAL/ ABCES AMIBIEN :

•Indication exceptionnelle.

•Ponction échoguidée plutôt que drainage chirurgical.

•INDICATIONS :

·ABCES volumineux > 12 cm, menaçant de fissurer et d'envahir les organes adjacents.

·Absence d'amélioration clinique après cinq jours de traitement médical.

▪ Association systématique au traitement médical.

EVOLUTION

Traitement médical : Evolution classique favorable.

Disparition fièvre, douleurs en 48 à 72 heures.

Normalisation échographique en 3 à 4 mois.

NB : « Amibiase » non immunisante.

PROPHYLAXIE

Lutte/Péril fécal.

⇒ Individuel

⇒ Collectivité.

PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE

Hygiène :

o **Toilette**/mains après chaque selle, avant et après repas.

o **Ingestion eau bouillie**, filtrée ou traitée...

o **Nettoyage crudités**, fruits avec eau potable.

o **Légumes cuits**.

PREVENTION HOMOSEXUALITE MASCULINE /MST

·« Contamination orofécale.

· Toilette anale avant rapports.

· Surveiller examen parasitologique des selles tous les trois mois.

· Traitement systématique des porteurs sains.

PROPHYLAXIE/COLLECTIVITE

Traitement des maladies.

Traitement des porteurs asymptomatiques de formes végétatives et kystes/EH (Industrie agro-alimentaire) : Traitement/INTETRIX*.

Engrais humain « interdit »...

Education population ... Latrines....

Circuits alimentation en eau de boisson

Protection aliments/Marchés.