

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIÈ DU MALI

ANNÉE 1988

N° 9

AMIBIASES PROFONDES A BAMAKO:
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES
INTERET ET LIMITES DE L'ELECTROSYNERÈSE
ET DE L'I.F.I DANS LE DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ à l'Ecole Nationale de
Medecine et de Pharmacie du Mali

PAR Ismaila Cissé

Pour obtenir le grade de Docteur en pharmacie (Diplôme d'Etat)

Examineurs :

Président :		Professeur Abdoulaye Ag Rhaïy
		Professeur Boubacar Cissé
Membres :		Professeur Aly Diallo
		Docteur Y Issa Maïga

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1988 - 1989

Professeur Aliou BA
Professeur Bocar SALL
Docteur Hubert BALIQUE
Demba DOUCOURE
Hama B. TRAORE

Directeur Général
Directeur Général Adjoint
Conseiller Technique
Secrétaire Général
Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Chef de D.E.R. Chirurgie
Générale-Médecine Légale
Ophtalmologie
Orthopédie-Traumatologie
Secourisme

Professeur Aliou BA
Professeur Bocar SALL

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

Professeur Mamadou DEMBELE
Professeur Abdel Karim KOUMARE
Professeur Sambou SOUMARE

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bénitiéni FOFANA
Docteur Mme SY Aïda SOW
Docteur Abdoul Alassane TOURE
Docteur Kalilou OUATTARA
Docteur Amadou Ingré DOLO
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA
Docteur Djibril SANGARE

Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Orthopédie-Traumatologie
Urologie
Gynécologie-Obstétrique
Odonto-Stomatologie
Chirurgie Générale
Soins Infirmiers

- A ma mère et à mon regretté père

En guise de reconnaissance pour m'avoir comblé d'affection et de tendresse vous avez toujours été pour moi un exemple de courage et de patience.

Trouvez dans ce travail objet de satisfaction et l'expression de mon profond attachement et de mon amour.

- A mes cousins et soeurs

Ce travail est le vôtre.

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

- A tous mes parents de Djénné

Grâce à l'éducation rigoureuse que vous nous avez donnée, nous avons très tôt appris à discerner le bien du mal et à aiguïser notre sens de responsabilité.

Toute ma reconnaissance.

- A la famille Abdoulaye Cissé à Djélibougou extension

Dans la confection de la dite thèse une motion particulière vous revient. Vous avez été d'un grand apport à tous les niveaux me permettant de mener à terme ce travail.

Vous m'avez accueilli au sein de votre famille et vous n'avez rien ménagé pour la réussite de mes études supérieures. Les mots ne sauront pas vous traduire mon attachement et ma gratitude.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sympathie.

- A tous mes amis de Djélibougou

Pour leur dire que les meilleurs amis sont ceux qui restent à vos côtés pendant les moments difficiles.

- A tous les étudiants de l'E.N.M.P

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	
CHAPITRE I-GENERALITES	
I-Définition de l'amibiase	1
II-Rappel Historique	1
III-Le parasite	1
1. Classification	1
2. <u>Entamoeba Histolytica</u>	6
IV-L'Amibiase	
1. Etiologie et cycle du parasite	12
2. Immunologie	14
3. Epidemiologie	14
4. Clinique	15
V-Diagnostic Biologique	27
Notre Etude	
CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODE	
I-Electrosynérèse	31
II-I.F.I.	34
CHAPITRE III : RESULTATS	
Résultats	37
CHAPITRE IV	
Analyse et commentaire des résultats	43
CHAPITRE V	
Conclusion.....	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES	

INTRODUCTION

L'amibiase est une parasitose intestinale due à Entamoeba histolytica qui est un parasite cosmopolite. L'entretien et la dissémination de l'amibe dysentérique sont favorisées par l'insuffisance de l'assainissement et l'ignorance du danger que présente le péril fécal. On estime qu'en 1981 il y a environ 480 millions de cas d'amibiases infestations, 36 millions de cas d'amibiases invasives et au moins 40000 cas de décès dus à une colite fulminante ou à un abcès du foie dans le monde (19).

Classiquement l'amibiase intestinale se caractérise par son polymorphisme clinique et se manifeste le plus souvent sous forme:

- d'une amibiase dysentérique aiguë
- d'une amibiase diarrhéique aiguë
- d'une amibiase chronique dysentérique
- d'une amibiase chronique non dysentérique

Les formes particulièrement graves de l'amibiase colique sont exceptionnelles, cependant ces complications (amibiases profondes) exigent le plus souvent une hospitalisation et peuvent être mortelles. Ces complications peuvent survenir chez les simples porteurs asymptomatiques ou même être en apparence isolées, la seule notion d'amibiase colique étant la possibilité d'un ancien portage amibien.

Dans les amibiases profondes la production d'anticorps est reconnue et leur recherche dans le serum constitue un moyen privilégié de diagnostic. Ainsi, actuellement plusieurs méthodes immunologiques sont utilisées pour le dépistage des amibiases

profondes.

Depuis 1987, l'INRSP pratique la serologie amibienne dans le laboratoire de sero-immunologie par les techniques d'electrosynérèse, d'immunofluorescence indirecte (IFI) ou d'hémagglutination. Notre thèse (la première du genre) s'est penchée sur l'évaluation de l'interêt et des limites des techniques d'electrosynérèse et d'IFI afin de mieux appréhender les méthodes les plus adaptées et les plus fiables dans nos conditions de travail.

D'autre part nous avons tenté une analyse des aspects epidemiologiques et clinique des amibiases profondes.

CHAPITRE I
GENERALITES

I-DEFINITION DE L'AMIBIASE

"L'amibiase est l'état dans lequel l'organisme humain héberge Entamoeba histolytica avec ou sans manifestation clinique" (comité d'expert OMS 1969).

II-RAPPEL HISTORIQUE

- Au 15^e siècle on connaissait déjà une dysenterie des pays chauds guérissable par l'extrait de racine d'ipeca (Uragoga ipecacuanha).

- En 1849 GROS a décrit pour la première fois chez l'homme une amibe : Entamoeba gingivalis

- En 1875 F. LOSCH a découvert l'amibe dans les selles d'un dysentérique et en 1885 KARTULIS en Egypte a découvert les amibes dans l'abcès du foie des pays chauds.

- L'amibiase est entrée dans sa période moderne avec l'apparition du traitement émetinien (alcaloïde extrait de l'ipeca) et de la culture des amibes qui a permis de mettre au point des réactions sérologiques.

III-LE PARASITE

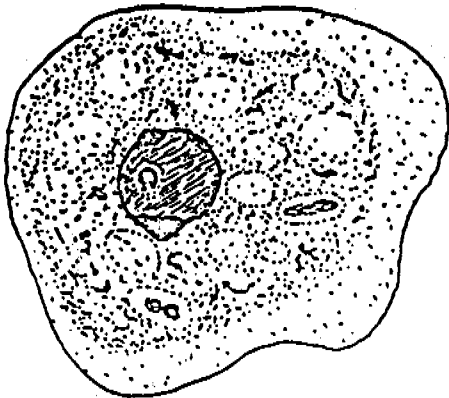
1. Classification : Les amibes appartiennent à :

- Embranchement des protozoaires
- Sous embranchement des sarcodina
- Classe des rhizopodes.

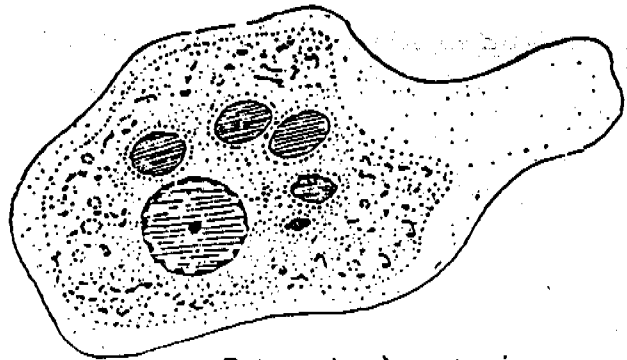
Les rhizopodes comprennent 4 genres :

- Endolimax
- Iodamoeba
- Dientamoeba
- Entamoeba

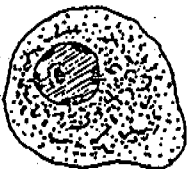
FORMES VEGETATIVES DES AMIBES PARASITES
DE L' HOMME



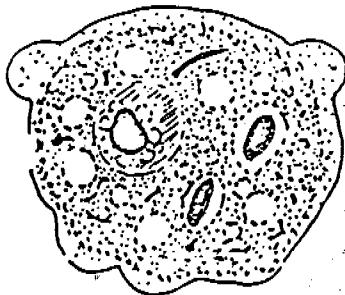
Entamoeba coli



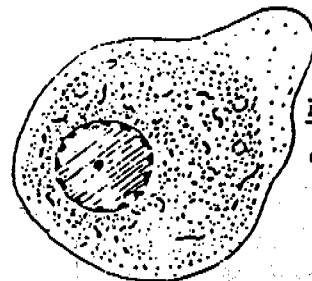
Entamoeba dysenteriae
forme "histolytica" hématoophage



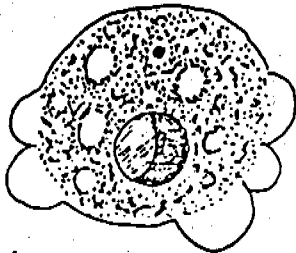
Entamoeba hartmanni



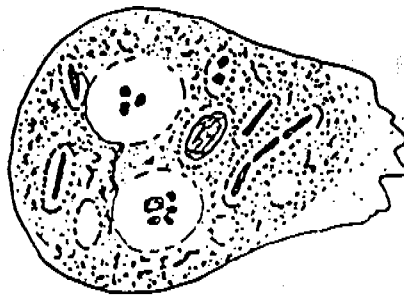
Pseudolimax butschlii



E. dysenteriae
forme "minuta"

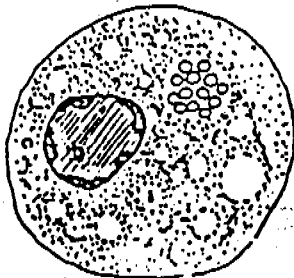


Endolimax nana



Dientamoeba
fragilis

DEUX CENTIMETRES représentent
10 microns

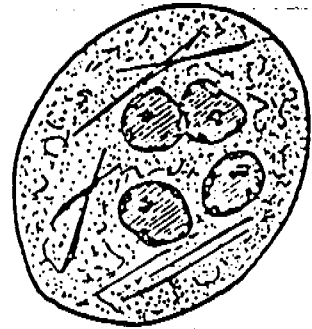
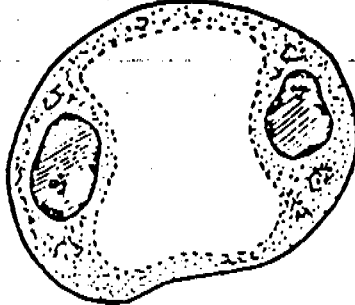


Entamoeba coli forme naine



Entamoeba dysenteriae
forme naine

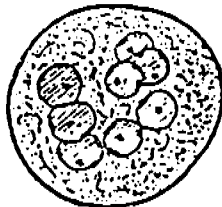
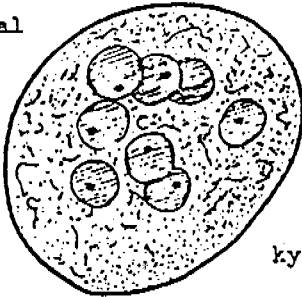
FORMES KYSTIQUES DES AMIBES PARASITES DE L'HOMME



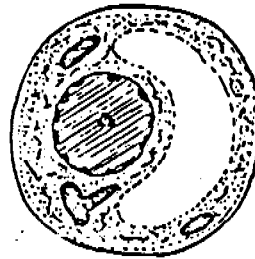
Entamoeba coli (kystes immatures)

normal

nain

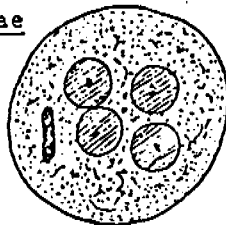
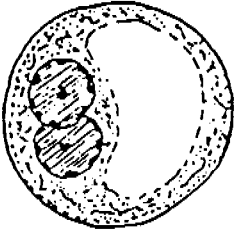


kystes mûrs d'E.coli



Entamoeba dysenteriae
(immature)

Kyste immature d'E.dysenteriae



Kyste mûr normal d'E.dysenteriae

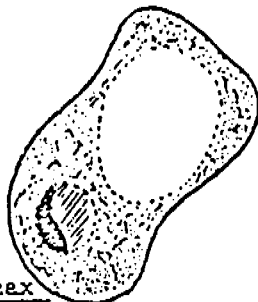
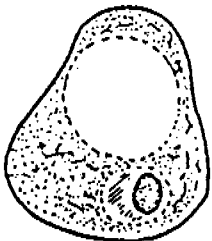


Kyste mûr nain d'E.dysenteriae!

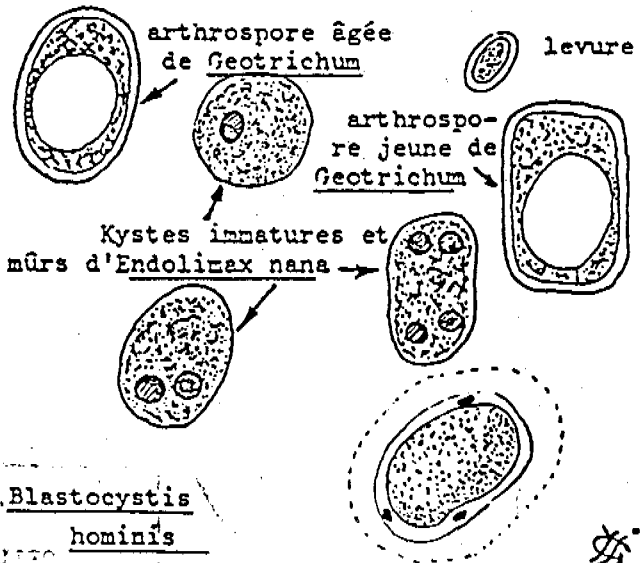


Kyste mûr d'Entamoeba hartmanni

DEUX CENTIMETRES représentent 10 microns



Kystes mûrs de Pseudolimax butschlii



Blastocystis hominis

2-Entamoeba histolytica

a. Morphologie : 3 aspects

+-Formes végétatives

*-Entamoeba histolytica histolytica dite hématoophage
seule agressive

*-Entamoeba histolytica minuta non hématoophage

+-La forme kystique : forme de résistance

&-Description en microscopie optique

-Entamoeba histolytica histolytica

Son diamètre est de 20 à 40 microns. L'endoplasme et l'ectoplasme sont bien distincts. L'endoplasme granuleux contient des bactéries et des hématies (1 à 40) reconnaissables à la teinte de l'hémoglobine. Ces hématies sont de taille variable selon leur degré de digestion.

L'ectoplasme émet de longs pseudopodes de façon rapide où s'engage l'endoplasme conférant à l'amibe un mouvement actif et dirigé : l'amibe arrive à sortir du champ microscopique. Ces filopodes (pseudopodes à extrémités pointues, filum = fil) mesurent 3 à 15 microns de long.

Le noyau peu visible à l'état frais a 5 à 7 microns de diamètre. Il est bien visible après coloration à l'iode ou à l'hématoxiline ferrique ; sa chromatine est en grains périphériques et il est muni d'un petit caryosome central bien limité.

-Entamoeba histolytica minuta

Comme son nom l'indique elle est plus petite que la précédente. Son diamètre est de 12 à 20 microns mais l'endoderme

et l'ectoderme sont bien nets.

L'endoderme granuleux ne contient que des bactéries, du glycogène et jamais d'hématies. Les grains de glycogènes sont soit disposés en rosette (configuration alpha) soit isolés (configuration beta). Les pseudopodes apparaissent lentement, ils sont paresseux néanmoins le mouvement de l'amibe est dirigé et la mobilité est maximale à 37° C dans les selles liquides.

Le noyau est excentré et contient un caryosome central.

-La forme kystique :

Le kyste est une sphère réfringente de 10 à 15 microns de diamètre, cerclé par une double membrane lisse et régulière. Sa caractéristique est de contenir 4 noyaux. Il contient une vésicule iodophile aux stades à 1 et 2 noyaux et des inclusions sidérophiles à bouts arrondis en cigare au stade de jeune kyste à 4 noyaux.

Sous une même apparence morphologique, Entamoeba histolytica comporte plusieurs zymodèmes dont certains sont dépourvus de pouvoir pathogène ; ainsi 11 zymodèmes ont été isolés dont 4 seulement sont pathogènes.

§-Ultrastructure :

L'étude de Entamoeba histolytica en microscopie électronique révèle des caractères importants :

- les amibes du genre entamoeba ne possèdent ni mitochondrie ni appareil de Golgi : la fonction mitochondrienne paraît être assurée par des fins granules. On observe également des corps hélicoidaux correspondant aux ribosomes.

- le reticulum endoplasmique est peu développé

- la membrane cytoplasmique et les membranes vacuolaires sont à 3 feuillets.

- Entamoeba histolytica possède une région caudale qui est le siège de la direction des contractions cytoplasmiques donc de la motricité de l'amibe.

- le noyau a une membrane à 2 feuillets, son caryosome centrale et sa chromatine périphérique reliée au caryosome en rayon de roue ont un aspect superposable à celui obtenu en microscopie optique.

b-L'habitat:

Entamoeba histolytica est rencontrée dans les .dejections glaireuses et sanglantes des dysentériques; dans les ulcérations de la paroi du colon et dans les zones d'attaques des abcès du foie.

La forme minuta vit comme commensale dans la lumière de l'intestin et elle se retrouve dans les selles des dysentériques entre les poussées aiguës et à la période chronique. Cette forme minuta est appelée aussi tetragena en raison des kystes à 4 noyaux qui en dérivent.

Les kystes mûrs se retrouvent dans les selles 6 à 8 jours après l'infestation. Ces kystes résistent dans le milieu extérieur d'autant plus longtemps que la température et le degré hygrométrique sont plus élevés.

c-Nutrition:

- La forme minuta se nourrit par phagocytose ou pinocytose de débris d'aliments, de bactéries. Elle exige pour sa croissance et sa multiplication du glucose dont le catabolisme conduit à la formation d'éthanol, d'acide acétique, du gaz carbonique et de

l'eau.

- La forme histolytica est hémaphage ; elle possède des enzymes protéolytiques (protéinase) contenues dans les lysosomes qui sont rejetés à la surface de la membrane cellulaire qui lui ouvre la barrière intestinale des capillaires de la muqueuse, lui permettant ainsi d'accéder au sang et de phagocyter les globules rouges. Ayant "pris goût" au sang le parasite ne va plus se multiplier que sous forme hémaphage. D'autre part, une collagenase lui permet de cheminer dans le tissu où il continuera d'exercer son action nécrosante. Pour pouvoir pénétrer la muqueuse intestinale, la forme histolytica doit d'abord se fixer à la surface de l'hépithélium, elle assure cette fixation grâce à sa surface très plissée d'où émanent les filipodes très fins par lesquels sont rejetées les protéinases. Pour cette fixation l'amibe a besoin de facteurs nutritionnels tels que cystéine, thiamine, riboflavine, acide nicotinique, acide pentothénique, vitamine C; mais aussi la fixation du parasite est favorisée par l'existence d'une lectine à la surface du parasite.

Dans le gros intestin, à la surface de la muqueuse, l'amibe histolytica hémaphage subit l'action de l'oxygène. Elle supporte cette action jusqu'à la teneur de 5 % au delà de laquelle elle est détruite ; c'est pourquoi, la présence d'un réducteur comme la cystéine lui est nécessaire de même l'association à diverses bactéries intestinales diminuant la tension d'oxygène lui est favorable. Seules les formes minuta donnent naissance aux kystes.

e-Culture : (2)

Les cultures d'amibes sont obtenues à partir des selles contenant des formes végétatives et des kystes. Il faut opérer à partir des spécimens frais. Si un prélèvement ne peut êtreensemencé tout de suite on le conservera à l'étuve à 37 degrés.

- Depuis longtemps on sait que Entamoeba histolytica pousse en présence de bactéries sur milieux riches (à l'oeuf, au serum) contenant de l'amidon de riz.

- Plus récemment, sa culture a été possible en présence d'une seule souche bactérienne ou d'un autre microorganisme Trypanosoma cruzi (culture monoxénique).

- Une culture pure (culture axénique) a été obtenue par DIAMOND à Bethesda aux USA.

- Les études en culture ont permis d'infirmer une opinion admise pourtant depuis longtemps : contrairement à ce que l'on croyait l'enkystement n'est pas une réponse de l'amibe à des conditions défavorables. L'enkystement paraît nécessaire chez l'homme même si les conditions sont favorables. En culture, il nécessite une flore bactérienne appropriée.

f-Pouvoir pathogène : (10)

Seule Entamoeba histolytica histolytica s'avère réellement virulent. La transformation de la forme végétative histolytica minuta saprophyte en forme végétative histolytica histolytica agressive et hématophage se réalise sous diverses influences :

- facteurs susceptibles de déterminer un état congestif et de petites hémorragies dans le gros intestin.

- facteurs locaux modifiant le redox à la surface de la muqueuse intestinale.

- l'abaissement du pH intestinal (absorption d'eau riche en magnésium).

g-Pouvoir toxique :

Les amibes pathogènes exercent "in vivo" comme "in vitro" une activité cytotoxique. Cette activité se trouve aussi chez les formes non virulentes mais est plus faible et s'exprime plus lentement. Cette cytotoxicité s'exerce de façon complémentaire:

- par contact
- par élaboration de substance toxique.

Ces "toxines" sont des enzymes : phospholipases hémolytiques, protéinases d'origine lysosomienne à action nécrosante, collagenases qui facilitent la pénétration de l'amibe dans les tissus.

Cependant, à côté de ces enzymes Entamoeba histolytica possède une protéine de masse moléculaire comprise entre 35 000 et 40 000 ayant des rapports avec les lectines et une substance neurohormonale semblable à la sérotonine capable de produire des lésions intestinales génératrices de diarrhée.

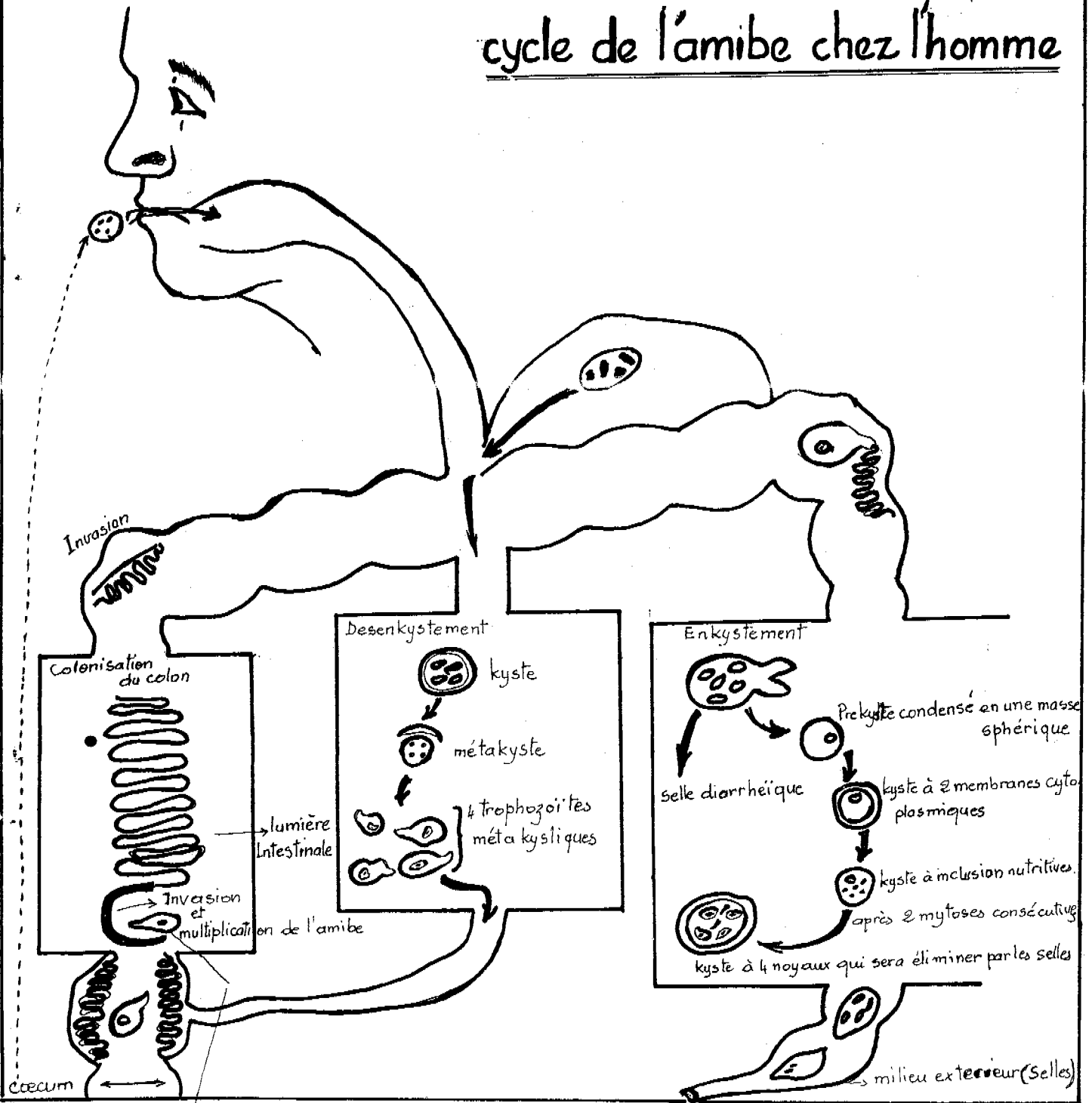
La virulence des souches d'amibe dysentérique est en rapport avec l'activité de toutes ces substances "toxiques".

h-Pouvoir antigénique : (10)

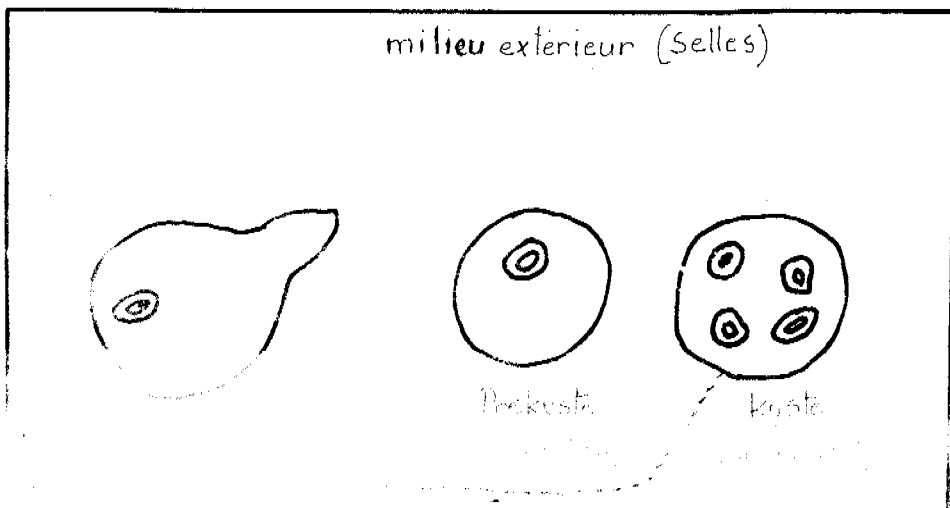
La membrane de Entamoeba histolytica est peu antigénique mais le cytoplasme est riche en antigènes qui sont libérés par la lyse du parasite. La forme histolytica histolytica est plus antigénique que histolytica minuta :

- il existe chez plus de 80% des amibes pathogènes un antigène que ne possède pas les formes non pathogènes dans la

cycle de l'amibe chez l'homme



- Métastases
 - poumon
 - cerveau
 - peau
 - Foie (surtout)



2-Immunologie :

In vitro, Entamoeba histolytica élabore et rejette des métabolites capables d'inhiber la chimiotaxie et le mouvement des monocytes. Ces produits dialysables et thermolabiles n'agissent pas sur les lymphocytes et peu sur les polynucléaires.

In vivo on pense que ces produits sont responsables du manque de réactions inflammatoires observées dans les stades avancés d'amibiase et la faible importance du processus cicatriciels des lésions.

Par ailleurs, l'organisme infecté est capable de réactions immunitaires humorale et cellulaire avec production d'anticorps (de classe : IgG, IgA, IgE) et d'auto-anticorps responsables d'une autolyse tissulaire aggravant les lésions.

L'immunité cellulaire déclenchée par les amibes peut être aussi conférée par Trichinella spiralis ou par le BCG et les macrophages activés par les lymphokines peuvent neutraliser les amibes.

3-Epidémiologie :

Entamoeba histolytica est un parasite cosmopolite qui existe même dans les régions polaires (amibiase des amérindiens du saskatchewan, au Canada).

C'est essentiellement la mauvaise hygiène facilitée par l'ignorance du péril fécal et la pauvreté qui favorise l'entretien et la dissémination de l'amibe dysentérique.

L'amibe sous sa forme minuta a une longévité très grande : plusieurs années.

La résistance de Entamoeba histolytica est quasi nulle sous

sa forme trophozoite dans le milieu extérieur. En revanche, la résistance des kystes est grande : plusieurs semaines dans l'eau entre 0 et 15°C, 3 jours dans l'eau à 30°C, 2 à 3 jours sur les fruits et légumes humides, 15 jours dans le lait à 40°C, quelques minutes sur les mains sèches.

Les hypochlorites, le permanganate de potassium et les acides (vinaigre) aux concentrations utilisables en alimentation humaine ne suppriment pas la vitalité des kystes. Ceux-ci ne sont détruits que par la chaleur à 50°C où la congélation (à moins 20°C).

L'Afrique humide, l'Asie, l'Amérique Centrale et Latine sont particulièrement infestées (50% de la population (2)).

L'endemie reste la règle de l'amibiase, l'épidémie est exceptionnelle.

4-Clinique :

Il est classique de distinguer l'amibiase colique, l'amibiase hépatique et les autres manifestations exceptionnelles de l'amibiase (cutanée viscérale).

- L'amibiase est d'abord et toujours une maladie intestinale qu'il y'ait ou non de manifestations cliniques digestives.

- Les migrations dans les autres viscères se font presque toujours à partir du foie qui représente un premier relais quasi obligatoire dans ces migrations.

A-L'amibiase colique :

L'amibiase intestinale se caractérise par son polymorphisme clinique. Son expression première peut être suraiguë de sombre pronostic mais plus fréquemment aiguë ou sub-aiguë

Il est impossible de parler de période d'incubation à propos

de l'amibiase car il existe de nombreux porteurs sains et que l'apparition de la maladie est liée à des conditions multiples et contingentes.

a.) Amibiase dysentérique aiguë :

C'est la forme la plus classique, la plus évocatrice, mais non la plus fréquente surtout dans les régions tempérées. Ce syndrome dysentérique associe :

-des signes fonctionnels :

- * Douleurs le long du cadre colique : elles correspondent à des contractions qui partent de la région coecale parcourent le cadre colique jusqu'au sphincter anal. Chacune de ces contractions détermine un paroxysme douloureux sur un fond d'endolorissement permanent.
- * Tenesme, sensation douloureuse au niveau du sphincter anal (type contraction, tension, brûlure).
- * Epreintes ou faux besoin d'aller à la selle.
- * Emission de "selles afécales", glaireuses ou glairo-sanglantes.

Les émissions de "crachats rectaux" sont fréquentes (8 à 10 par jour) mais moins que dans la dysenterie bacillaire. La béance du sphincter anal ne s'observe dans l'amibiase que dans les formes malignes.

- Des signes généraux :

Peu marqués dans les formes communes.

- * La température est en règle peu élevée dépassant

rarement 38° C.

* La déshydratation parfois inexistante est en règle modérée. Elle se manifeste par une perte de poids, une asthénie, de la soif, un faciès pâle et terreux.

b.) Amibiase diarrhéique aiguë :

C'est la forme la plus fréquente de l'amibiase aiguë colique. Les émissions de selle sont fréquentes, les selles sont fécales contenant des glaires et du sang ou afécales, séro-sanglantes le plus souvent. Ces émissions sont plus ou moins douloureuses mais l'ensemble du colon est spontanément douloureux. Les signes généraux sont ici volontiers plus marqués, les pertes hydroélectrolitiques étant plus grandes.

En fait l'amibiase diarrhéique peut ressembler à n'importe quelle diarrhée aiguë et le danger est ici de ne pas penser à l'amibiase, les diarrhées aiguës étant fréquentes en pays d'endémies.

c.)-Les formes graves de l'amibiase intestinale aiguë :

Il existe des formes particulièrement graves de l'amibiase colique caractérisées par l'étendue des lésions intestinales, leur caractère nécrotique, la gravité des signes généraux. Leur pronostic est mauvais. Ces formes sont heureusement rares, même dans les pays intertropicaux. Elles ont été d'abord décrites au cours de la première guerre mondiale. Elles évoluent sur un terrain taré, immunodéprimé ou chez l'enfant en association avec une infection typhique ou à pyogènes banaux. Cette amibiase colique maligne est volontiers associée à l'état gravidopuerpéral.

Sa pathogénie est mal connue : les cas sont sporadiques et il ne semble pas y avoir non plus de facteur infectieux déterminant (les germes isolés sont parfois très agressifs, mais parfois ce sont seulement des saprophytes).

d.)-Amibiase chronique dysentérique:

Il s'agit d'une dysenterie amibienne qui dure en absence de traitement ou même parfois malgré un traitement pendant plusieurs semaines ou pendant plusieurs mois.

Le syndrome fonctionnel persiste mais les signes sont atténués.

Les signes généraux sont très marqués. Cette amibiase est rare, son diagnostic est facile, mais la guérison se fait avec d'importantes séquelles coliques.

e.)-Amibiase chronique non dysentérique :

Cette amibiase est faite d'une succession dans un ordre imprévisible de manifestations pathologiques séparées par des périodes normales ou quasi normales. Les malades sont souvent des infirmes du colon qui pendant des mois ou des années ont des selles anormales et un abdomen inconfortable.

En fait l'amibiase chronique non dysentérique revêt en clinique, l'aspect d'une colite plus ou moins douloureuse à symptomatologie diarrhéique prédominante, évoluant au long cours souvent par poussées relativement benigne en général.

f.)-Etats coliques séquellaires :

Il s'agit de malades qui présentent des signes de colites banales avec douleurs, troubles du transit, selles anormales (classique alternance de diarrhée et constipation), intolérance

alimentaire fréquente, parasitoses intestinales associées (lam/bliase en particulier) mais chez lesquels la rectoscopie ne met en évidence que des lésions cicatricielles et la coprologie ne permet pas même avec beaucoup d'obstination de mettre en évidence les amibes.

g.)-Les formes chirurgicales

*-Amoebome :

Il s'agit d'une tumeur inflammatoire chronique du colon, dont l'étiologie amibienne n'est pas à priori évidente et dont le tableau évoque le cancer du colon, plus rarement la tuberculose colique. C'est une éventualité rare. L'amoebome siège de préférence au niveau du coecum ou du colon droit, plus rarement sur le colon gauche et exceptionnellement sur le colon transverse. Le diagnostic est difficile à porter mais l'intervention chirurgicale permettra de faire un diagnostic précis.

*-Autres formes chirurgicales :

Il s'agit de lésions organiques et fonctionnelles associées ou non à la présence d'amibes dans le colon. A côté du traitement antiparasitaire, ces lésions nécessitent parfois un traitement chirurgicale. Ce sont :

- atrésie colique diffuse, stenoses localisées ou segmentaires.

- hémorragies intestinales.

- ulcérations perforées, sphacèles coliques, péritonites.

- abcès péricolites.

- invaginations colo-coliques, volvulus.

- appendicites vraies et fausses appendicites.

- amibiase de l'intestin grêle exceptionnelle
- cellulite sous péritonéale.
- polyposes inflammatoires.

Ces lésions en association avec une amibiase intestinale sont en général reconnues et traitées. Quand elles sont isolées en apparence le problème est de savoir leur étiologie.

B-Amibiase extra-intestinale :

a.)-Amibiase hépatique :

C'est la forme la plus fréquente. L'atteinte hépatique est en règle bruyante, cependant les formes atténuées ne sont pas exceptionnelles et doivent être reconnues dans un tableau clinique trompeur.

L'amibiase hépatique est toujours une complication de l'amibiase intestinale. Suivant les cas on observera :

- amibiase hépatique associée à une amibiase intestinale aiguë

- amibiase hépatique survenant chez un amibien connu présentant des signes d'amibiase chronique non dysentérique ou chez un simple porteur sain.

- l'atteinte hépatique peut être en apparence isolée la seule notion étant la possibilité d'une contamination amibienne longtemps au paravant.

&-Facteurs favorisant l'amibiase hépatique :

Selon G. CHARMOT (7) il existe des souches hépatotropes d'*Entamoeba histolytica* :

- données cliniques : la majorité des dysenteries amibiennes évolue sans atteinte hépatique bien que la présence

d'amibes dans les veinules de la muqueuse colique soit un fait fréquent sinon constant. Par exemple à Dakar on constate que seulement 18% des colites amibiennes malignes autopsiées se compliquent d'abcès du foie, alors que la pullulation d'amibes est intense et qu'il paraît exister une dépression immunitaire sur 500 cas d'amibiase colique dépistés dans un hôpital militaire en France et d'origine exotique pour la quasi-totalité il n'existait que 6 complications hépatiques soit 1,2%.

La clinique suggère donc l'existence parmi les amibes pathogènes de population les unes "hépatotropes" et les autres "colotropes".

- données géographiques : le caractère hétérogène et la répartition géographique de l'abcès du foie connu lui aussi depuis longtemps suggère une répartition préférentielle des amibes agressives pour le foie dans les régions chaudes et humides d'Afrique et de l'Inde.

- données expérimentales : la plupart des études ont cherché à évaluer le pouvoir pathogène de souches isolées de malades ou de porteurs sains pour le colon du rat, animal chez lequel l'abcès hépatique est rarement observé. Cependant plusieurs expériences ont montré que la virulence d'une souche de culture axénique pour le foie du hamster était considérablement augmentée par des passages successifs, sans doute par sélection des clones aptes à se développer dans le tissu hépatique de cet animal. Des études par immuno-électrophorèse ont montré que les arcs de précipitation étaient identiques pour deux souches de Entamoeba histolytica isolées d'un abcès du foie et d'un abcès du cerveau

et présentaient des différences avec des souches isolées de localisation coliques ces dernières étant identiques entre elles.

De même, l'inoculation intra-hépatique du hamster nouveau-né a montré des variations importantes de virulence selon les souches d'amibes utilisés, et qui avaient été isolées sur milieux de culture axénique à partir de divers malades : l'une d'elle provoquait des abcès avec un inoculum de 20 trophozoites, une autre n'en donnait aucun avec 20 000 trophozoites, et d'autres avaient un pouvoir pathogène intermédiaire.

Ainsi l'expérimentation apporte également des arguments en faveur de l'existence de population hépatotropes de Entamoeba histolytica.

Outre l'existence des souches hépatotropes d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe, l'alcool, la malnutrition et probablement l'existence chez l'hôte des facteurs génétiques de résistance à l'abcès du foie sont favorables à l'installation d'une amibiase hépatique.

§-Tableau clinique de l'amibiase hépatique :

- La douleur hépatique est le signe principal, elle est constante et ne présente pas de paroxysme spontané, cette douleur irradie vers l'épaule et vers le dos (irradiation en bretelle) ; parfois la douleur est seulement ressentie dans l'épaule ce qui est une source d'erreur de diagnostic.
- la température s'élève de façon progressive et peut atteindre 39 à 40°C.
- le retentissement général est marqué : yeux cernes, faciès d'infecté, amaigrissement, état sabural.
- l'examen physique de l'abdomen va montrer un signe majeur

d'affection : hépatomégalie qui est modérée ou franche et presque toujours douloureuse.

- en règle il n'existe pas d'ictère, pas de splénomégalie, pas d'ascite ; un sub-ictère est parfois rencontré.

- le tableau peut comporter des signes d'amibiases intestinales aiguës.

b.)-Les atteintes thoraciques :

Elles sont toujours secondaires d'une amibiase hépatique, même si les signes de celles-ci sont au second plan du tableau clinique. L'extension du foie au thorax peut se faire :

- soit directement par extension de l'abcès

- soit par migration des amibes par voie lymphatique à travers le diaphragme.

. l'atteinte du lobe droit donnera une atteinte sus-diaphragmatique droite (base pulmonaire droite).

. l'atteinte du lobe gauche pourra donner une atteinte pleuro-pulmonaire ou péricardique.

&-Les lésions pulmonaires : C'est le deuxième site après le foie. L'amibe va réaliser :

* atteintes de type infectieux de la base thoracique se présentant cliniquement comme une pneumopathie aiguë.

* véritables abcès pulmonaires qui siègent le plus souvent à la base droite, qui s'accompagnent d'une douleur de la base droite d'origine hépatique et d'une vomique dont le pus est évocateur par sa couleur.

* atteintes pleurales qui sont soit une simple réaction pleurale avec comblement en cul de sac visible à l'examen radiographique ; soit un épanchement pleural sero-fibrineux de type inflammatoire riche en lymphocytes, soit un épanchement pleural purulent, secondaire à un abcès amibien du poumon.

§- Les lésions péricardiques :

Très rares, elles sont secondaires à une atteinte amibienne du lobe gauche du foie, par rupture d'un abcès dans le péricarde. Les signes sont ceux d'une pericardite purulente. Le diagnostic devra être rapide ; malgré le traitement le taux de mortalité reste élevé.

c.)-Amibiase du système nerveux :

L'atteinte du cerveau au cours d'amibiase à Entamoeba histolytica est rare, cependant on en décrit encore de temps en temps quelques observations (les plus récentes en Amérique du Sud). Il s'agit de tableaux gravissimes qui associent les lésions coliques, hépatiques, pulmonaires à une atteinte meningo-encephalitique directe. L'amibe dysentérique est présente dans tous les parenchymes y compris l'encephale.

Il existe aussi une amibiase meningo-encephalitique primitive due à des amibes libres des genres Acanthamoeba ou Hartmanella dont la porte d'entrée est nasale. Il s'agit d'une affection très rare tout à fait différente de celle due à Entamoeba histolytica.

A côté de l'atteinte directe du système nerveux central il est classique de décrire un retentissement à distance de

l'amibiase sur le système nerveux. Les manifestations cliniques retenues relèvent pour une part de troubles carenciels, mais traduisent surtout les troubles de l'équilibre neuro-végétatif.

d.)-Amibiase cutanée :

Elle est rare et est toujours une complication de l'amibiase hépatique ou intestinale. On distingue l'amibiase cutanée par extension d'un foyer amibien (qui est l'éventualité la plus fréquente) et l'amibiase cutanée par inoculation à distance qui est exceptionnelle.

&-Amibiase cutanée par extension :

- * Amibiase peri-anale : c'est la plus fréquente, la propagation s'est faite à partir du rectum. Le malade présente une ulcération parfois assez vaste, au fond irrégulier, aux bords infiltrés, surplombant une cratère. Certaines formes sont bourgeonnantes. Ces lésions sont en général, très douloureuses.
- * L'amibiase cutanée secondaire à l'ouverture d'une collection purulente : survient après ouverture spontanée ou drainage chirurgicale d'un abcès amibien du foie ou d'une pleuresie purulente amibienne. Il existe une ulcération unique extensive à aspect de gangrène : c'est le phagedénisme cutané amibien.

§-Amibiase cutanée d'inoculation à distance :

Le plus souvent c'est avec une ulcération unique surtout dans la région génitale. Très exceptionnellement on a

décrit des formes disséminées sur des lésions antérieures de la peau.

e.)-Amibiase splénique :

Elle est rare et son traitement est uniquement chirurgical. L'atteinte splénique semble s'être effectuée par contiguïté à partir du colon, réalisant une atteinte splénique sans atteinte hépatique.

Il existe aussi l'amibiase uro-génital et ostéo-articulaire, ce sont des localisations rarissimes (ulcération du col de l'uterus ou du penis).

V-DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

a.)-Diagnostic parasitologique :

Les amibes seront recherchées dans les selles ou dans les prélèvements effectués au cours d'une rectoscopie. Sur les biopsies et les matériaux d'autopsie la recherche des amibes est assez difficile.

Dans les selles c'est dans les glaires qu'on a plus de chance de trouver Entamoeba histolytica. En absence de syndrome dysentérique ou diarrhéique il est recommandé de faire une purgation saline (peu employée). Les selles seront de préférence émises au laboratoire, car Entamoeba histolytica est peu résistant dans le milieu extérieur.

b.)-Examen radiologique :

Au total les renseignements apportés par l'examen radiologique du colon sont intéressants mais non essentiels. Par contre il est impératif de pratiquer la radiographie chaque fois qu'on veut éliminer une affection tumorale maligne du colon en particulier chez les malades âgés de plus de 50 ans.

Dans l'amibiase hépatique les examens paracliniques sont multiples :

c.)-Hémogramme : montre une anémie modérée normochrome, l'hypoéosinophilie serait en faveur d'une suppuration.

d.)-la vitesse de sédimentation globulaire : Elle est constamment accélérée atteignant des taux de 120 mm à la première heure en cas de suppuration.

e.)-la biologie hépatique : elle est peu ou pas perturbée.

f.)-la laparoscopie : permet de pratiquer une ponction

exploratrice sous contrôle de la vue.

g.)-la scintigraphie hépatique : montre le site de l'abcès.

h.)-Diagnostic immunologique de l'Amibiase :

Depuis l'apparition de nouvelles techniques d'études immunologiques, la production d'anticorps dans l'amibiase a été reconnue, tout particulièrement lorsqu'il y a une invasion tissulaire.

Les méthodes employées sont hautement spécifiques mais leur sensibilité varie.

- épreuve de précipitation en milieu gelifié

C'est une immunodiffusion simple, l'antigène employé provient de culture monoxénique. Le résultat de la précipitation est obtenu en 8 heures mais la lecture définitive doit se faire au bout de 48 heures. On obtient un ou plusieurs arcs de précipitation avec différentes dilutions.

- Hémagglutination indirecte : est une épreuve délicate mais très sensible.

- Epreuve de fixation du complément : est actuellement peu employé.

- Un test d'immobilisation des amibes vivantes est actuellement à l'étude.

- Electrosynerèse : met en évidence un ou plusieurs arcs de précipitations.

- Immunofluorescence indirecte (IFI) . est une méthode très sensible.

Notre travail porte en partie sur le diagnostic immunologique des amibiases profondes. La méthodologie ainsi que le matériel utilisé est exposé dans le chapitre "Matériel et

Méthode"

A l'issue de ces rappels nous constatons que :

- l'amibiase est une affection endémique des pays pauvres et peu développés où les conditions d'hygiène sont précaires.

- si les formes simples (intestinales) n'impliquent pas de fortes réactions immunitaires, les formes profondes induisent une forte réaction immunitaire avec production d'anticorps circulants. La recherche et le dosage de ces anticorps constituent un moyen privilégié de diagnostic des formes profondes de l'amibiase.

TECHNIQUE de l'ELECTROSYNERESE

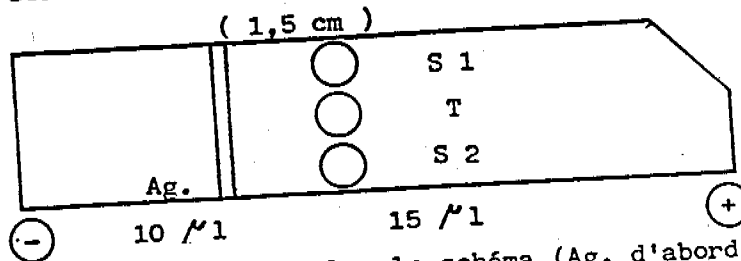
Bandes d'Electrosynérèse : 2,5 cm x 14 cm

1°) - Mettre les bandes d'E.S. dans le Tampon de migration pendant 45 minutes.

Tris	14,10 gr.)	= Tampon de migration
Glycine	22,60 gr.)	
Eau distillée q.s.q.	1 litre)	

2°) - Réaction :

Sortir la ou les bandes du Tampon
Sécher entre 2 feuilles de papier Joseph
Tendre les bandes d'E.S. sur le chevalet coin coupé en haut à droite
selon le schéma :



Faire les dépôts selon le schéma (Ag. d'abord, puis sérum)

3°) - Recouvrir la cuve

4°) - Brancher, vérifier le voltage aux bornes : 75 à 80 volts

5°) - Laisser migrer pendant 1 heure 30

6°) - Arrêter le courant, attendre 20 minutes avant de sortir les chevalets (temps de stabilisation). Puis vider les cuves.

7°) - Enlever les bandes du chevalet, s'assurer qu'elles sont bien numérotées.

8°) - Mettre les bandes dans un bain de Teepol à 1‰ pendant 15 minutes

9°) - Puis dans un bain de citrate pendant 30 minutes

10°) - Mettre les bandes dans le Tampon de Lavage pendant au moins 1 heure

Eau physiologique	950 ml)	= Tampon de Lavage
Tampon Tris	50 ml)	
Citrate trisodique	50 gr.)	

11°) - Coloration pendant 5 à 10 minutes

Bleu de Coomassie	0,4 gr.
Réactif décoloration	200 ml

12°) - Décoloration pendant 10 minutes

Méthanol	500 ml
Acide acétique	100 ml
Eau distillée	400 ml

13°) - Conserver les bandes dans une solution d'acide acétique à 5 %

II-Immunofluorescence indirecte (IFI)

L'immunofluorescence est découverte en 1942 par Albert Coons (4) ce qui a permis la mise au point d'une technique d'immunofluorescence indirecte qui fait l'objet d'un large emploi en serologie parasitaire.

a.)-Les serums analysés

- Les serums sont ceux analysés en électrosynerèse.

b.)-L'Antigène : Entamoeba histolytica obtenu à partir de cultures axeniques, puis fixées sur lames.

c.)-Matériel

- Microscope à fluorescence marque Leitz (Laborlux 12)

- Générateur de courant de même marque

- Tampon P.B.S. (phosphate buffered saline) h 7,2
P

- Lame Amoeba-Spot IF (Bio Merieux). E. histolytica fixées sur lame pour réaction d'immunofluorescence indirecte.

- Lame couvre-objets (60 X 24 mm)

- Chambre noire et humide

- Bleu d'Evans

d.)-Technique

- Principe :

Sur une lame d'Entamoeba-Spot IFI, déposer le serum à tester, puis révéler les anticorps fixés sur cet antigène par une globuline anti-immunoglobuline humaine marquée à la fluoresceine.

- Mode opératoire :

1. Sortir du coffret le nombre de lames nécessaires. Les laisser à température du laboratoire environ 15 minutes avant d'ouvrir le sachet.

2. Dilution des serums

1/50 : 90 microlitres de tampon plus 10 microlitres de serum

1/100: 100 microlitres de tampon PBS plus 100 microlitres de la dilution au 1/50. Faire la même dilution avec le témoin positif

3. Déposer dans chaque cupule 1 goutte de chaque dilution de serum

4. Incuber 30_{mn} à 37°C en chambre humide et noire

5. laver deux fois au tampon PBS 5 mn. Egoutter, sécher sous ventilateur

6. Incuber 30 mn. à 37°C en chambre noire et humide après avoir déposé sur chaque cupule une goutte de conjugué.

Préparation du conjugué :

*-Diluer 2 gouttes de bleu d'EVans (Bio Merieux) dans 10 ml de tampon PBS.

* Dans 4,9 ml de bleu dilué on ajoute 2 gouttes de conjugué IgGAM

7. Laver deux fois dans du PBS 5 mn. Passer rapidement dans un bain d'eau distillée.

8. Sécher

Déposer une goutte de glycérine tamponnée et couvrir d'une lamelle. Faire la lecture au microscope à fluorescence (objectif 10) (mettre le microscope en marche quelques minutes avant la lecture.

9. Lecture :

- Réaction négative : Les amibes apparaissent en rouge aucune fluorescence membranaire ne doit être observée.
- Réaction positive : Selon le titre du serum testé, la

fluorescence peut être intense et s'observer sur toute la surface de l'amibe ou être limitée à un liseré très net de la membrane cytoplasmique.

CHAPITRE III
RESULTATS

Notre étude a porté sur 162 serums qui ont été testés à la fois en IFI et en électrosynerèse. Au total 120 séropositifs ont été enregistrés. Lors de l'analyse de ces séropositifs 19 cas ont été exclus faute de renseignement complet empêchant ainsi leur exploitation pour un essai de synthèse. Dans ces conditions 101 séropositifs ont été exploités ; notre étude repose donc sur ces 101 cas.

Les résultats obtenus ont été portés sur les tableaux ci-dessous numérotés de 1 à 5. Ils se rapportent à :

- la corrélation entre l'IFI et l'électrosynerèse
- la répartition des séropositifs en fonction de l'âge et du sexe
- la répartition des séropositifs en fonction de l'ethnie
- la répartition des séropositifs en fonction de la profession
- la répartition des séropositifs en fonction de la clinique.

Tableau I-Correlation entre les techniques d'IFI et d'electrosynerèse.

162 serums testés à la fois en IFI et en electrosynerèse :
68 séropositifs en IFI soit 41,6 %
109 séropositifs en electrosynerèse soit 67,9 %
57 séropositifs à la fois en IFI et en electrosynerèse soit 35,2 %
52 cas positifs en electrosynerèse et négatifs en IFI soit 32,1 %
11 cas négatifs en electrosynerèse et positif en IFI soit 6,8 %

Dans ce tableau nous avons le pourcentage (par rapport au total des serums testés) des positifs en IFI et en electrosynerèse puis la concordance et la divergence des résultats obtenus par ces deux methodes de diagnostic immunologique de l'amibiase.

IFI^{*} : Immunofluorescence indirecte.

Tableau II-Repartition des séropositifs en fonction de l'âge et du sexe.

Tranche d'âge	Nbre de malades dans la tranche	Hommes	Femmes	Pourcentage
0 - 10 ans	2	0	2	1,98 %
11 - 20 ans	3	2	1	2,97 %
21 - 30 ans	16	13	3	15,84 %
31 - 40 ans	27	20	7	26,73 %
41 - 50 ans	22	19	3	21,78 %
51 - 60 ans	19	15	4	18,81 %
61 - 70 ans	8	4	4	7,92 %
> 70 ans	4	3	1	3,96 %
Total	101	76	25	100 %

Tableau III-Répartition des séropositifs en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Nbre de séropositifs	Pourcentage
Bambara	28	27,72 %
Sarakolé	25	24,75 %
Peulh	20	19,88 %
Sonraï	3	2,97 %
Mienka	6	5,95 %
Kassonké	5	4,95 %
Autres Ethnies	14	13,86 %
Total	101	100 %

Tableau IV-Répartition des séropositifs en fonction de la profession

Profession	Nbre de séropositifs	Pourcentage
Agriculteurs	19	18,81 %
Commerçants	8	7,92 %
Fonctionnaires	35	34,65 %
Menagères	18	17,82 %
Autres Professions	21	20,79 %
Total	101	100 %

Tableau V-Répartition des malades suivant la clinique.

Signes cliniques	Nbre de malades	Pourcentage
Fièvre	79	78,21 %
Hepatomegalie	46	45,54 %
Hepatalgie	60	59,4 %
Triade de Fontan	35	34,65 %
Ictère	30	29,7 %
Ascite	5	4,95 %
Pneumopathie	1	0,95 %
C P F	2	1,98 %
Antécédent dysentérique	35	34,65 %
Constipation chronique	6	5,94 %

Hepatalgie = comporte aussi les malades chez lesquels on signale simplement une douleur à l'hypocondre droit.
 C F P = Cancer Primitif du Foie.

CHAPITRE IV
ANALYSES ET COMMENTAIRES DES RESULTATS

-Tableau I-: Corrélation entre l'immunofluorescence indirecte (IFI) et l'électrosynerèse.

Beaucoup d'auteurs (14) préconisent l'association de 2 à 3 méthodes immunologiques pour une fiabilité maximale d'un diagnostic sérologique. Dans notre étude nous avons obtenu 57 séropositifs sur 162 sérums testés en IFI et en électrosynerèse soit 35,2 %. Les amibiases profondes seraient alors des affections assez fréquentes à Bamako. D'autres auteurs ont rencontré des amibiases profondes, surtout hépatiques en pays sahéliens:

-A Dakar Morento (12) a trouvé 76 cas d'amibiase hépatique en 4 ans, au Niger M. Develoux et col (9) ont trouvé 9 cas en 3 ans ; Sankalé (17) note la baisse des cas d'amibiases hépatiques ces dernières années : 6 à 8 cas en moyenne par an à Dakar.

Nous constatons que nous avons recensé plus de cas que tous ces auteurs; nos résultats englobant toutes les formes d'amibiases profondes.

Le caractère hétérogène de la répartition de l'amibiase hépatique en Afrique noire a été noté par plusieurs auteurs (9): fréquente en climat équatorial et sub-équatorial, rare en climat tropical avec longue saison sèche. Cependant, nous notons l'existence des amibiases profondes de façon significative à Bamako (climat tropical).

Dans les examens immunologiques des amibiases profondes, beaucoup d'auteurs (6) ont signalé l'existence de faux positifs notamment dans les hépatocarcinomes et les processus néoplasiques en général et aussi de faux négatifs (15) surtout au début de l'affection. Les chercheurs Ivoiriens (6) ont pu éviter les faux

et 0,9 % des malades.

La forme ictérique a été signalée par d'autres auteurs (8) :
CHAMPAULT 2 %, Sankalé 13,4 %, Laverdant 6,6 %, Ramachandran 8 %,
Vakil 15 %, PENE 16,8 %, Archampong 52 %.

Tous ces auteurs ont rencontré moins fréquemment que nous
cette forme ictérique sauf Archampong qui a trouvé un taux
beaucoup plus élevé que le notre.

L'ascite a été moins signalée par les auteurs : G. CHAMPAULT
(6) l'a noté chez 2,7 % des malades donc moins fréquemment que
nous.

J.M Condat et col (8) ont retrouvé des signes respiratoires
chez 35,21 % des malades alors que nous ne les avons noté que
chez 1 seul malade (0,9 %) et qu'ils ne sont pas signalés par la
plupart des auteurs.

Nous avons rencontré des antécédents dysentériques chez
34,65 % des malades ce qui concorde avec ceux trouvés par :
A. ITOGA-N'GAPORO et coll (12) 33,3 %, M'PELE et coll (16) 16 %,
H. Felix et coll (22 %), Sankalé (17) 30 %. Ces résultats
permettraient de conclure que l'amibiase hépatique se présente le
plus souvent comme une manifestation apparemment primitive du
parasitisme. Par contre P. Levy et coll (14) ont trouvé des
antécédents dysentériques chez 82,61 % des malades et ont conclu
que l'amibiase hépatique était constamment une complication de
l'amibiase colique.

5,94 % de nos séropositifs étaient des constipés chroniques,
un résultat similaire a été trouvé par : Felix 4 %, et J.M
Condat 43,2 % (8).

La constipation chronique apparait donc comme un signe notable dans les amibiases profondes.

CHAPITRE V
CONCLUSION

Les amibiases profondes sont fréquentes à Bamako, elles présentent globalement les mêmes caractéristiques qu'ailleurs à savoir:

Sur le plan épidémiologique on constate une nette prédominance masculine ; les sujets âgés de 20 à 60 ans sont les plus atteints, aucune couche sociale n'est épargnée, la profession ne semble pas être un facteur déterminant de même que l'ethnie;

Sur le plan clinique la fièvre, la douleur hépatique et l'hépatomegalie représentent l'essentiel de la symptomatologie, les formes ictériques, n'étant pas rares. L'amibiase hépatique se présente le plus souvent comme une manifestation primitive du parasitisme, les malades étant très souvent des constipés chroniques, ne se rappelant pas d'antécédent dysentériques ou diarrhéiques selon la clinique recueillie lors de notre travail.

Dans le dépistage des amibiases profondes chez nous (territoire d'endémie) les méthodes sérologiques ont un intérêt capital. Deux méthodes sérologiques s'avèrent nécessaires pour une fiabilité maximale du diagnostic. L'immunofluorescence indirecte (IFI) et l'électrosynerèse sont les techniques les plus adaptées chez nous. ces deux techniques sont considérées comme assez spécifiques, néanmoins l'électrosynerèse apparaît plus sensible dans notre étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ALAN (R.Liss); Inc, New york
Diagnostic immunology Volume 1, Number 1, 1983, 55p.
- 2- ANDRE (Jean Louis)
Pathologie tropicale: Amibiase
ed Printel-Paris, 1971, 57p.
- 3- ANDRE (Jean Louis)
Pathologie tropicale: Diagnostic immunologique des
helminthiases . ed Printel-Paris, 35p.
- 4- BACH (Jean François)
Immunologie
3ème ed Flammarion medecine-sciences, 1986, 1047p
- 5- BRUMPT (L) BRUMPT (V)
Travaux pratiques de parasitologie
7ème ed Masson et Cie, 403p.
- 6- CHAMPAULT (G)
Expérience Africaine de 396 abcès amibiens du foie opérés.
Medecine d'Afrique noire: 1976, 23, (6), 397-403
- 7- CHARMOT (G)
Existe t'il des souches hepatotropes de Entamoeba
histolitica?
Bulletin de la société de pathologie exotique.
Séance du 2 Juillet 1980, 405-410
- 8- CONDAT (J.M.) et coll
Amibiase hépatique : aspects actuels. 161 observations.
Sem. Hôp.Paris, 1982, 58, No 10, 579-589

- 9- DEVELOUX (M) et coll
 L'Amibiase hépatique à l'hôpital de Niamey (Niger)
 Bull.Soc.Path, Ex,80, 1987, 792-796
- 10-EUZEBY (Jacques)
 Protozoologie médicale comparée
 Vol 1 GENERALITES-SARCOMASTIGOPHORES
 (Flagellées, Rhizopodes, Ciliées)
 1986, collection fondation Marchel Merieux, 463p
- 11- GOLVAN (yj)
 Elements de parasitologie médicale
 7ème ed Masson et Cie, 403p
- 12- ITOUA-N'GAPORO (A) et coll
 L'Amibiase hépatique en République Populaire du Congo.
 Fréquence et moyens actuels de diagnostic.
 Afr med, 1978,17, (161), 401-416
- 13- IVAN VOITT
 Essential Immunology
 Fifth edition, Blackwell Scientific publication, 369p
- 14- LEVY (P) et coll
 Aspect actuel de l'amibiase hépatique à l'hôpital ARISTIDE
 LE DANTEC (CHU de Dakar)
 (revue des huit dernières années: à propos de 69 cas)
 Afr, Med, 1984, 23,(222), 457-462
- 15- LOWENSTEIN (W.A.) et coll
 Amibiase hépatique et pleuropulmonaire autochtone.
 Sem.Hop.Fra. (1986),62,No23,1721-1723

- 16- M'PELE (M) et coll
L'amibiase hépatique : les différents aspects à Brazzaville
med.Trop. Vol 45 Nol- Janvier-Mars 1985, 55-58
- 17- SANKALE (M), DIOP (B) et DIOUF (S)
Reflexion sur l'amibiase hépatique à Dakar
(A propos de 223 cas observés en 10 ans)
Medecine d'Afrique Noire No 6, Juin 1970, 467-473.
- 18- Pr VERMEIL
Parasitologie
U.E.R. de medecine et Techniques medicales de Nantes,
DCEM1, 1983, 63p.
- 19- Lutte contre les parasitoses intestinales
Rapport d'un Comité OMS d'Experts
Série de rapports techniques, OMS, Genève, 1987.
- 20- GENDRON (Y) et coll
Amibiase Hépatique en Polynésie Française
16 cas en deux ans
Médecine Tropicale, 1984, Vol.44 No 3.

ANNEXES

PRENOM : Ismaïla

NOM : Cissé

Titre de la Thèse :

Amibiases profondes à Bamako :

Les aspects épidémiologiques

Intérêt et limites de l'électrosynerèse et de
l'immunofluorescence indirecte (IFI) dans le diagnostic
serologique.

Année : 1988

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et
de Pharmacie.

Secteur d'Intérêt : SEROLOGIE - MEDECINE INTERNE

Resumé :

Les amibiases profondes sont assez fréquentes à Bamako. Elles présentent globalement les mêmes caractéristiques épidémiologiques qu'ailleurs. Les méthodes serologiques ont un grand intérêt dans leur dépistage. L'électrosynerèse apparaît plus sensible que l'I.F.I.

mots-Cles : Amibiases - IFI - Electrosynerèse