



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
Scientifique

Université Ibn Khaldoun, Tiaret
Annexe Faculté de médecine

COURS

Amibes et amibes libres

3^{ème} année médecine

Responsable du module: Pr. BENMANSOUR
Zakaria

Présenté par : **Dr . BLIDI Ahmed**

E.mail: blidiahmed33@gmail.com

Année universitaire 2025/2026

I- introduction

II- Amibes parasites : Amoebose ou Amibiase :

1. définition

2. Épidémiologie:

a- le parasite

b- le réservoir

c- mode de contamination

d- le cycle évolutif

e- la répartition géographique

3. Clinique:

a- amibiase intestinale

b- amibiase secondaire

4. Diagnostic biologique

5. Traitement

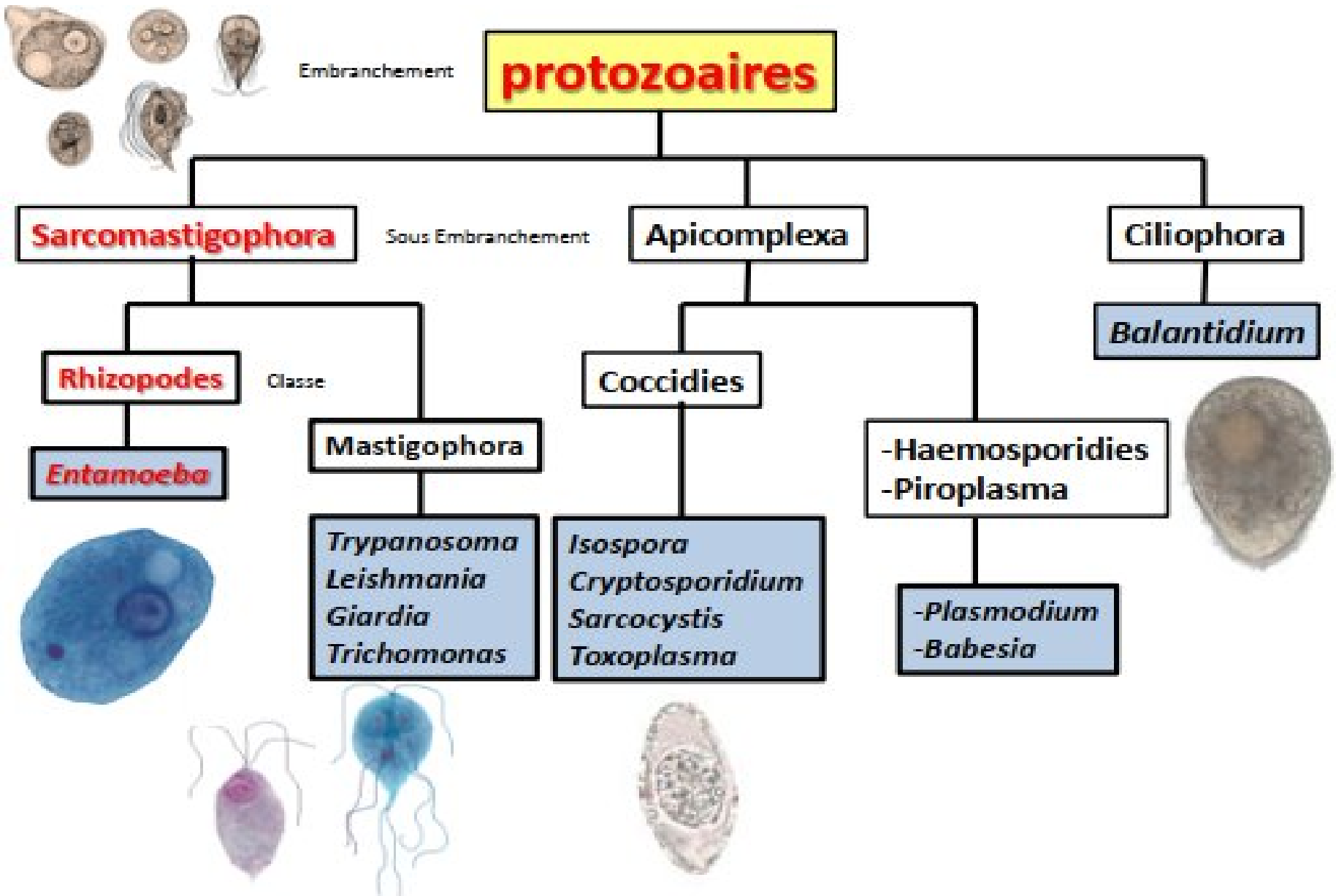
6. prophylaxie

III- Amibes libres :

1. Acanthamoeba sp.

2 . Naegleria fowleri

I- introduction



Généralité:

Les amibes sont des protozoaires **unicellulaires eucaryotes**

hétérotrophes

se déplaçant à l'aide de pseudopodes appartenant à la classe des

Rhizopodes.

Les amibes sont soit:

❖ libres

❖ parasites de l'homme +++



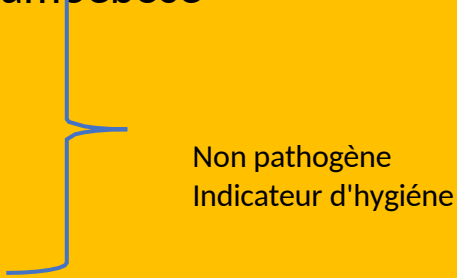
Amibes parasite de l'homme:

AMIBES	LOCALISATION
<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Entamoeba dispar</i> <i>Entamoeba hartmanni</i> <i>Entamoeba coli</i> <i>Endolimax nanus</i> <i>Pseudolimax butschlii</i>	Tube digestif
<i>Entamoeba gingivalis</i>	Cavite buccale (gingivites)
Amibes libres: <i>Naegleria</i> <i>Acanthamoeba</i> <i>a</i> Hartmanella	libres telluriques mais + parasites Systeme nerveux central (meningoencephalite) Oeil (kératites)

Amibes parasite de l'homme:

AMIBES	LOCALISATION
<i>Entamoeba histolytica</i> <i>Entamoeba dispar</i> <i>Entamoeba hartmanni</i> <i>Entamoeba coli</i> <i>Endolimax nanus</i> <i>Pseudolimax butschlii</i>	Tube digestif
<i>Entamoeba gingivalis</i>	Cavite buccale (gingivites)
Amibes libres: <i>Naegleria acanthamoeba</i>	Systeme nerveux central (meningoencephalite) Oeil (keratites)

Amibes parasite de l'homme:

AMIBES	LOCALISATION
<p><i>Entamoeba histolytica</i>+++ <i>Entamoeba dispar</i> <i>Entamoeba hartmanni</i> <i>Entamoeba coli</i> <i>Endolimax nanus</i> <i>Pseudolimax butschlii</i></p>	<p>Tube digestif amoébose</p>  <p>Non pathogène Indicateur d'hygiène</p>
<p><i>Entamoeba gingivalis</i></p>	<p>Cavité buccale (gingivites)</p>
<p>Amibes libres: <i>Naegleria acanthamoeba</i></p>	<p>Système nerveux central (méningoencéphalite) Oeil (kératites)</p>

A. Amibes parasites :

1- Le genre Entamoeba: Ce genre comprend plusieurs espèces pouvant être rencontrées chez l'homme :

- *Entamoeba histolytica* : c'est la seule amibe pathogène de l'homme.
- *Entamoeba dispar.* / *moshkovskii* / *bangladeshi* → indistinguables en microscopie
- *Entamoeba coli.*
- *Entamoeba hartmanni*
- *Entamoeba gingivalis* (cavité buccale, pas de kyste)
- *Entamoeba polecki*

2-Le genre Dientamoeba: avec une espèce

Dientamoeba fragilis.

3- Le genre Endolimax : avec une espèce

Endolimax nana.

I- Introduction :

B. Amibes libres: saprophytes du ½ extérieur

*amibes non parasites (vivant dans les cours d'eau , lacs, piscines)
peuvent exceptionnellement parasiter l'homme et entraîner des
méningo-encéphalites au pronostic gravissime, le plus souvent
fatal.*

1. Le genre *Acantamoeba*
2. Le genre *Naegleria*
3. Le genre *Hartmannella*

II- Amoebose ou Amibiase

1. DEFINITION:

- L'amibiase (Amoebose) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant "un état pathologique dans lequel l'organisme humain héberge *Entamoeba histolytica* avec ou sans manifestations cliniques".

2. EPIDEMIOLOGIE:

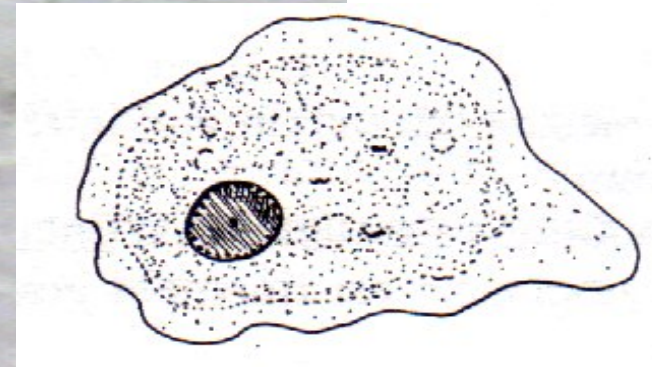
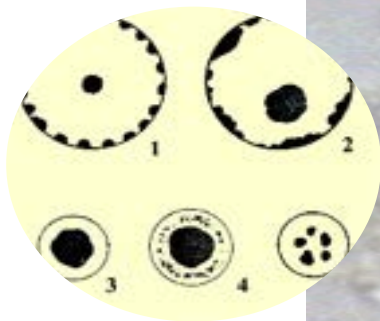
a - Agent pathogène: *Entamoeba histolytica*

- Règne : *Protistes.*
- Embranchement: *Sarcomastigophora.*
- Classe : *Lobosasida.*
- Ordre : *Amoebida.*
- genre : *Entamoeba.*
- espèce : *histolytica*
- sous espèce : - *histolytica.*

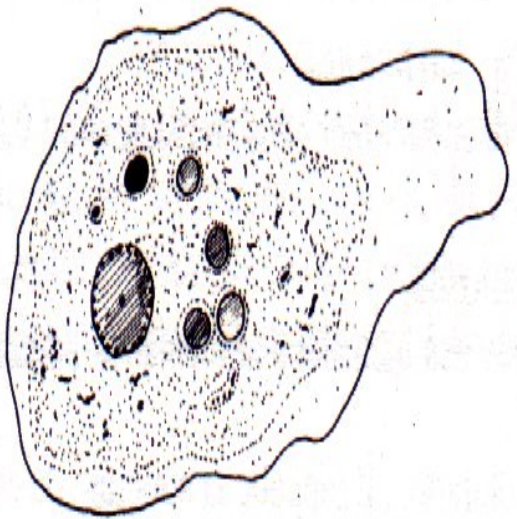
• **Trophozoïte**: ou **forme végétative** :

Deux aspects chez *E. histolytica*.

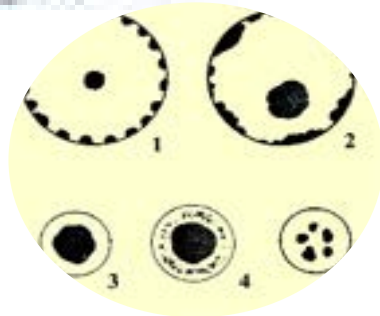
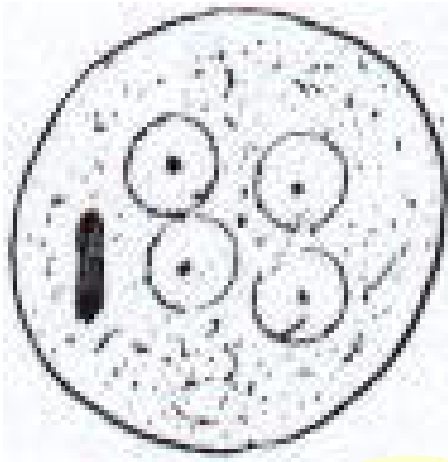
- ✓ **Forme non invasive**: 10 à 15 μm , **Endoplasme finement granuleux**, **Ectoplasme réfringent**, **1 Noyau périphérique** à petit **caryosome central** et **chromatine périphérique en liseré ou pointillé**.



✓ **Forme histolytica**: 20 à 30 μm jusqu'à 40 μm , même aspect général que la forme non invasive mais **présence d'hématies** en voie de digestion dans des vacuoles cytoplasmiques: **hématophage**



- **kyste**: sphérique, réfringent, incolore, à parois minces, 10 - 14 μm de diamètre, **4 noyaux à maturité**, un corps chromatoïde épais à bouts arrondis, les kystes immatures contiennent une vacuole, 1 ou 2 noyaux et sont plus grands.



b- Réservoir : Homme

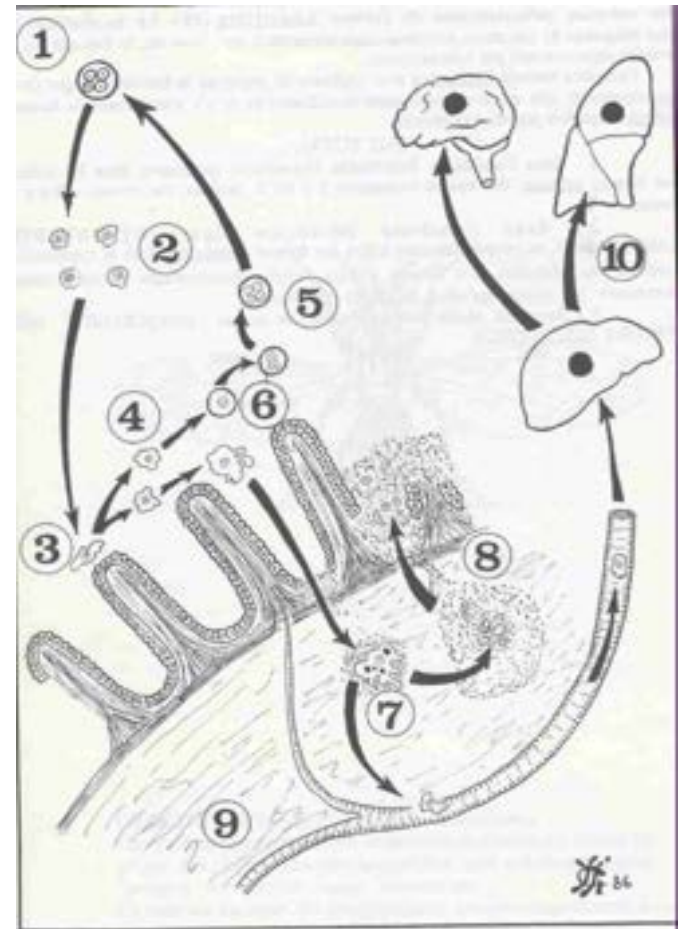
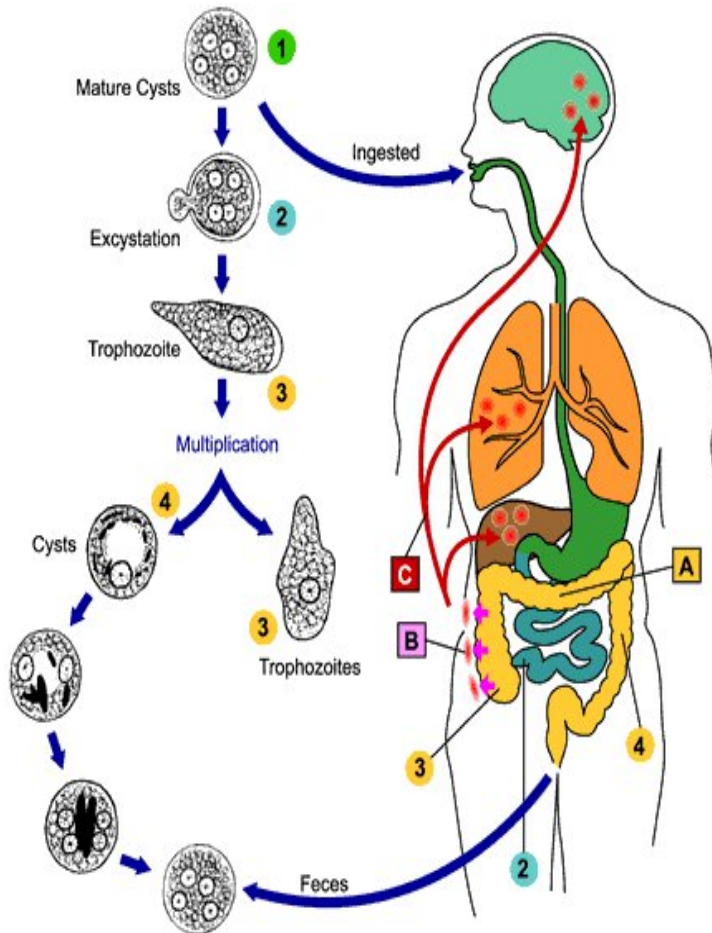
- ✓ Malades.
- ✓ Porteurs sains.

C- Contamination: Toujours à partir de kystes :

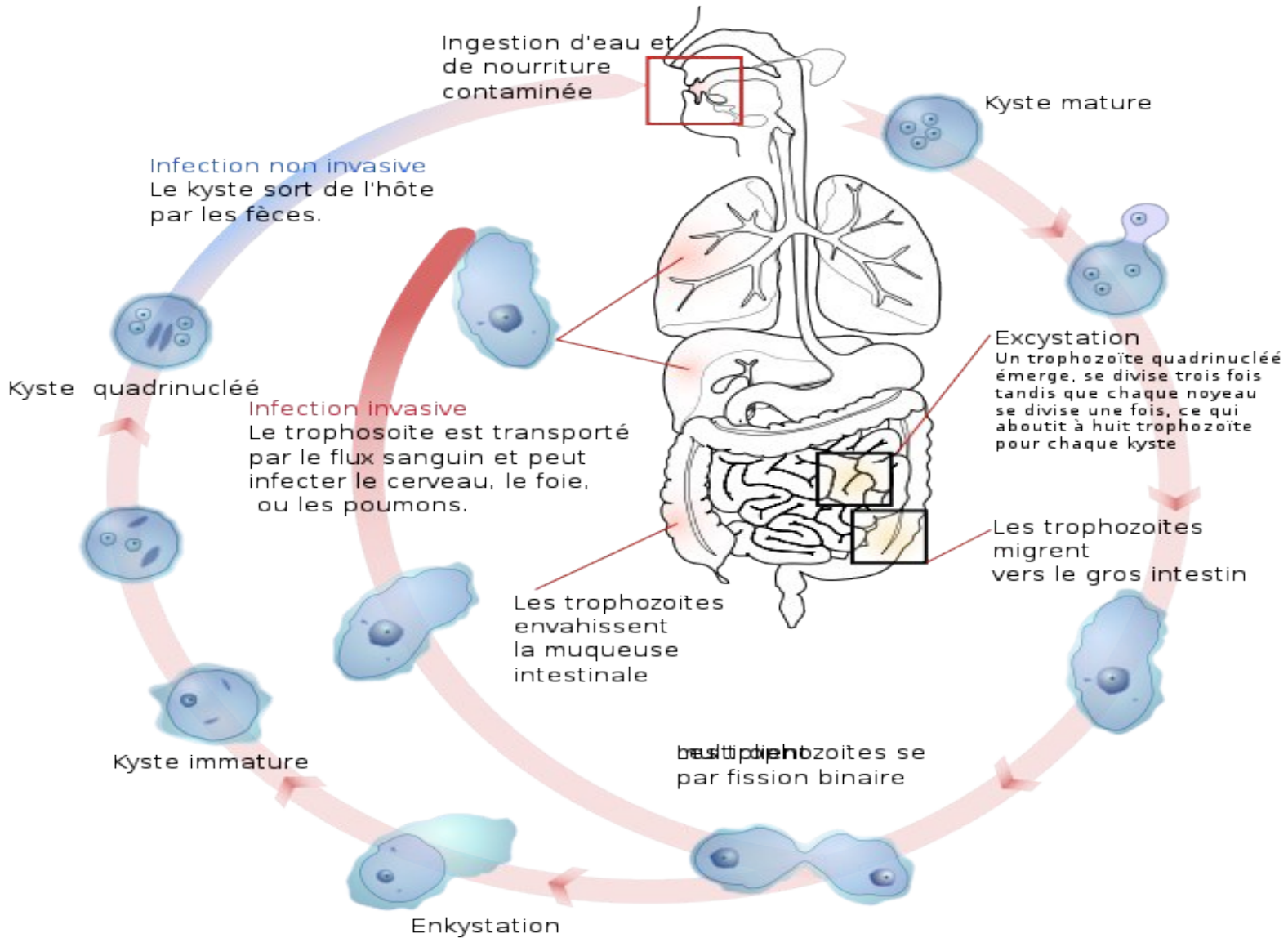
- Eau sale
- Aliments consommés crus, souillés par des kystes
- Mains sales d'un porteur (auto-infestation possible)
- Contaminations familiales et interhumaines
- Rôle des mouches et des cafards dans la dissémination
- Rôle des conditions d'hygiène +++

d- le cycle évolutif :

cycle direct, monoxène obligatoires de l'homme.



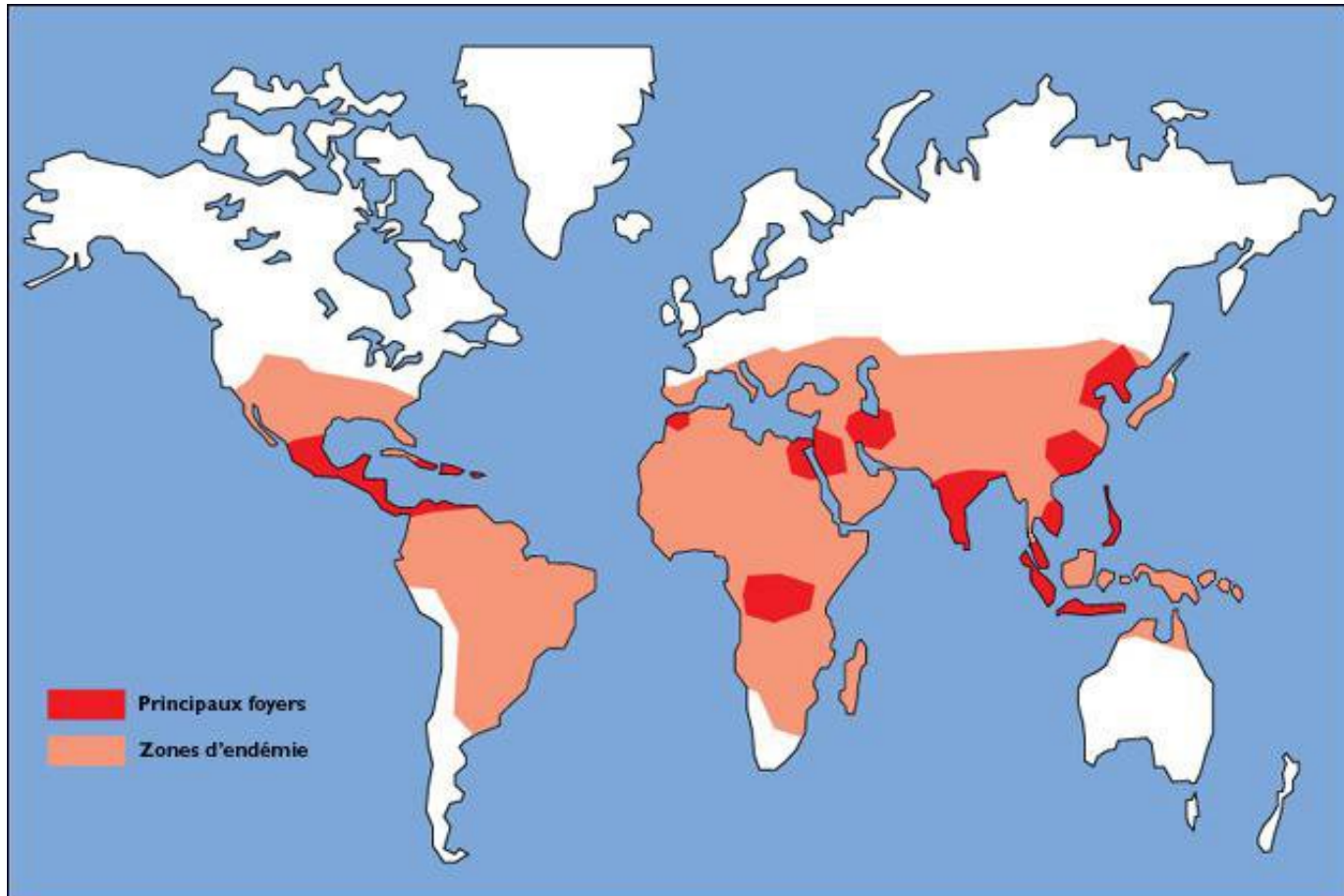
II- Amoebose ou Amibiase



d- le cycle évolutif :

- L'homme s'infeste en ingérant des kystes , Arrivé dans le tube digestif et sous l'action des sucs digestifs, la coque se lyse et l'on assiste alors à la libération d'une amibe à 4 noyaux dite "amibe métakystique". Chaque noyau se divise en deux, aboutit à une **amibe à 8 noyaux**. Ces derniers vont s'entourer d'une partie du cytoplasme puis se séparer et s'individualiser donnant ainsi 8 petites amibes possédant un noyau chacune. Ces amibes peuvent suivre une des deux voies suivantes :
 - ✓ Soit mener une vie de saprophyte en restant mobiles, ou s'enkyster et s'acheminer avec les selles sous forme de kyste. constituant "**amibiase infestation**".
 - ✓ Soit pénétrer la muqueuse intestinale (grâce à un équipement enzymatique protéolytique "histolytique" pour déterminer des ulcérations. Par ailleurs, cette amibe devient hématophage, et est dite "**Entamoeba histolytica histolytica**" aboutissant à des troubles digestifs c'est "**l'amibiase maladie**".

e - RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE



e - RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

- ✓ L'amibiase est une parasitose très répandue : cosmopolite
- ✓ Près de 500 millions d'individus à travers le monde surtout dans les pays en voie de développement sont porteurs de kystes du complexe *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar*.
- ✓ **en zone tropicale et intertropicale**: l'amibiase infestation est cosmopolite et sévit plus fréquemment
- ✓ **dans les régions chaudes**: Inde, Asie du Sud-est, Afrique intertropicale, Amérique intertropicale, les cas d'amibiase maladie avec des localisations intestinales ou hépatiques sont plus fréquentes.
- ✓ Formes graves 10 à 20 % des cas
- ✓ Le nombre de décès s'élève à [40,000 à 100,000] par ans.

• 3. CLINIQUE:

Maladie



Infestation

Invasion

Colique

Diarrhée aiguë

Dysenterie amibienne

Diarrhée glairo-sanglante

Douleurs abdominales; ténèsme ; épreinte

Pas de pus, pas de fièvre

Hépatique

Abcès hépatique

Hépatomégalie douloureuse

Fièvre élevée

Simple colonisation
Asymptomatique

3. CLINIQUE:

1 - "Amibiase-infestation" :

Présence d'amibe «minuta» dans le colon et de kystes dans les selles, sans manifestations pathologiques (portage "sain").

2 - Amibiase intestinale aiguë:

- Elle résulte de la transformation de l'amibe non invasive en forme « **histolytica** », pathogène. Elle se manifeste surtout sous forme de **dysenterie amibienne**: évacuation fréquente de selles non fécaloïdes :
 - **douleurs abdominales**
 - **cing à six "selles" / jour muco-sanglantes(crachats rectaux)**
+ / ou afécales
 - **épreinte**(= coliques sans évacuation) .
 - **ténesme**(= spasme douloureux du sphincter).
 - **pas de fièvre**



3. CLINIQUE:

- *si le syndrome dysentérique persiste :*

- asthénie
- amaigrissement
- yeux excavés
- teint grisâtre ("teint patate").

- **Formes chroniques**

- Douleur abdominales
- Diarrhée

- ***Amoebome*** = pseudotumeur parasitaire du colon (caecum ou sigmoïde). Rare

3. CLINIQUE:

3. Amibiase hépatique: amibiase secondaire:

La complication extra-intestinale la plus fréquente

- Toujours au décours d'une amibiase intestinale, qui peut être passée inaperçue
- Peut sembler primitive
- Consécutive au passage sanguin de formes hématophages

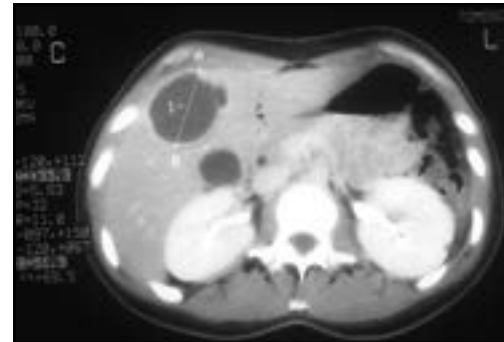
3. CLINIQUE:

Hépatite amibienne présuppurative

- début brutal
- douleur hypochondre droit en bretelle
- hépatomégalie
- fièvre 38 -39°C
- altération de l'état général

Abcès amibien

- altération de l'état général
- hépatomégalie
- grande oscillation de température
- VS élevée
- hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
- syndrome pulmonaire base droite



➤ AMIBIASE PLEURO-PULMONAIRE

- Elle est presque toujours secondaire à une atteinte hépatique. Il s'agit au début de manifestations réactionnelles non suppurées puis des lésions suppurées.
- L'abcès amibien du poumon résulte, en général, d'un abcès hépatique et siège presque
- toujours à la base droite.
- Il s'évacue parfois par une vomique couleur « chocolat ».

➤ Autres manifestations de l'amibiase secondaire: Les autres localisations sont exceptionnelles (rate, cerveau, os, cutanée ulcération de la marge anale...).

4. Diagnostic :

Amibiase intestinale :

Examen parasitologique des selles: fraîchement émises (pas de charbon, Bismuth, huile....)

mise en évidence des formes **végétatives** et **des kystes** (Ehm)

Présence éventuelle de formes végétatives hématophages (Ehh)

Amibiase extra-intestinale :

Sérologie +++ (IFI , ELISA ,)

L'examen de selle peut être négatif !!

Examen du liquide de Ponction : pus « chocolat »).

5. Traitement :

➤ Amoebicides diffusibles tissulaires

Très efficaces contre les formes histolytica et peu actifs dans la lumière intestinale, contre les forme minuta

❖ *Les Imidazolés:*

- ✓ *Le Métronidazole (Flagyl®) : 2g par jour chez l'adulte, soit 8 comprimés pendant une semaine.*
- ✓ *Le Tinidazole (Fasigyne®) : 2g par jour chez l'adulte, pendant 3 à 4 jours.*
- ✓ *L'ornidazole (Tiberal®) : 2g par jour chez l'adulte, pendant 3 à 4 jours.*
- ✓ *Le Secnidazole (Flagentyl®) : 2 g en prise unique pour l'amibiase intestinale, prolonger 4 à 5 jours dans l'amibiase hépatique ou pulmonaire.*

L'Emétine et ses dérivés : l'émétine naturelle est un alcaloïde de l'Ipéca.

✓ *La 2 déhydro-Emétine (chlorhydrate d'émétine) est utilisée en injection sous-cutanée à la dose de 1 à 1,5 mg/kg de poids par jour pendant 10 jours.*

➤ **Amoebicides de contact :**

Contrairement aux Amoebicides précédents, les Amoebicides de contact ne passent pas, ou très peu, la barrière intestinale.

✓ Le Sulfate de Paromomycine: 6 à 8 capsules /j ou 50 mg /Kg/j pendant 4 jours.

6. Prophylaxie :

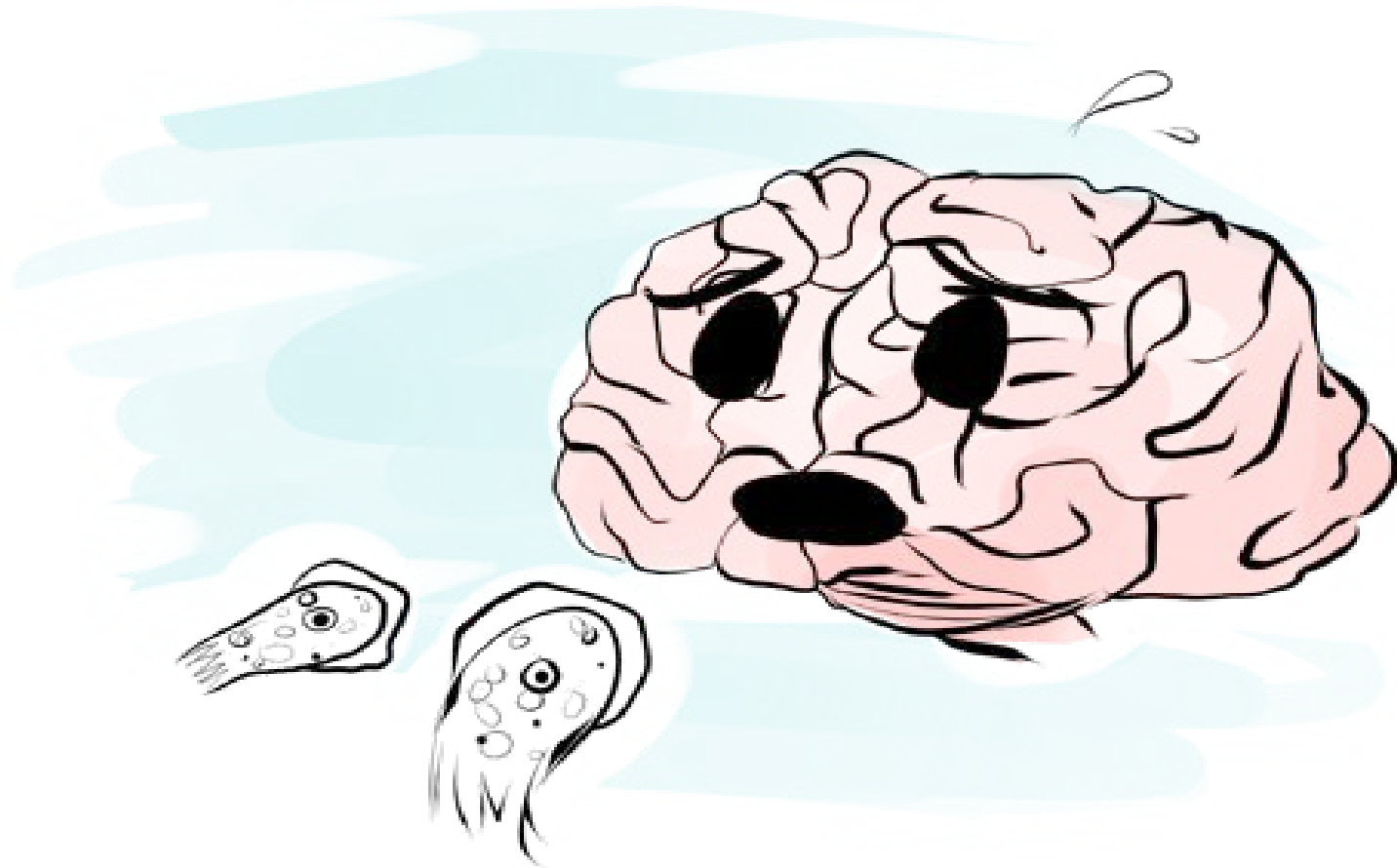
• Prophylaxie générale

- Elle consiste dans :
 - Le dépistage et le traitement des porteurs sains.
 - L'aménagement de latrines
 - Le contrôle des eaux de boisson.
 - La lutte contre les vecteurs éventuels(mouches en particulier).

• Prophylaxie individuelle

- Relève des règles d'hygiène alimentaire:
 - Lavage des mains, nettoyage des fruits et légumes.
 - Ébullition ou filtration de l'eau sont recommandées, car les doses de chlore habituellement utilisées pour la purification sont insuffisantes.

II - Amibes libres



II - Amibes libres

- *Les amibes libres sont des protozoaires, Eucaryotes, qui vivent à l'état libre dans notre environnement, mais peuvent parasiter l'homme et engendrer des pathologies gravissimes.*
- *On distingue deux genres :*
 - 1. *Acanthamoeba sp.***
 - 2. *Naegleria fowleri***
 - 3. *Hartmanella***

présents +++ dans les eaux douces et → chez l'homme, selon le genre ,
des kératites,
des encéphalomyélites granulomateuses ou
méningoencéphalites amibiennes primitives

les encéphalites granulomateuses à *Acanthamoeba sp.* ou *H.* surviennent chez **l'adulte en mauvais état général et évolution chronique.**

Les kératites amibiennes à *Acanthamoeba sp.* apparaissent chez **le porteur de lentilles ou à la suite d'un traumatisme**

Les méningoencéphalites amibiennes primitives à *Naegleria sp.*, d'évolution aiguë, surviennent le plus souvent **chez l'enfant ou l'adulte jeune en bonne santé**

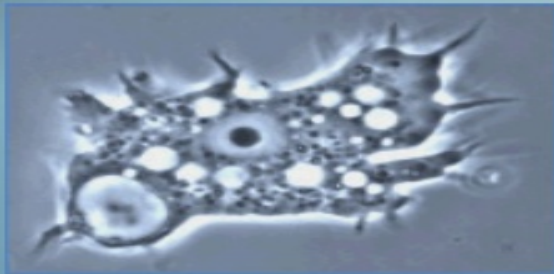
II -Amibes libres

1. Acanthamoeba sp:

Elle se présente sous deux formes :

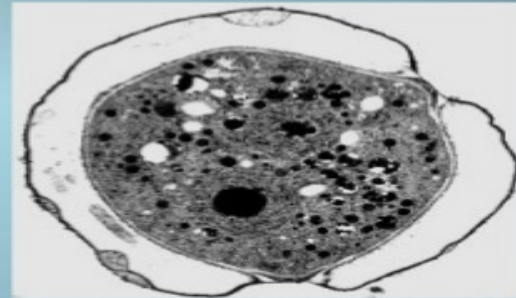
- Trophozoite: à pseudopodes pointus et courts (acanthopodes)
- Kystique: grossièrement étoilé.

ACANTHAMOEBA



Trophozoite

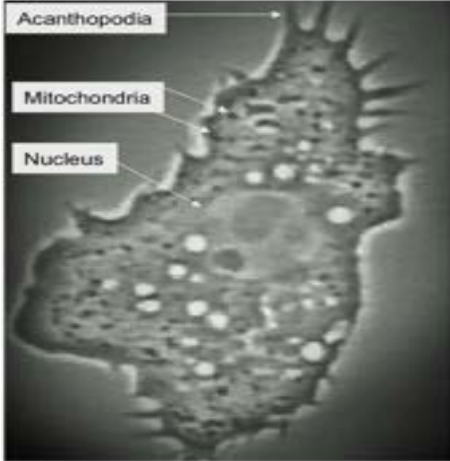
- Feeding & dividing
- Asexual
- Cyst forming



Cyst

- Response to adversity
- Dormant, resistant
- Double-walled with pores

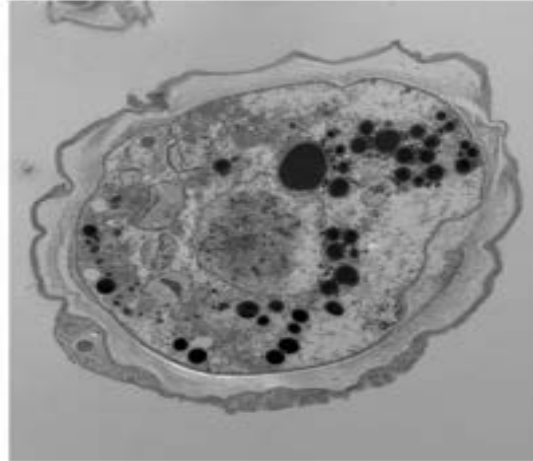
A



5 μ m

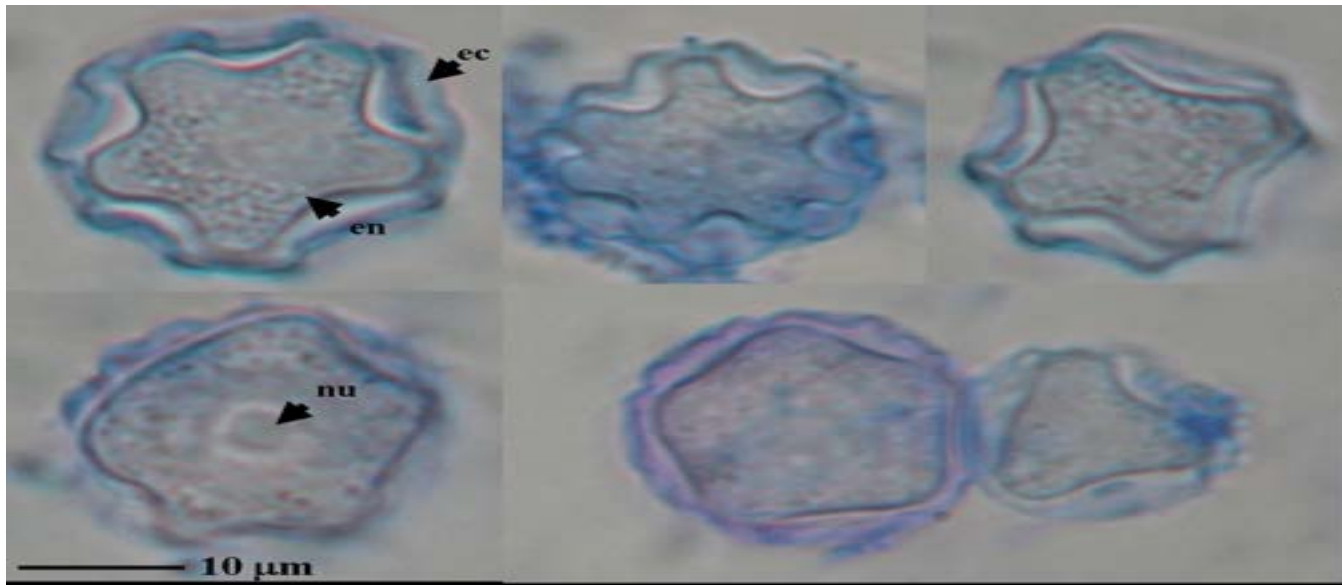
Trophozoite form

B



2 μ m

Cyst form



- **ECOLOGIE D'ACANTHAMOEBA**

- *Extrêmement fréquente dans les eaux douces, Eau de robinet, climatiseurs, l'eau de bouteille les amibes du genre Acanthamoeba vivent dans des conditions extrêmes de température. On les retrouve dans les eaux glacées des piscines en Norvège, et dans l'eau de sol de l'Antarctique. Ces amibes survivent à haute altitude.*
- *Le genre Acanthamoeba est également retrouvé en milieu marin.*

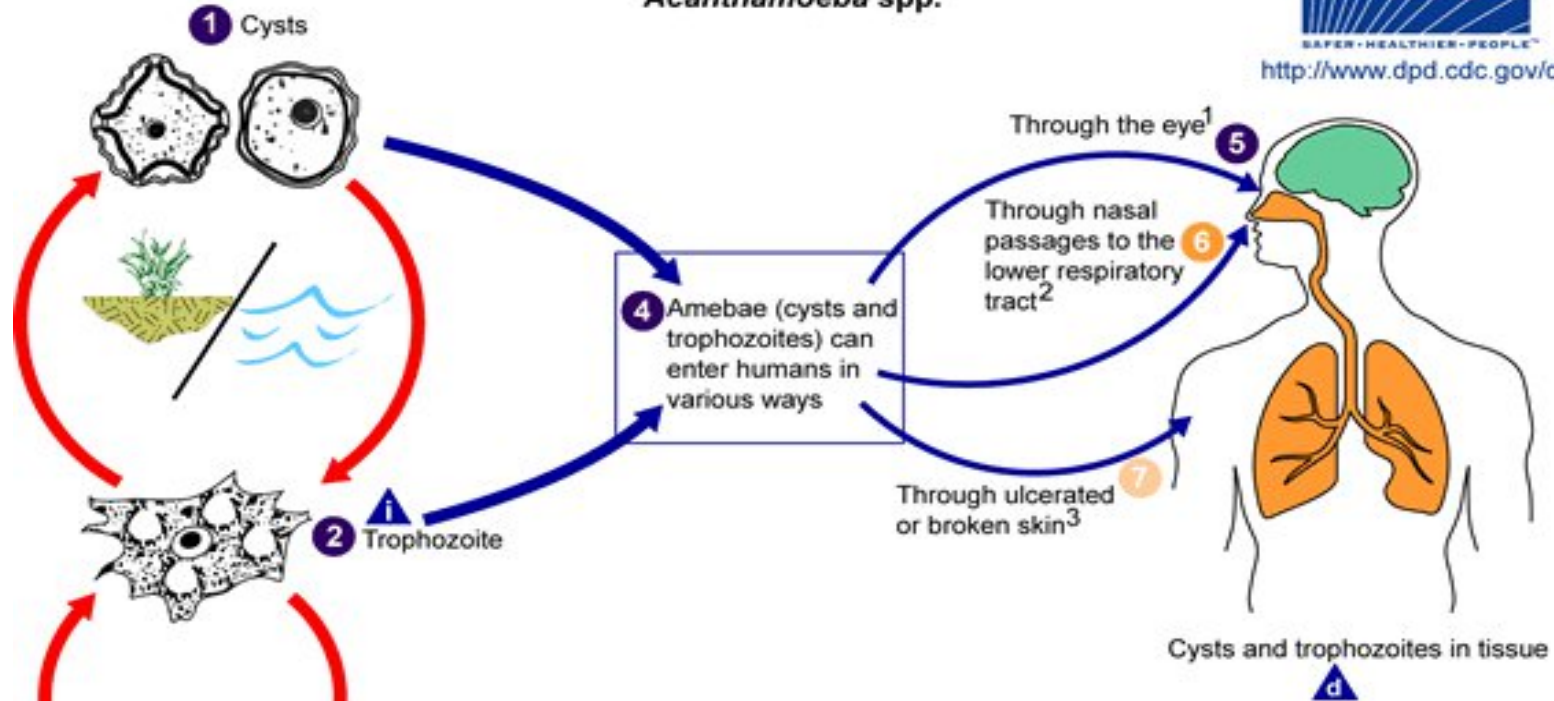
- **ETIOPATHOGÉNIE**

- *la dissémination se fait par voie hématogène, à partir d'une porte d'entrée nasale mais aussi peut être pulmonaire ou cutanée.*
- *Ce sont les sujets immunodéprimés ou débilités qui sont généralement touchés sans notion de baignade.*



<http://www.dpd.cdc.gov/dpdx>

Acanthamoeba spp.



i = Infective Stage
d = Diagnostic Stage

- ¹ Results in severe keratitis of the eye. **8**
- ² Results in granulomatous amebic encephalitis (GAE) and/or disseminated disease **10** in individuals with compromised immune systems. **9**
- ³ Results granulomatous amebic encephalitis (GAE), disseminated disease **10**, or skin lesions **11** in individuals with compromised immune systems.

- Clinique:

Encéphalite amibienne granulomateuse:

Période d'incubation longue et insidieuse (quelques semaines à un mois).

Se manifeste par des troubles du comportement , troubles mentaux , somnolence , crise d'épilepsie et fièvre .

Kératite amibienne:

Larmoiement, photophobie, diminution de l'acuité visuelle, rougeur oculaire et œdème palpébrale voir abcès cornéen, perforation cornéenne



Figure 4. Abscès central de l'œil gauche en vue de dessus à 21 de rétroscopie.

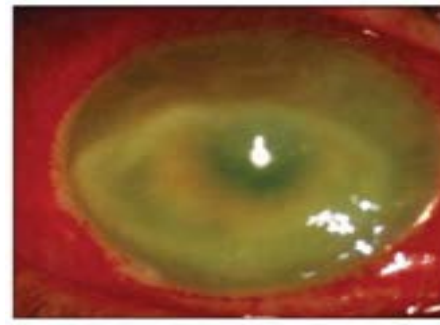
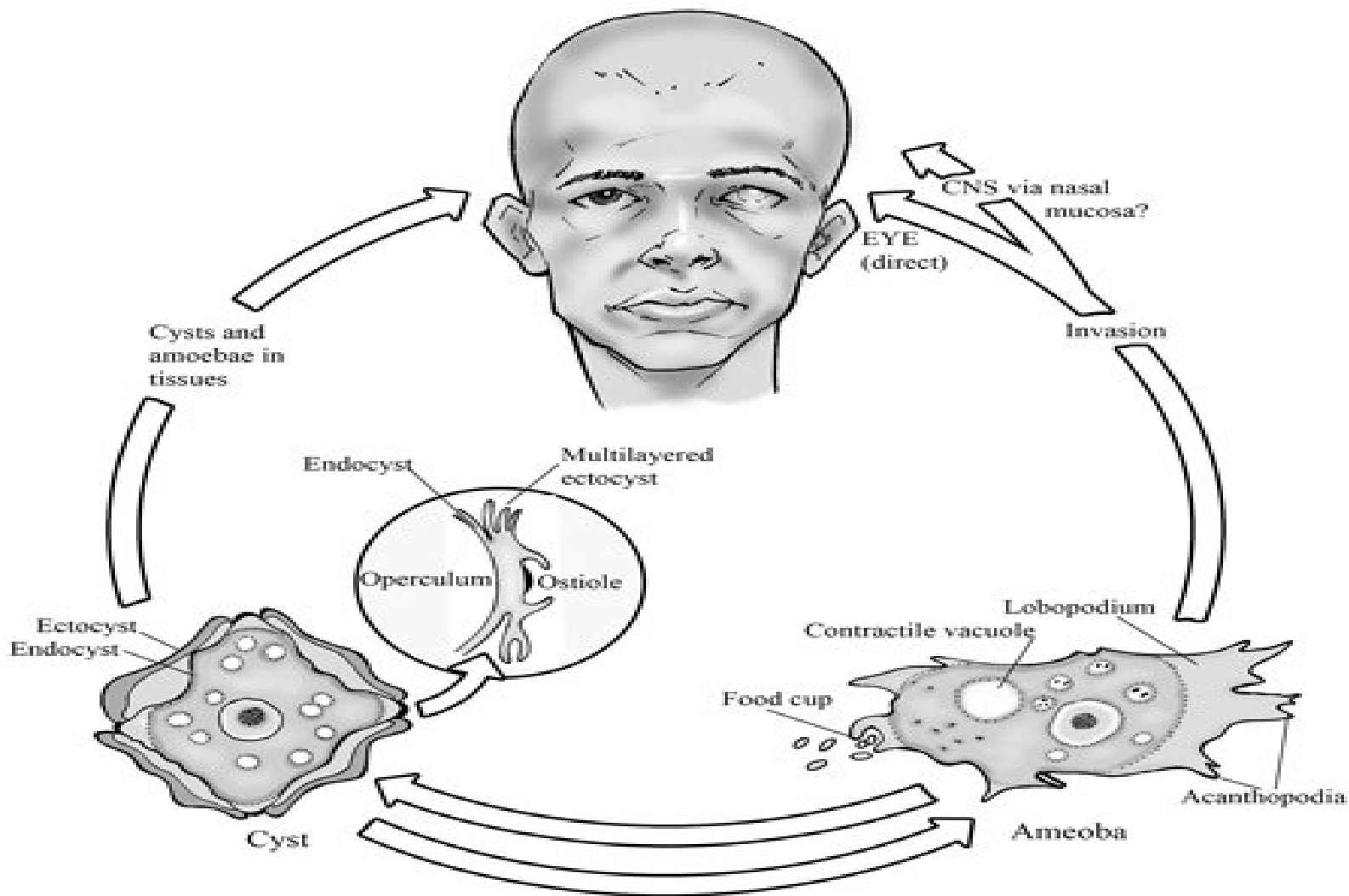


Figure 3. Kératite amibienne : abcès cornéen évocateur avec une infiltration blanchâtre circulaire délimitant l'abcès.



Acanthamoebiose cutanée

- Infection opportuniste rare, décrite essentiellement chez les VIH+
- Tableau clinique polymorphe:
 - nodules violacés fermes et douloureux
 - ulcère progressivement et se nécrosent



Diagnostic:

➤ **A l'autopsie :** on note la présence de lésions granulomateuses au niveau des hémisphères cérébraux, recouvertes d'un exsudat purulent, les bulbes olfactifs et la moelle épinière sont généralement épargnés.

📄 **Examen direct :** Les amibes ne sont jamais mis en évidence dans le LCR.

➤ **Diagnostic immunologique :**

📄 Le diagnostic d'encéphalite amibienne granulomateuse est rarement évoqué pour entraîner une recherche d'anticorps.

📄 Chez les porteurs sains une recherche d'anticorps est réalisable par les techniques d'agglutination.

➤ **Examen anatomo-pathologique post-mortem :** Mise en évidence des Trophozoites et des kystes au niveau des biopsies colorées.

➤ **Kératite à Acanthamoeba :** le diagnostic se fait par la technique du scarping cornéen sur frottis coloré au Gram qui révèle la présence de kystes.

📄 Le prélèvement se fait par grattage de la cornée. On peut également examiner le liquide de lavage des verres de contact.

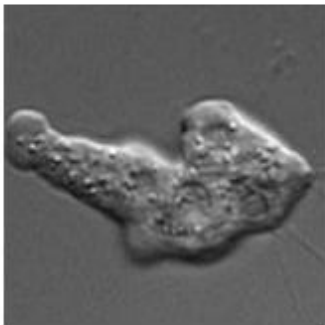
2. Naegleria fowleri: Plusieurs espèces : *N.gruberi*, *N.fowleri*, *N.jadini*, *N.lovaniensis*.

Seule *N.fowleri*méningite encéphalite amibienne primitive (MEAP)

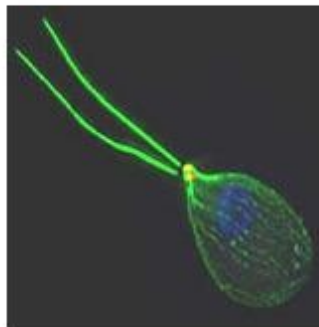
Naegleria fowleri, parasite cosmopolite, se présente sous trois formes :

- ✓ Deux stades classiques : trophozoïte et kyste.
- ✓ Un stade flagelle dans certains conditions.

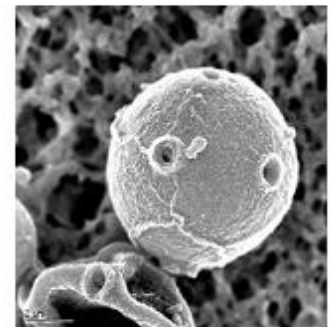
3 formes dans l'environnement :



Une forme **amiboïde**
C'est la forme végétative ou **trophozoïte** (8 à 30 μm), **pseudopodes** à son pôle antérieur grossièrement arrondis (**lobopodes**).



Une forme **flagellée**
dans les milieux liquides, transitoire de 7 à 18 μm , avec deux flagelles polaires.

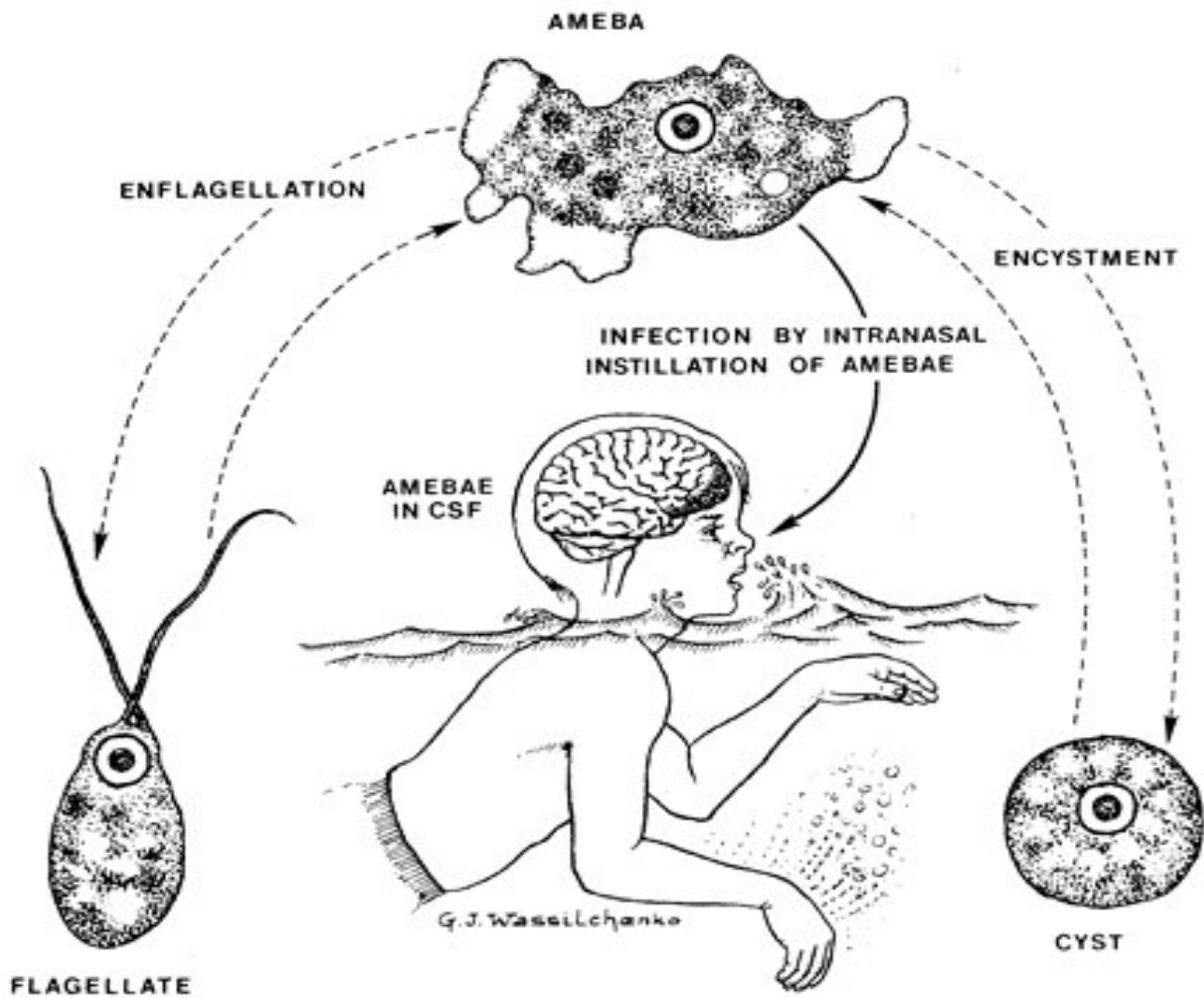


Naegleria : thermophile

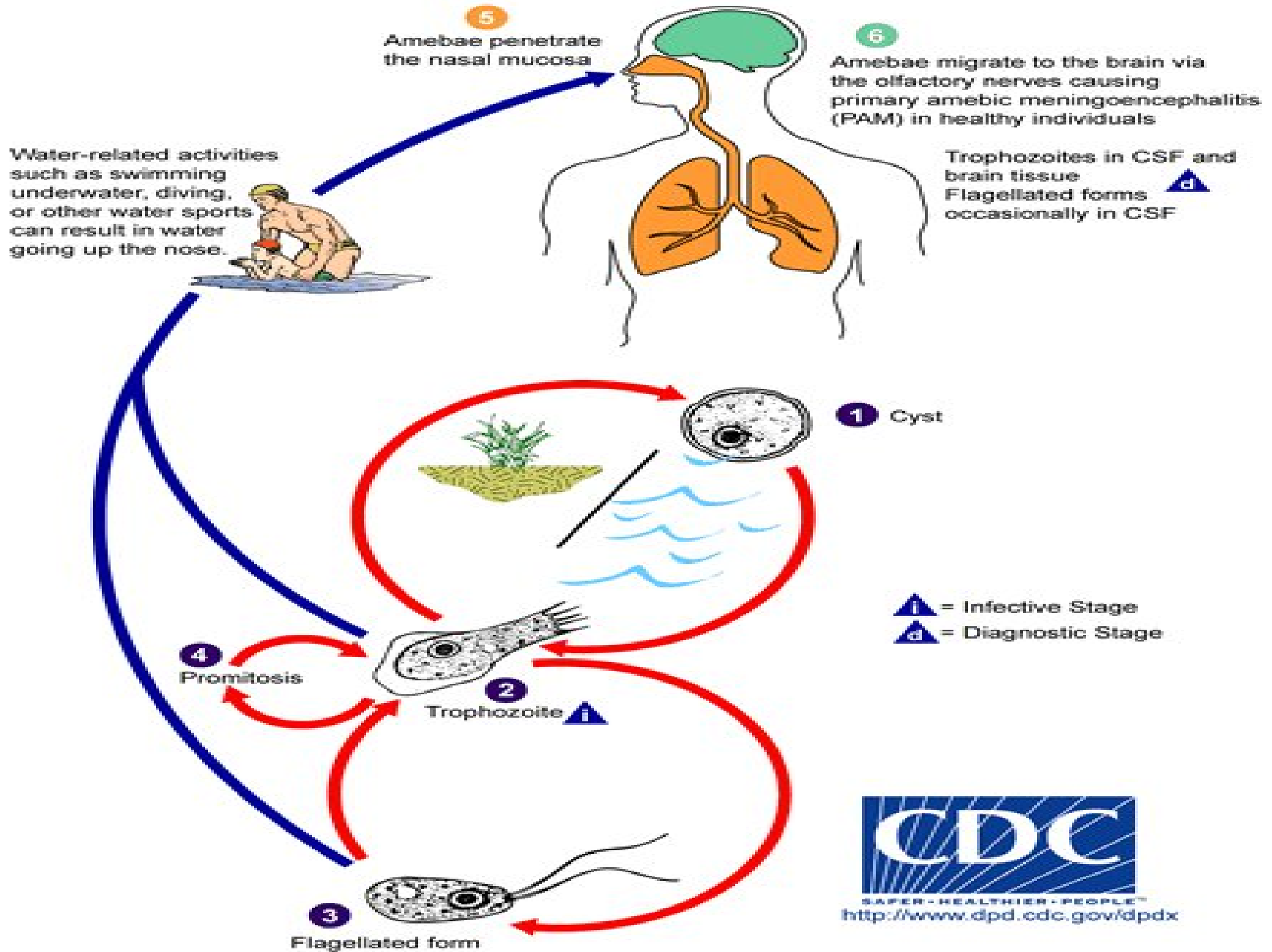
Les piscines. Les sources d'eau chaude, Les établissements thermaux.

- Les mares chauffées par le soleil.
- L'eau du robinet.
- Les égouts.
- Les climatiseurs.





Naegleria fowleri



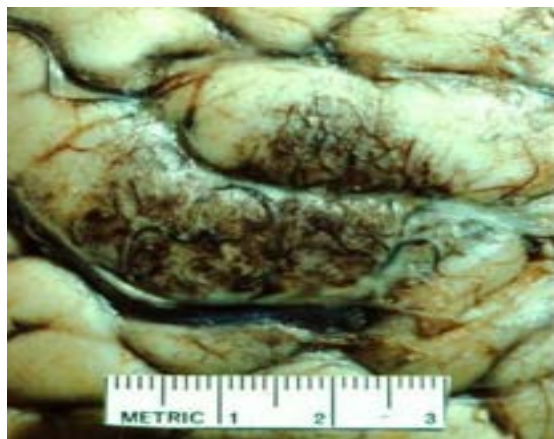
• **Clinique:** Les méningoencéphalites amibiennes primitives M E A P (Naegleria)

- L'incubation est de 3 à 7 jours

Période de début : elle se caractérise par sa survenue brutale avec des maux de tête et une fièvre modérée parfois associée à une irritation de la gorge et une rhinite.

Période d'état : caractérisée par une migraine intolérable, hyperthermie (39 à 41°C), troubles digestifs (nausées vomissements, anorexie), raideur de la nuque léthargie, hallucinations.

- *Le coma s'installe et, à quelques exceptions près, l'issue est constamment fatale.*





MEAP <i>à N. fowleri</i>	EAG <i>à Acanthamoeba</i>
sujets jeunes de 8 à 27 ans, bien portants (immunocompétent)	les sujets immunodéprimés : diabétiques, brûlés, corticoïdes, immunosuppresseurs, sous radiothérapie, VIH/Sida.
1-Incubation: 7 jours, muette	1-Incubation: variable, muette
2-Porte d'entrée: nez	2-Porte d'entrée à distance: poumon, sinus, peau
3-Début: brutal	3-Début: progressif, insidieux
4-Signes: céphalées, fièvre, nausées, vomissements, raideur de la nuque	4-Signes: hémiparésies, vertiges, altérations de la personnalité, céphalées, fièvre, nausées, vomissements, paralysies des nerfs crâniens
5-Évolution: coma mort en 15 jours	5-Évolution: coma et mort en quelques semaines à mois

- **Diagnostic d'orientation**

- La tomodensitométrie montre une oblitération des citernes de la base nette après administration du produit de contraste.
- **Sang** : hyperleucocytose à polynucléaires
- **LCR** : résultats similaires à ceux d'une méningite purulente mais **absence de bactéries** tant à l'examen direct qu'à la culture.

Diagnostic de certitude

- Examen direct : se fait sur le culot de centrifugation du LCR : Les formes végétatives de *Naegleria* apparaissent comme de petites masses étalées de 10 à 30 μ de diamètre, réfringentes, reconnues grâce à l'émission d'un pseudopode d'abord hyalin puis recevant le cytoplasme granuleux qui s'y déverse. Les kystes sont arrondis.

Examen après coloration : De nombreuses colorations peuvent être utilisées après confection de frottis à partir du LCR :

- -Technique de Giemsa après fixation au méthanol : le cytoplasme se colore en bleu intense et le noyau en rouge.
- - L'imprégnation argentique : la chromatine nucléaire se colore en noir.

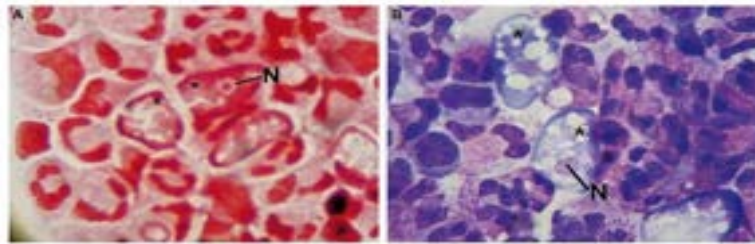


Fig. 3 LCR coloré au Giemsa (A : agrandissement $\times \times 1\ 000$) et au May-Griinwald-Giemsa (B : agrandissement $\times \times 1\ 000$) montrant la présence des trophozoïtes amibiens (astérisques) au sein de nombreux polymorphonucléaires : remarquer le cytoplasme très vacuolaire ainsi que l'intensité d'un noyau central bien visible chez certains amibes (N : noyaux). Giemsa (A : magnification $\times \times 1\ 000$) and May-Griinwald-Giemsa (B : magnification $\times \times 1\ 000$) coloration of CSF showing amoebic cells (astérisques) among numerous polymorphonuclear leukocytes; note the vacuolated cytoplasm and the presence of a conspicuous central nucleus in some amoebae (N: nuclei).

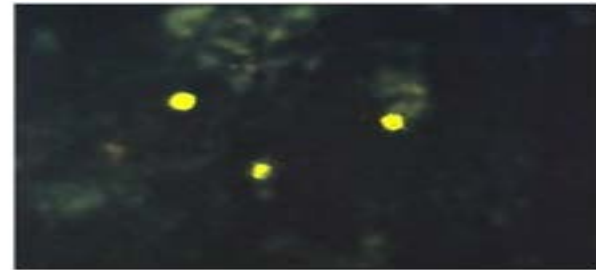


Photo n° 203
Acanthamoeba sp. Trois kystes. Examen direct d'un grattage d'ulcère de corée. Coloration à Tachyline orange. Obj. X 40. **llophane**

• **Cult** et gélose, axénique sur milieu liquide ...).

• La culture permet parfois d'isoler la souche responsable et le test d'ex flagellation (mise en contact du parasite avec de l'eau distillée, permet de confirmer le diagnostic).



Figure 3. Examen direct d'une culture sur gélose âgée 24 h (récolté de 2°C, voir en encadré) avec la double de cornes : présence de kystes d'Acanthamoeba sp. Noter la capsule très réfringent de ces kystes, et la présence d'une double paroi. Un kyste d'un kyste est d'environ 20 µm. Grossissement: obj. X 400.

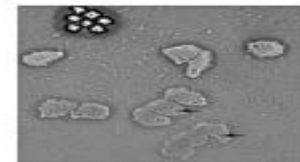


Figure 4. Examen direct d'une culture sur gélose âgée 24 h (récolté de 2°C, voir en encadré) avec la double de cornes : présence de kystes d'Acanthamoeba sp. Noter la capsule très réfringent de ces kystes, et la présence d'une double paroi. Un kyste d'un kyste est d'environ 20 µm. Grossissement: obj. X 400.

- **Diagnostic immunologique:** non utilisé dans le cas de *Naegleria fowleri* car la maladie est trop fulminante et les patients meurent avant d'avoir produit des anticorps.
- **Diagnostic anatomo-pathologique:** Post Mortem :se fait par la mise en évidence du parasite au niveau des biopsies de cerveau. Dans le cas de *Naegleria fowleri*, seul le stade trophozoite est retrouvé. Les colorations utilisées sont : l'hémateine éosine et le P.A.S.
- **Inoculation à la souris:** se fait par voie intra nasale ou intra crânienne, elle permet la mise en évidence du pouvoir pathogène qui n'existe pas pour toutes les souches.

TRAITEMENT

Les Kératites amibiennes à *Acanthamoeba*



Figure 8. Acanthamoeba keratitis. (A) Cornea before treatment. (B) Cornea after treatment.

- La stratégie thérapeutique repose essentiellement:
- -les antiseptiques cationiques (chlorhexidine).
- Des dérivés azolés, tel l'itraconazole, peuvent également être associés.
- Une antibiothérapie locale pourra être indiquée en cas de co-infection bactérienne.
- Le traitement d'attaque comporte des instillations horaires pendant trois jours puis la posologie est réduite mais reste intensive pendant deux à quatre semaines.
- Un traitement dégressif sera ensuite prescrit durant quatre mois, afin d'éviter les récurrences.
- Traitement chirurgical consistant à une greffe cornéenne

Les méningoencéphalites amibiennes primitives MEAP et Encéphalite granulomateuse amibienne



- **Le traitement spécifique** ayant abouti aux rares cas de guérison repose toujours sur l'administration d'amphotéricine B par voie parentérale, pouvant être associée au fluconazole et à la rifampicine per os
- Malheureusement, ce traitement reste souvent inefficace sans doute parce que mis en œuvre trop tardivement,

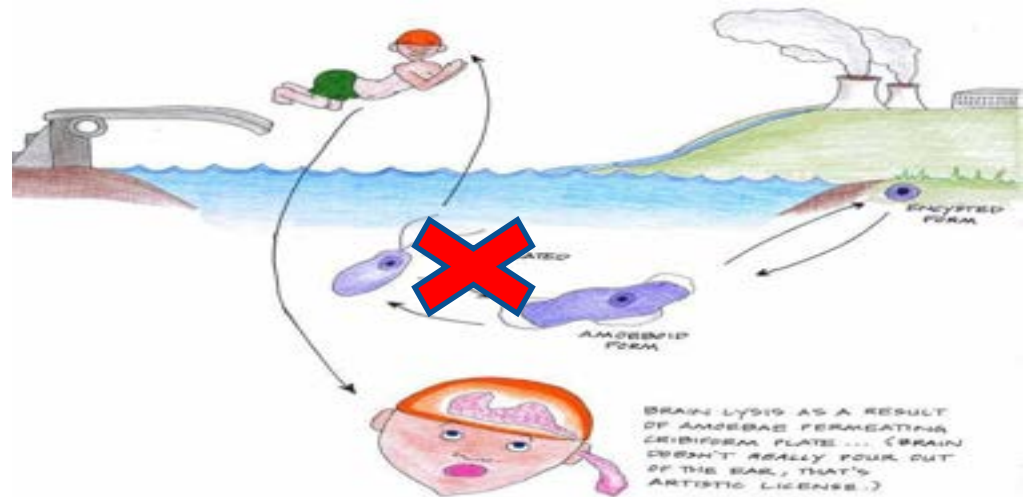
Acanthamoebiose cutanée

- **Les traitements locaux préconisés sont:**
- la chlorexidine (antiseptique local), kétoconazole



PRÉVENTION

- **Education** des patients porteurs de lentilles, insistant sur les conditions d'hygiène et d'entretien
- Eviter le contact lentilles, l'eau de robinet
- **Traitement** des eaux de baignades, bassin et piscine (La chloration par l'eau de Javel titrant 152 g de chlore actif. Le maintien d'un pH optimum entre 7,4 et 7,6)



- **Renouvellement** de l'eau
- Le port individuel de **masque de plongée**
- La surveillance des lieux de baignade surtout en période estivale et de sur fréquentation.
- Le brossage et raclage fréquents des parois qui peuvent servir de niche amibienne

**Merci pour votre
attention**