

# Épidémie d'amibiase autochtone hépatique et intestinale dans une localité proche de Grenoble

Autor(en): **Ambroise-Thomas, P. / Goullier, A. / Grillot, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Acta Tropica**

Band (Jahr): **32 (1975)**

Heft 4

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-312106>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Épidémie d'amibiase autochtone hépatique et intestinale dans une localité proche de Grenoble

P. AMBROISE-THOMAS<sup>1</sup>, A. GOULLIER<sup>1</sup>, R. GRILLOT<sup>1</sup>, D. LASCAUD<sup>1</sup>,  
L. RIVOIRE<sup>2</sup> et Y. PERRIN<sup>3</sup>

## Abstract

We had the opportunity of studying an epidemic of autochthonous amoebiasis occurring in the autumn of 1974 in a small town of 4000 inhabitants 30 km from Grenoble. Attention was originally attracted by the occurrence in this town of two cases of hepatic amoebiasis and one of intestinal amoebiasis identified by rectoscopy. Systematic investigations (coproctical examinations and serological tests for amoebiasis by indirect antibody fluorescence) were then carried out on everyone in the locality with digestive disorders which were possibly referable to amoebiasis, and on the other members of their families. A total number of 148 coproctical examinations were made and in two cases revealed the presence of vegetative forms of *Entamoeba histolytica*. In both cases the infestation provoked few symptoms (asthenia, vague abdominal discomfort, intermittent and apparently banal diarrhoea). On the other hand 20 out of 94 serological tests revealed positive results, 14 of which were equal to or greater than a titre of 1/100, a level at which all risks of non-specificity are virtually ruled out under our experimental conditions. Material reasons made it impossible to subject these cases to repeated faecal checks, but in two of them at least the rectoscopic appearances were very suggestive of subacute intestinal amoebiasis. Moreover, amoebic disease appears to be well confirmed by the results obtained among the patients as a whole by treatment with Metronidazole.

A variety of hypotheses on the origin of this epidemic have been put forward and then abandoned (market garden produce, receipt by certain families of exotic fruit from overseas). In actual fact water seems to be the point of departure, for, although specimens of water taken at 7 different levels in the water supply system failed to reveal the presence of a single amoeba, bacteriological analyses during autumn 1974 showed signs of faecal contamination. The locality, which is situated at the foot of the Chartreuse massif, receives its water solely from springs but there is a holiday camp for the staff of an international airline situated above the main water catchment.

## 1. Introduction

S'il est banal de souligner la fréquence en Europe du nombre de porteurs-sains d'*Entamoeba histolytica* et s'il est relativement fréquent d'observer dans nos pays des épidémies localisées d'amibiases autochtones, ces dernières n'en posent pas moins le problème des moyens techniques dont nous disposons pour en apprécier l'importance et surtout en déterminer l'origine. C'est à ce double égard que se situe l'intérêt essentiel d'une petite épidémie d'amibiase autochtone qu'il nous a été donné d'observer récemment dans une localité proche de Grenoble.

---

<sup>1</sup> Service de Parasitologie et Pathologie Exotique, Faculté de Médecine de Grenoble, 38700 La Tronche, France.

<sup>2</sup> Médecin et <sup>3</sup> Pharmacien Biologiste 38, Saint-Laurent-du-Pont, France.

## 2. Exposé des faits

L'«épidémie» s'est produite en automne 1974 dans un bourg de 4000 habitants, Saint-Laurent-du-Pont, situé à 30 km au nord de Grenoble, au pied du massif de la Chartreuse. Au départ, l'attention a été attirée par la découverte fortuite de formes *histolytica* d'*Entamoeba histolytica* au cours d'un examen parasitologique des selles demandé à titre systématique chez une malade de 28 ans ne présentant que de vagues douleurs abdominales, une diarrhée inconstante et de l'asthénie. Ces troubles étaient apparus en octobre 1974. Originaire de la région, cette malade n'avait jamais quitté le Dauphiné. Cette amibiase intestinale très pauci-symptomatique s'accompagnait pourtant, à la rectoscopie, d'images d'ulcération relativement typiques. Elle posait bien entendu le problème de l'origine de la contamination. Or précisément durant la période où Mme VIT ... présentait ces premiers troubles digestifs, survenait dans la même localité deux amibiases hépatiques confirmées, dont une d'évolution mortelle. L'un de ces malades avait séjourné en Extrême-Orient puis dans le sud de l'Europe. L'autre en revanche n'avait jamais quitté la région grenobloise. En définitive, il était indiscutable que durant l'automne 1974 étaient apparus dans la localité deux cas ou moins d'amibiase autochtone (une amibiase hépatique et une amibiase colique). Ceci nous a incité à réaliser (février à avril 1975) une enquête dans l'entourage familial et professionnel de ces malades.

Au total, les investigations ont porté sur 148 personnes. En aucun cas, l'interrogatoire n'a permis de retrouver la notion d'antécédents évocateurs d'une amibiase intestinale. Plusieurs sujets ont en revanche signalé une asthénie persistante, apparue en septembre–octobre 1974 et des troubles digestifs banaux (alternance de diarrhées et de constipation le plus souvent). Des examens coprologiques ont alors été effectués chez tous ces patients. Dans la mesure du possible, ils ont été réalisés à partir d'échantillons de selles fixées et colorées par le Merthiolate-Iode-Formol. Sur 148 examens, nous avons obtenu 129 résultats négatifs mais 19 coprologies positives avec: *Entamoeba histolytica* (forme *histolytica*) associée à *Entamoeba coli*, deux cas; *Entamoeba coli* (kystes), 5 fois; autres parasites intestinaux: 12 fois (Tableau 1).

Des deux examens ayant révélé la présence d'*Entamoeba histolytica*, l'un concerne l'observation de départ (Mme VIT ...), l'autre une patiente de 40 ans ne présentant elle aussi que des signes très atypiques (asthénie, diarrhée légère, douleurs abdominales vagues) mais dont l'examen rectoscopique a montré la présence d'ulcérations relativement évocatrices d'une amibiase colique.

Il faut par ailleurs souligner qu'*Entamoeba coli* a été au total trouvé 7 fois (4,7%). Cette proportion apparaît anormalement élevée

Tableau 1. Enquête coprologique

148	129	-	↗	2: <i>E. histolytica</i>
				<i>E. coli</i> (f. v.)
	19	+	→	5: <i>E. coli</i> (kystes)
			↘	12: autres parasites

Tableau 2. Enquête sérologique par immuno-fluorescence

Titres d'anticorps fluorescents						
Nég.	1/50	1/100	1/200	1/400	1/800	Total
75	6	1	6	4	3	95

si l'on se réfère aux résultats habituellement observés dans le service. C'est ainsi qu'entre janvier 1973 et janvier 1974, *Entamoeba coli* n'a été trouvé que 32 fois dans 1964 examens coprologiques (1,6%) pratiqués pourtant non pas dans une population «tout-venant» mais pour des malades hospitalisés présentant des troubles ou des antécédents évocateurs d'amibiase.

Par ailleurs, une enquête sérologique a été réalisée, par la technique d'immuno-fluorescence indirecte face à l'antigène *Entamoeba histolytica*, chez 95 des sujets examinés. Les résultats (Tableau 2) ont été 20 fois (21%) positifs à des titres égaux ou supérieurs à 1/50. Or il faut souligner que ce seuil de spécificité de la réaction a été précédemment déterminé dans des études portant sur 1217 contrôles (sujets sains ou atteints de diverses maladies, parasitaires ou non) et qu'aucune réaction faussement positive n'a été observée dans cette population témoin à la dilution de 1/50. Pour les 20 patients sérologiquement positifs, il existe donc au moins une très forte présomption d'amibiase évolutive. En toute rigueur, il aurait été souhaitable d'en confirmer l'existence par des examens coprologiques répétés. Pour des raisons matérielles ces contrôles ont été malheureusement irréalisables. Il faut cependant indiquer que chez deux patients au moins les images rectoscopiques étaient bien en faveur d'une amibiase colique. Par ailleurs, tous les sujets dont la sérologie était fortement positive (supérieure ou égale à 1/200) ont été soumis à un traitement par le Métronidazole. Il est évidemment impossible d'apprécier cliniquement les effets de ce traitement puisque, dans la plupart des cas, la symptomatologie de départ était absente ou très pauvre. En faisant la part des risques d'interprétation subjective, il semble néanmoins que ce traitement ait entraîné

Tableau 3. Surveillance bactériologique des eaux mai 1973–février 1975

	1973		1974				1975	
	Mai	Oct	Jv	Fév	Mai	9 Oct		29 Oct
+						2	6	
Recherche des germes tests de contamination fécale								
–	3	3	1	2	3	1		7
Nombre de pts d'eaux examinés	3	3	1	2	3	3	6	7

une disparition ou une diminution de l'asthénie chez la plupart des malades et surtout une normalisation du transit intestinal. L'évolution sérologique après traitement est actuellement en cours d'étude. Il est encore trop tôt pour en attendre une confirmation définitive, à posteriori, du diagnostic, que rend néanmoins probable le début de l'évolution sérologique après un recul de 4 mois.

Indépendamment de ces enquêtes visant à dépister tous les sujets atteints, le problème essentiel posé par cette petite épidémie est évidemment celui de la source de contamination. On crut un moment trouver la clé du mystère dans le fait que l'une des familles recevait régulièrement des envois de fruits tropicaux adressés par des parents ou des amis séjournant outre-mer. Renseignements pris, cette piste fut rapidement abandonnée, les fruits tropicaux en question ne risquant en aucun cas d'être consommés sans avoir été préalablement pelés (il s'agissait d'ananas) ...

Le rôle d'autres processus classiques de propagation a été ensuite éliminé notamment en ce qui concerne la possibilité de contamination par des cultures maraîchères réalisées dans des jardinets. Finalement, la seule hypothèse plausible se réduisait à une contamination d'origine hydrique. Or, Saint-Laurent-du-Pont est alimenté en eau potable uniquement par des sources venant du massif de la Chartreuse. A partir de 7 prélèvements réalisés en des points différents de ce réseau hydrologique (février–mars 1975) nous avons essayé d'isoler des protozoaires en utilisant les méthodes mises au point pour les primo-cultures d'amibes telluriques. Tous ces examens ont été négatifs. En revanche, les résultats de la surveillance bactériologique réalisée par le laboratoire des eaux de la Faculté de Médecine de Grenoble (Pr Ag R. Magnin) semblent, eux, bien confirmer le rôle de l'eau potable (Tableau 3).

En effet, si ces contrôles bactériologiques ont été constamment négatifs en 1973 et dans les 9 premiers mois de 1974, ils ont en revanche montré des germes témoins de contamination fécale en octobre 1974, c'est-à-dire précisément au moment où survenaient les premiers cas d'amibiases humaines à Saint-Laurent-du-Pont. Certes la localité est alimentée en eau de source, mais, en amont de ces prises d'eau, se situent dans le massif de Chartreuse, différents camps de vacances et notamment une colonie réservée au personnel d'une compagnie aérienne internationale. Il est donc vraisemblable qu'*Entamoeba histolytica* a été localement apporté par un membre du personnel naviguant de cette compagnie, la propagation du parasite et son arrivée jusqu'à Saint-Laurent-du-Pont étant favorisée par la période des basses eaux, particulièrement accusées en octobre 1974.

### 3. Discussion et conclusion

Les quelques cas d'amibiases autochtones qu'il nous a été donné d'observer sont peu nombreux et nous avons hésité à leur appliquer le terme d'épidémie. Malgré leur petit nombre, ces cas nous paraissent assez bien refléter quelques-uns des problèmes essentiels posés par l'amibiase autochtone.

Sur le plan clinique et évolutif tout d'abord, il convient de souligner l'allure volontiers très atypique, voire asymptomatique de l'atteinte purement colique. Malgré ce caractère bénin, l'affection risque de se compliquer, plus ou moins rapidement, de localisations hépatiques comme ce fut précisément le cas chez deux patients de la localité considérée qui à aucun moment, n'avaient présenté d'antécédents d'amibiase intestinale aiguë. Ce risque éventuel de complications rend donc indispensable le traitement complet et soigneux des amibiases autochtones, patentes ou non, dès qu'elles sont reconnues.

La survenue de quelques cas dans une localité donnée pose le double problème du dépistage des sujets atteints et de l'origine de la contamination. Pour les enquêtes de dépistage, l'interrogatoire ou l'examen des malades n'apporte généralement rien. Théoriquement, les examens coprologiques devraient eux fournir des preuves indiscutables. Pour cela, il faudrait qu'ils puissent être matériellement réalisés dans les meilleures conditions techniques (répétition des contrôles, examens extemporanés de selles fraîchement émises ou immédiatement fixées et colorées). En pratique, il est extrêmement difficile de respecter ces différents impératifs et ceci aussi bien pour des raisons matérielles que psychologiques. En effet, les sujets examinés ne présentent généralement aucun trouble et ne se plient donc pas toujours facilement à des contrôles répétés. En tentant, pour les «motiver», d'insister sur les éven-

tuelles conséquences d'une amibiase méconnue, on risque de provoquer chez ces sujets des manifestations xénophobes à l'égard des immigrants (l'amibiase est connue pour être une maladie «exotique») ou bien encore, surtout dans les petites localités, de créer le mythe d'une catastrophe collective (ce risque de climat passionnel était particulièrement à craindre à Saint-Laurent-du-Pont où est resté très vif le souvenir du dramatique incendie de novembre 1970). Pour toutes ces raisons, ce sont finalement les tests sérologiques qui en pratique constituent le meilleur moyen de dépistage. Dans la mesure où il est unique, et finalement peu contraignant, le prélèvement est bien accepté par les patients. Certes les positivités sérologiques devraient être ensuite, en toute rigueur, contrôlées par des examens coprologiques répétés. Lorsque ceci n'est pas réalisable et surtout si les titres d'anticorps sont très élevés, ils peuvent justifier à eux seuls l'administration d'un traitement anti-amibien, au moins par des amébicides de contact.

Quant au problème de l'origine de la contamination, il ne conduit généralement qu'à des hypothèses plus ou moins vraisemblables mais qu'il est impossible de totalement vérifier. Retrouver le malade ou le porteur sain à l'origine de cette contamination est le plus souvent irréalisable. Le mode de dissémination du parasite est également difficile à préciser dans la plupart des cas. De toute façon, la réponse aux deux questions précédentes n'explique pas complètement la survenue des épidémies d'amibiases autochtones. Il faut en effet tenir compte de la fréquence des porteurs sains d'amibes (certainement plusieurs dizaines de milliers en France) et des possibilités de survie dans la nature des kystes d'*Entamoeba histolytica*. Si des cas d'amibiases autochtones n'apparaissent qu'en des petits foyers localisés, c'est que, très probablement, les populations y présentent localement un caractère de réceptivité particulier. C'est ce que semble d'ailleurs indiquer la fréquence anormalement élevée – par rapport au reste de la population dauphinoise – des porteurs d'*Entamoeba coli* dans la région étudiée.

Actuellement, nos investigations se poursuivent pour tenter de dépister d'autres amibiases autochtones méconnues et surtout, par des contrôles réguliers du réseau d'eau potable, de prévenir la survenue de nouveaux cas.