

Université de Constantine 3
Faculté de médecine de Constantine

Leishmaniose cutanée

6e année médecine

Dr MANSOUL T.

Année universitaire 2022-2023

Sommaire

I.	Introduction :	2
II.	Epidémiologie	2
1.	Agent :	2
A.	La forme amastigote :	2
B.	La forme promastigote :	3
2.	Taxonomie des leishmanies pathogènes pour l'homme :	3
3.	Vecteur	4
4.	Réservoir	4
5.	Cycle du parasite :	4
6.	Fréquence :	5
7.	Répartition géographique :	5
8.	Facteurs affectant la transmission	5
A.	Mouvements de population	5
B.	Facteurs socioéconomiques	5
C.	Facteurs de risque environnementaux	5
III.	CLASSIFICATION :	5
IV.	CLINIQUE	6
1.	Type de description : <i>Leishmaniose ulcéro-croûteuse</i> « Bouton d'Orient » « Clou de Biskra » ...	6
2.	Formes cliniques de la leishmaniose :	6
A/selon le tableau clinique		6
B/selon l'évolution		7
3.	Evolution	7
V.	DIAGNOSTIC POSITIF	7
1.	Éléments anamnestiques	7
2.	Éléments cliniques	7
3.	Éléments évolutifs	8
4.	Éléments para cliniques	8
A.	Les examens parasitologiques	8
B.	Examen anatomopathologique :	8
C.	Examen immunologique	8
D.	Examen par PCR :	8
E.	L'électrophorèse des isoenzymes	8
VI.	DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL	8

La leishmaniose cutanée

1.	les infections cutanées non spécifiques.....	8
2.	Infections cutanées spécifiques.....	8
3.	Autres :	8
VII.	Traitement.....	8
1.	Les armes thérapeutiques.....	9
A.	Traitements systémiques :	9
B.	TRT LOCAUX.....	10
2.	Indications.....	10
A.	Abstention thérapeutique.....	10
B.	Traitement local.....	10
C.	Traitement par voie générale.....	10
3.	Traitement préventif.....	10
A.	LUTTE CONTRE LE VECTEUR.....	10
B.	LUTTE CONTRE LE RÉSERVOIR.....	10
C.	VACCINATION.....	10

I. Introduction :

- ❖ maladie potentiellement grave et défigurante
- ❖ Zoonoses (le plus souvent)
- ❖ Secondaire au parasitisme de l'hôte vertébré par un protozoaire flagellé du genre **leishmania**
- ❖ transmis à l'homme par la piqûre d'un insecte vecteur : le **phlébotome**
- ❖ problème de santé publique majeur dans certaines régions du monde.

II. Epidémiologie

1. Agent :

- ❖ Parasite unicellulaire
- ❖ Protozoaire flagellé de genre leishmania de la famille de trypanosomidae qui se présente sous deux formes en fonction de l'hôte :

A. La forme amastigote :

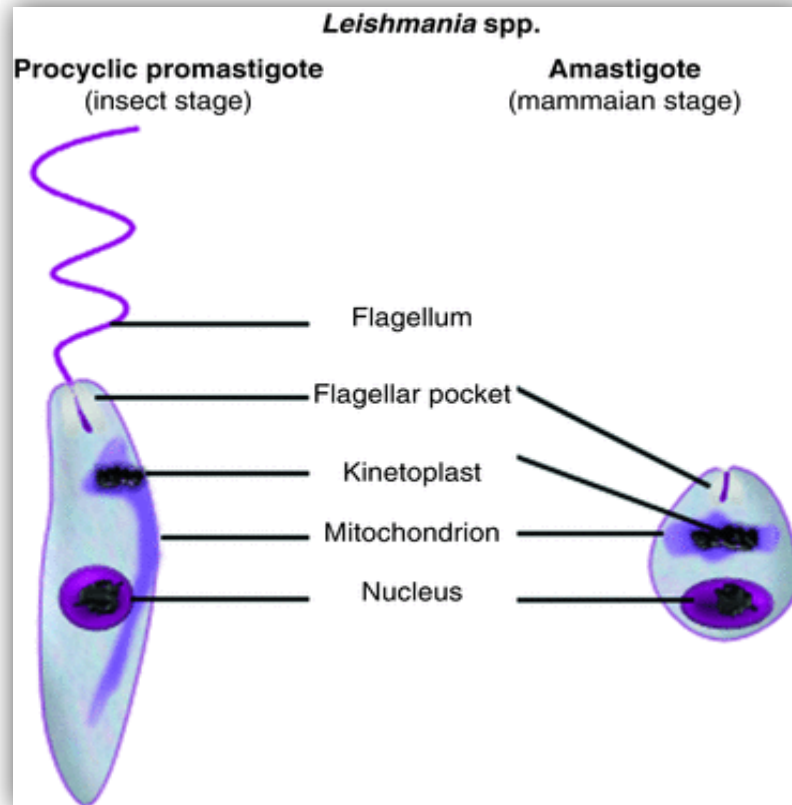
Chez l'homme et le réservoir animal

- ❖ Immobile, intracellulaire
- ❖ Corpuscule ovoïde sans flagelle extériorisé.
- ❖ Après coloration au Giemsa :
 - Cytoplasme bleu clair
 - Flagelle interne ; le rhizoplaste.

B. La forme promastigote :

Au niveau de l'insecte vecteur

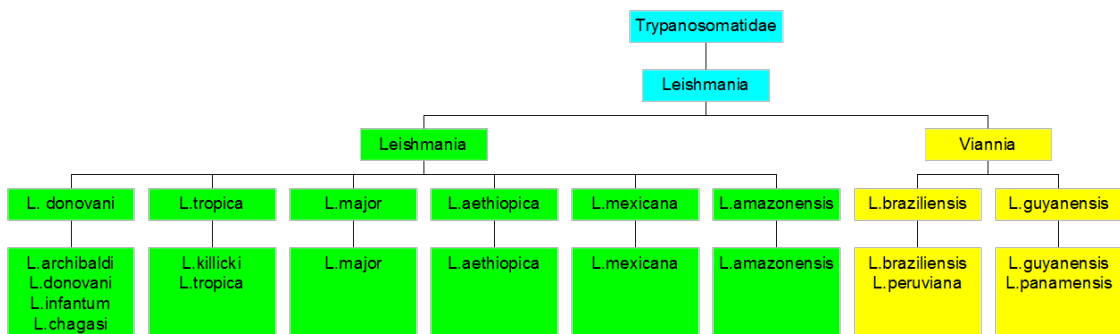
- ❖ Très mobile
- ❖ tube digestif du phlébotome et le milieu de culture.
- ❖ flagelle antérieur libre



2. Taxonomie des leishmanies pathogènes pour l'homme :

- ❖ Plus de 20 espèces différentes de leishmanies peuvent causer la maladie chez les humains.
- ❖ *L. tropica* provoque la leishmaniose cutanée anthroponotique
- ❖ *L. major*, et moins fréquemment *L. infantum*, sont à l'origine de la leishmaniose cutanée zoonotique.

Taxonomie des leishmanies pathogènes



3. Vecteur

- ❖ Il est différent des anophèles (moustiques) avec lesquels il est souvent confondu. c'est un petit moucheron, arthropode du genre :
 - **Phlébotomus** dans l'ancien monde
 - **Lutzomia** dans le nouveau monde
- ❖ Seule la femelle est hématophage,

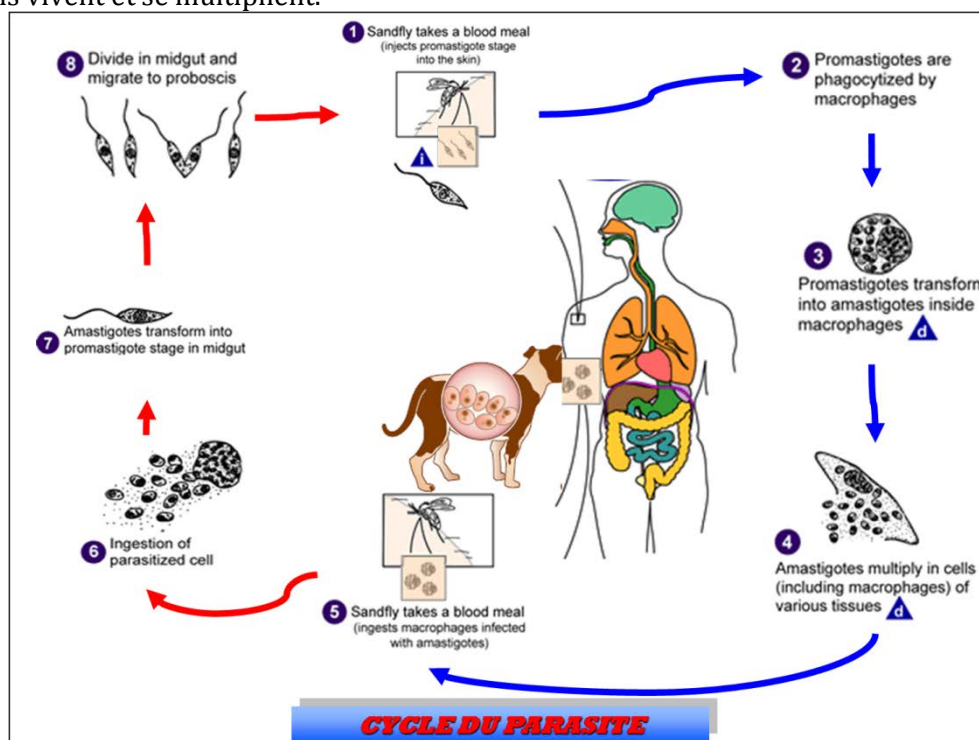
4. Réservoir

- ❖ Un certain nombre de vertébrés peuvent être infectés par des leishmanies avec des types de persistance distinctes. Les leishmanioses se répartissent en deux catégories selon le rôle des êtres humains dans la persistance du parasite

1. **Leishmaniose cutanée anthroponotique** : rare, les parasites sont transmis d'humain à humain.
2. **Leishmaniose cutanée zoonotique** :
 - Rongeurs sauvages, rat des sables (MERIONES)
 - chien, chat...

5. Cycle du parasite :

- ❖ La leishmaniose est transmise par la piqûre d'un phlébotome femelle. Lorsque le phlébotome pique la peau infectée, il produit un creux. Avec leurs pièces buccales, qui ont un bord coupant en scie, ils grattent les tissus du derme contenant plusieurs macrophages pleins d'amastigotes et les mélangent avec le sang. Quand le phlébotome suce le sang dans ces creux, il n'aspire pas seulement le sang, mais aussi les tissus endommagés du derme contenant des macrophages remplis d'amastigotes.
- ❖ Dans l'intestin moyen du phlébotome, les amastigotes se transforment en promastigotes dotés de flagelles et se multiplient par scissiparité. Il faut compter environ 5 à 7 jours, en fonction de la température ambiante, pour que les promastigotes remplissent l'intestin moyen et prennent leur forme infectieuse (métacyclique), qui migre vers la partie antérieure de l'intestin et la trompe. À ce stade, le phlébotome est infectieux et quand il mord pour s'alimenter, il injecte d'abord un peu de salive (pour éviter la coagulation du sang) contenant des promastigotes qui se trouvaient dans ses pièces buccales, dans le derme du nouvel hôte. Les promastigotes injectés par cette piqûre se transforment en amastigotes qui sont ingérés par les macrophages du derme, les cellules dans lesquelles ils vivent et se multiplient.

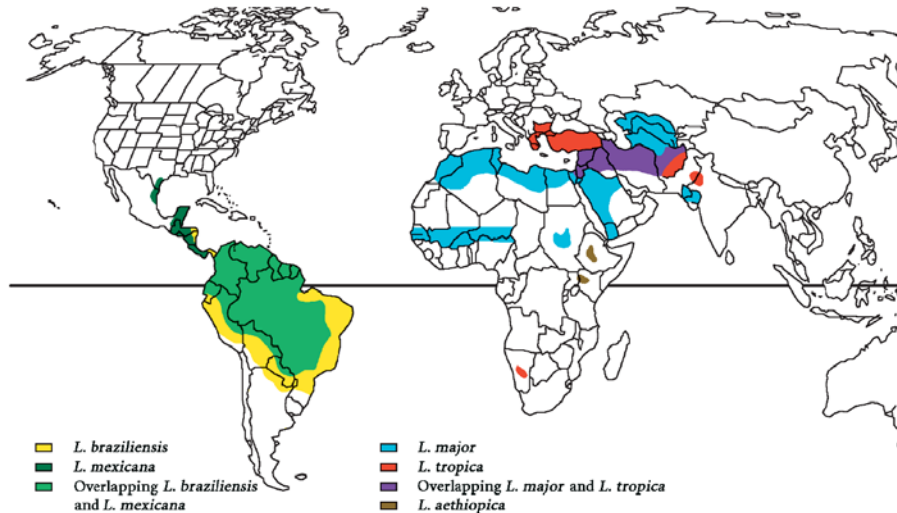


6. Fréquence :

- ❖ À l'état endémique dans 88 pays (21 du Nouveau Monde, 67 de l'Ancien Monde),
- ❖ 500 000 à 1 000 000 de nouveaux cas chaque année, mais seulement 19-37 %, sont effectivement notifiés aux autorités sanitaires
- ❖ Algérie :
 - Année 2004 : 16 000 cas.
 - Année 2005 : 30 000 cas.

7. Répartition géographique :

- ❖ Dans le monde :



- ❖ En Algérie : Longtemps confinée dans le foyer historique de **Biskra**, la maladie connaît depuis une vingtaine d'années une **extension franche** vers les régions du nord du pays ; cette incursion a été marquée par la survenue de graves épidémies ayant touché plusieurs milliers de personnes en différentes régions des hauts plateaux.

8. Facteurs affectant la transmission

A. Mouvements de population

- ❖ Les épidémies de leishmaniose cutanée sont souvent associées à la migration et à l'introduction de personnes non immunes dans les zones de transmission existantes.

B. Facteurs socioéconomiques

- ❖ La pauvreté
- ❖ Les mauvaises conditions de logement et sanitaires
- ❖ L'entassement d'un grand nombre de personnes dans un petit espace

C. Facteurs de risque environnementaux

- ❖ La leishmaniose cutanée est une maladie sensible au climat, qui occupe un « espace climatique » caractéristique et qui est fortement affectée par des changements dans les précipitations, la température atmosphérique et l'humidité.

III. CLASSIFICATION :

- ❖ Les leishmanioses tégumentaires sont considérées comme un spectre d'infections parasitaires dont :
 - **le pôle bénin** : la leishmaniose cutanée localisée (LCL), correspondant à une réponse immunitaire cellulaire de l'hôte de type Th1.
 - **Le pôle grave** : la leishmaniose cutanée diffuse (LCD) associée à une réponse cellulaire de type Th2.

- **Entre ces deux pôles** : la leishmaniose cutanéomuqueuse correspond, à sa phase initiale, à une LCL, dont elle a les attributs biologiques, mais l'atteinte muqueuse secondaire coïncide avec une hyperréactivité cellulaire et un granulome présentant des profils de cytokines mixtes Th1-Th2.

IV. CLINIQUE

1. Type de description : *Leishmaniose ulcéro-croûteuse « Bouton d'Orient » « Clou de Biskra »*

❑ **Incubation** : 02 à 03 mois (de 08 jrs à plusieurs mois)

❑ **Bouton d'Orient** :

À/Siege : parties découvertes (visage, mains, avant-bras, jambes)

B/Lésion élémentaire :

- ❖ Au début petite papule prurigineuse, rouge foncé.
- ❖ Unique, parfois multiple
- ❖ Puis elle se transforme en un tubercule
- ❖ En une dizaine de jours, une ulcération se constitue et le bouton d'orient typique se constitue, C'est un nodule ulcéro-croûteux

a) *Nodule*

- ❖ Assez mal limité
- ❖ Mobile par rapport aux plans profonds
- ❖ Le centre est creusé par une ulcération généralement cachée par une croûte
- ❖ Les bords sont rouge foncé

b) *Croûte centrale*

- ❖ Adhérente,
- ❖ Jaune brunâtre
- ❖ épaisse
- ❖ son arrachement à la curette montre les prolongements stalactites filiformes, sur la face inférieure

c) *L'ulcération*

- ❖ Arrondie ou ovalaire, de 01 à plusieurs cm de diamètre
- ❖ À bords taillés à pic, a fond granuleux +/- végétant et purulent.
- ❖ Elle peut être superficielle et étalée, ou creusante

C/Signes fonctionnels :

- ❖ absence de douleur
- ❖ parfois de prurit

D/Signes locorégionaux :

- ❖ Absence d'ADP ou de lymphangite sauf si surinfection.

2. Formes cliniques de la leishmaniose :

À/selon le tableau clinique

a) *La leishmaniose lupoïde* :

- ❖ fréquente
- ❖ Nodule ou plaque rose violacé ou jaunâtre, de consistance élastique
- ❖ La vitropression : teinte lupoïde (jaunâtre)

b) *Forme verruqueuse* :

- ❖ Plaque bien limitée, +/- saillante, à surface papillomateuse, hyperkératosique souvent sèche.

c) Forme végétante

- ❖ Plaque ou placard humide avec un relief mamelonné et croûteux

d) Forme pseudosporotrichosique

- ❖ Résulte de la dissémination lymphatique des leishmanies, donnant des nodules sur le trajet lymphatique.

e) Forme cutanée diffuse ou disséminée

- ❖ Elles désignent les leishmanioses cutanées localisées dont les lésions dépassent le nombre de dix. La forme diffuse se voit surtout chez les sujets immunodéprimés.

f) Leishmaniose cutanéomuqueuse

- ❖ Elles se voient surtout en Amérique du Sud et sont dues principalement à des leishmanies du complexe *braziliensis*. Des cas très rares ont été rapportés dans l'Ancien Monde avec *L. aethiopica*.
- ❖ L'évolution se fait en deux temps. Initialement, les lésions cutanées au point de piqûre évoluent spontanément vers la guérison en 7 à 12 mois. Suit alors une période de latence pouvant aller de quelques mois à plusieurs années. Puis dans un deuxième temps, chez 25 à 30 % des sujets apparaissent des lésions muqueuses de la face débutant à la partie antérieure de la cloison nasale et aboutissant parfois à sa destruction totale. L'extension peut se faire aux muqueuses buccales, nasales et pharyngolaryngées, avec des mutilations très importantes.

B/selon l'évolution

a) Forme récidivante

- ❖ Des lésions papuleuses caractéristiques peuvent apparaître plusieurs mois ou années après la guérison clinique, dans ou autour de la cicatrice de la lésion guérie. La leishmaniose récidivante peut durer de nombreuses années

b) Forme Abortive

- ❖ N'atteint pas le terme final de son évolution
- ❖ Terrain : sujet partiellement immunisé par une atteinte antérieure ou ayant d'autres lésions évolutives
- ❖ L'élément papuleux disparaît en quelques jours ou en quelques semaines sans laisser de cicatrice (pas d'ulcération).

3. Evolution

- ❖ En général persistante et stable, devenant stationnaire après quelques semaines d'évolution.
- ❖ En absence de TRT, la surinfection est fréquente
- ❖ La guérison spontanée survient après environ 01 an d'évolution, au prix d'une cicatrice déprimée inesthétique et indélébile.
- ❖ La leishmaniose cutanée due à *L. major* est associée à un taux d'autoguérison de plus de 50 % à 75 % à 4-6 mois
- ❖ Absence de guérison spontanée (5 %) → leishmaniose cutanée chronique.

V. DIAGNOSTIC POSITIF

1. Éléments anamnestiques

- ❖ Notion de séjour dans une zone d'endémie
- ❖ Notion de piqûre d'insecte
- ❖ Résistance au traitement antiseptique et antibiotique

2. Éléments cliniques

- ❖ Caractère indolore de la lésion malgré la teinte rouge
- ❖ Pas d'ADP ou lymphangite
- ❖ Siège dans les zones découvertes.

3. Éléments évolutifs

- ❖ Évolution torpide persistante et stable en absence du traitement.

4. Éléments para cliniques

A. Les examens parasitologiques

a) Examen direct au MO

- ❖ Prélèvement :
 - Frottis de raclage
 - Sérosité recueillie après scarification
 - Biopsie d'une bordure de lésion plus coupe histologique
- ❖ Coloration MGG [May Grunwald Giemsa]
- ❖ Résultats : corps de leishman : corpuscule ovoïde en intra cellulaire

b) Culture :

- ❖ Intéressante pour les formes pauci parasitaires

B. Examen anatomopathologique :

- ❖ Granulome inflammatoire polymorphe, au sein duquel
- ❖ coexiste des cellules épithéloïdes et des plasmocytes
- ❖ coloration au MGG [corps de leishman]
- ❖ Dans la forme lupoïde : granulome tuberculoïde avec de rares corps de leishman

C. Examen immunologique

a) Sérologie : IFI par technique Éliisa

- ❖ Souvent négative dans la leishmaniose cutanée, mais utile pour la leishmaniose cutanéomuqueuse

b) IDR à la leishmanine

D. Examen par PCR :

- ❖ Intérêt dans la recherche, et permet l'identification de l'espèce infectante

E. L'électrophorèse des isoenzymes

- ❖ permet le diagnostic d'espèce.

VI. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Devant sa forme habituelle du bouton d'Orient

1. **les infections cutanées non spécifiques** : *Furoncle, ecthyma, anthrax,*
 - Lésions douloureuses, inflammatoires
 - ADP satellite
 - Une bonne évolution sous traitement antibiotique
2. **Infections cutanées spécifiques** : *mycobactérioses, syphilis*
3. **Autres** : *carcinomes... etc.*

VII. Traitement

- ❑ La décision de traitement repose d'abord sur le rapport bénéfice-risque de l'intervention pour chaque patient.
- ❑ Un grand nombre d'interventions thérapeutiques différentes, y compris les traitements locaux, systémiques et physiques [par exemple, cryothérapie, thermothérapie], ont été utilisés et testés pour la leishmaniose cutanée.
- ❑ Les espèces infectantes, la région géographique et le statut immunitaire du patient affectent l'efficacité des traitements.

1. Les armes thérapeutiques

A. Traitements systémiques :

a) Antimoniote de N-méthyl glucamine : Glucantime (

1-Présentation

- ❑ Ampoule de 5 ml contenant 1,5 g de produit total
- ❑ Une Ampoule contient 1/3 de produit actif \equiv 425 mg de produit actif « dérivé pentavalent d'antimoine ».

2-Posologie

Adulte : 60 mg/kg/j de produit total ou 20 mg/kg/j de produit actif.

Enfant : 30 mg/kg/j de produit total ou 10 mg/kg/j de produit actif.

3-Schéma thérapeutique

Commencer le traitement avec des doses progressives :

J1 = ¼ de la dose totale en IM

J2 = ½ de la dose totale en IM

J3 = ¾ de la dose totale en IM

J4 = la dose totale en IM

- ❖ *Faire une première cure de 15 jours de dose totale, suivie d'une fenêtre thérapeutique de 15 jours pour apprécier le résultat*
- ❖ *Une deuxième cure de 15 jours de dose totale peut être nécessaire*

4-Effets secondaires

❖ SIGNES DE STIBIO-INTOLÉRANCE (DE TYPE ANAPHYLACTIQUE)

- Éruption cutanée,
- frissons,
- hyperthermie,
- myalgie, arthralgie,
- diarrhée, vomissement,
- syndrome bulbaire,
- toux coqueluchoïde,
- tachycardie, lipothymie
- hémorragies.

Ils peuvent se manifester dès la première injection.

❖ SIGNES DE STIBIO-INTOXICATION

- Atteinte cardiaque : myocardite, troubles du rythme.
- Atteinte hépatique et pancréatique.
- Atteinte rénale : tubulaire et glomérulaire.
- Accidents hématologiques (pancytopénie.)
- Polynévrite.

Ces signes apparaissent au cours ou même en fin de cure (surdosage)

5-Contre-indications

- ❖ Troubles cardiaques (troubles du rythme, BAV).
- ❖ Maladie rénale ou hépatique grave.
- ❖ Syndrome hémorragique.

6-Bilan préthérapeutique

- ❖ Fonction rénale : urée, créatinine, chimie des urines.
- ❖ Fonction hépatique : TGO, TGP, P.alcalines,
- ❖ NFS, Crase sanguine, ECG, Télé thorax.

7-Surveillance du traitement

- ❖ ECG (allongement QT, inversion de l'onde T),
- ❖ NFS
- ❖ La fonction hépatique
- ❖ La fonction rénale
- ❖ Amylasémie

b) Autres traitements systémiques :

- ✓ **Pentamidine : Lomidine (**
- ✓ **Amphotéricine B : Fungizone (**
- ✓ **Fluconazole (*leishmania Major*)**
- ✓ **Itraconazole (*leishmania tropica*)**
- ✓ **Miltéfosine**

B. TRT LOCAUX

a) Infiltration intralésionnelle de Glucantime

- ❖ à raison de 1 à 2 ml aux 4 points cardinaux de la lésion à 1 cm des bords,
- ❖ rythme : 1 à 2 fois/sem pendant plusieurs semaines
- ❖ Indications : lésion unique ou 02 lésions
 - ❖ contre indication : Ne pas utiliser à proximité de l'œil, péri-orificielle, péri-articulaire, ou sur un trajet lymphatique.

b) Moyens physiques

- ❖ Par le froid : **Cryothérapie** isolée ou associée à la chimiothérapie.
- ❖ Par la **chaleur** : Source de chaleur élevant la température locale à 41 °C
- ❖ **Electrocoagulation**

c) Chirurgie

- ❖ À titre curatif si une seule lésion ou à titre réparateur si cicatrice inesthétique.

2. Indications

03 attitudes sont possibles

A. Abstention thérapeutique

Formes simples à *L.major* d'un bras ou d'une jambe sans nodule lymphatique évoluant rapidement

B. Traitement local

Moins de trois lésions (Lésion unique ou deux lésions)

Infiltration par du glucantime si :

- Sans diffusion lymphatique
- Siège loin des régions péri-orificielles ou péri-articulaires.

Sinon : autres moyens locaux : cryothérapie, thermothérapie, exérèse chirurgicale

C. Traitement par voie générale

- ❖ Contre indication au traitement local
- ❖ Leishmaniose cutanée récidivante
- ❖ Leishmaniose cutanée disséminée
- ❖ Sujet immunodéprimé

3. Traitement préventif

- ❖ La prophylaxie nécessite la lutte contre le vecteur et le réservoir de parasite.

A. LUTTE CONTRE LE VECTEUR

- ❖ Les insecticides, les moustiquaires, port de vêtements recouvrant le maximum de surface corporelle, permettent de réduire considérablement les risques.

B. LUTTE CONTRE LE RÉSERVOIR

- ❖ Elle est très difficile, leur destruction par les labourages profonds, l'empoisonnement, le déboisement des zones périurbaines

C. VACCINATION

- ❖ Aucun vaccin n'est disponible