

LEISHMANIOSE VISCERALE OU KALA – AZAR

Dr BOUHABEL Maamar

Maître assistant en Maladies infectieuses / HMRU Constantine

I. INTRODUCTION

Définition:

Parasitoses communes à l'homme et à certains animaux dues à des protozoaires intracellulaires ayant un tropisme électif pour le système réticulo-endothélial

II. Épidémiologie

- 1) **Agent causal** : La forme viscérale est due à *leishmania donovani* ou *leishmania infantum* selon la région considérée.
- 2) **Le réservoir** : Les réservoirs de parasites sont sauvages (rongeurs et canidés, en particulier les renards et les chacals) ou domestique, représenté par le chien contaminé au contact du réservoir sauvage.
- 3) **La transmission** : La transmission de la leishmaniose nécessite le plus souvent un vecteur, le phlébotome femelle hématophage, également hôte intermédiaire. Il est actif toute l'année en zone intertropicale, et seulement à la belle saison en zone tempérée. La piqûre du phlébotome ne laisse pas de trace mais est douloureuse. La transmission directe interhumaine est cependant possible. L'incubation silencieuse dure 2 à 6 mois, ou parfois plus rendant aléatoire la notion d'un séjour en pays d'endémie.
- 4) **La répartition géographique** se fait en foyers. Dans le Bassin Méditerranéen, la maladie est endémique

Les foyers de leishmaniose viscérale affectent préférentiellement les zones tropicales:

- le continent indien (endémo-épidémique): L'homme malade peut transmettre la maladie.
- l'Asie du Sud-Est
- l'Afrique tropicale
- l'Amérique du Sud.

III. Clinique

1) La forme typique

La forme typique affectant l'enfant de 2 à 5 ans: **Triade : pâleur, fièvre et splénomégalie.**

- **inoculation**: de 1 à 2 mois, silencieuse.
- **Début** : insidieux
- **Phase d'état** :
 - **Une altération de l'état général** caractérisée par un amaigrissement du thorax et des membres, une fièvre désarticulée, une pâleur extrême. La dénutrition est aggravée par une symptomatologie digestive à type de vomissements ou de diarrhée.
 - **À l'examen clinique**: Une hypertrophie des organes du Système Réticulo-Endothélial (SRE) surtout : **splénomégalie** volumineuse, ferme, lisse et indolore, dépassant la ligne médiane et déformant l'abdomen et une **hépatomégalie** modérée. Des **micro-polyadénopathie** sont moins fréquentes mais constituent des points de prélèvements facilement accessibles.
- 2) **Les formes atypiques**

Chez l'adulte, la symptomatologie se résume à une fièvre avec hépatosplénomégalie à l'examen.

 - Il faut insister sur la très grande fréquence des formes frustes avec accès fébrile aigu.

3) Les formes de l'immunodéprimé

Ils sont rares : De nombreuses circonstances d'immunodépression peuvent favoriser la leishmaniose.

- En dehors de l'infection VIH, ces formes sont caractérisées par une résistance au traitement et une dissémination fréquente de l'infection à tout l'organisme.
- Dans le SIDA, la leishmaniose a toutes les caractéristiques d'une **infection opportuniste** mais n'a pas encore été retenue comme telle.
- Elle est relativement courante dans les zones où coexistent les 2 infections.
- Le tableau clinique est celui d'une fièvre avec **pancytopénie**.

4) L'évolution :

- L'évolution spontanée se fait vers le décès en quelques mois par cachexie, hémorragie digestive ou infection.
- Les formes frustes n'évoluent pas vers une leishmaniose viscérale mais vers la guérison spontanée.
Le parasite peut cependant persister dans l'organisme et se réactiver ultérieurement à l'occasion d'une immunodépression.

IV. Diagnostic Positif

1) Arguments épidémiologiques :

- zone d'épidémie,

2) Arguments cliniques :

- Fièvre au long cours.
- Splénomégalie.
- Hépatonéphrite.

3) Arguments paracliniques :

Eléments de présomption :

FNS = pancytopénie avec :

- Anémie normochrome, normocytaire arégénérative,
- leuconéutropénie souvent très marquée,
- thrombopénie fréquente mais relativement tardive

L'accélération marquée de la VS.

Eléments de certitude :

- L'isolement du parasite par prélèvement d'un organe du SRE est possible dont le myélogramme avant tout (parfois ponction ganglionnaire ou hépatique) avec examen direct et culture et ensemencement sur milieu NNN.
- L'immunofluorescence directe est positive à partir d'un titre >1/100.
- Beaucoup d'autres techniques peuvent être employées dont l'ELISA détectant les immunoglobulines G.

V. Diagnostic différentiel

Devant une fièvre avec altération de l'état général:

- infections bactériennes: tuberculose, brucellose, fièvres typhoïdes
- infections virales: cytomégalovirus, EBV
- hémopathies malignes comme le Hodgkin
- affections inflammatoires comme le lupus érythémateux disséminé

VI. Traitement

1) Traitement curatif:

Moyens

- L'antimoniote de méglumine (Glucantime), dérivé de l'antimoine, s'administre par voie IM à la dose de 60mg/kg/j à dose progressivement atteintes par paliers

quotidiens d'1/4 de dose. La durée du traitement est de 15 jours.

Une insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale le contre-indiquent. L'intolérance est fréquente avec fièvre, frissons, toux, myalgies et éruptions diverses.

- La pentamidine (Lomidine) est administré à la dose de 2,5mg/kg/IM 1/2j.

Le traitement comprend 8 à 12 injections. La tolérance est mauvaise avec abcès aux points d'injection et hypotension.

- l'amphotéricine B (Fungizone) possède des indications réservés en cas de résistances.

2) Traitement préventif:

La prévention individuelle similaire à celle mise en œuvre contre le paludisme a une efficacité tout à fait relative:

Les moustiquaires classiques sont inefficaces et obligent à l'utilisation d'un phlébotomaire.

la prophylaxie collective consiste en:

- le dépistage et le traitement des sujets et chiens malades
- la lutte contre les moustiques par la destruction des foyers humides
- la pulvérisation d'insecticides (DDT, HCH ou organophosphorés).