

**LEISHMANIOSES
VISCERALES
=
KALA AZAR**



**William Boog Leishman
1865-1926**

**BELKADI A
Infectiologie
CHU Oran**

INTRODUCTION

Leishmanioses

**Parasitoses du système phagocytaire mononucléé
(monocytes, histiocytes et macrophages)**

Communes à l'Homme et aux animaux

**Elles incluent des affections viscérales ou
tégumentaires (cutanées et cutanéomuqueuses)**

HISTORIQUE

Les leishmanioses

- ❑ Kala-azar (LV) connu depuis l'antiquité en Inde
- ❑ LC et LCM connues depuis l'antiquité en Amérique du Sud (statuettes incas)
- ❑ Isolement du parasite chez un soldat des Indes en 1900 (Leishman)
- ❑ Isolement chez un enfant en 1903 (Donovan)
- ❑ En Algerie
Hamel 1860 : clou de Biskra
frères Sergent 1901



PARASITE

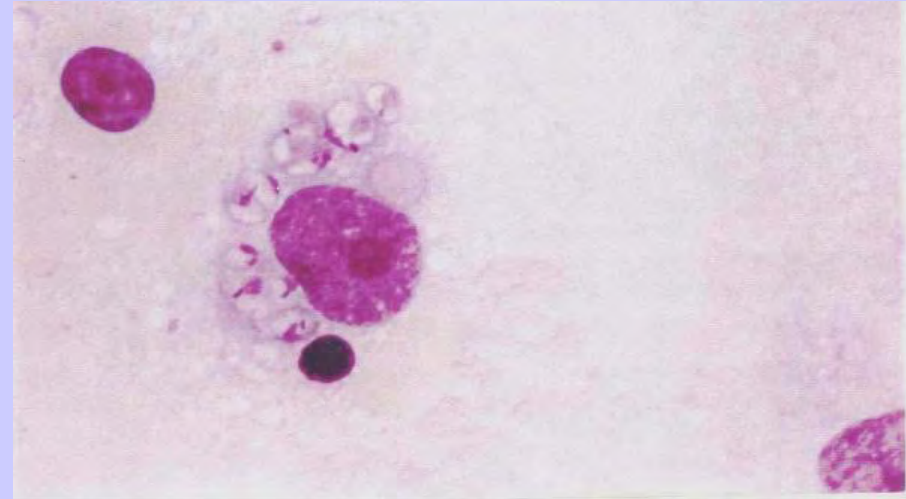
Leishmanioses

■ *Leishmania*

Le parasite est dimorphe

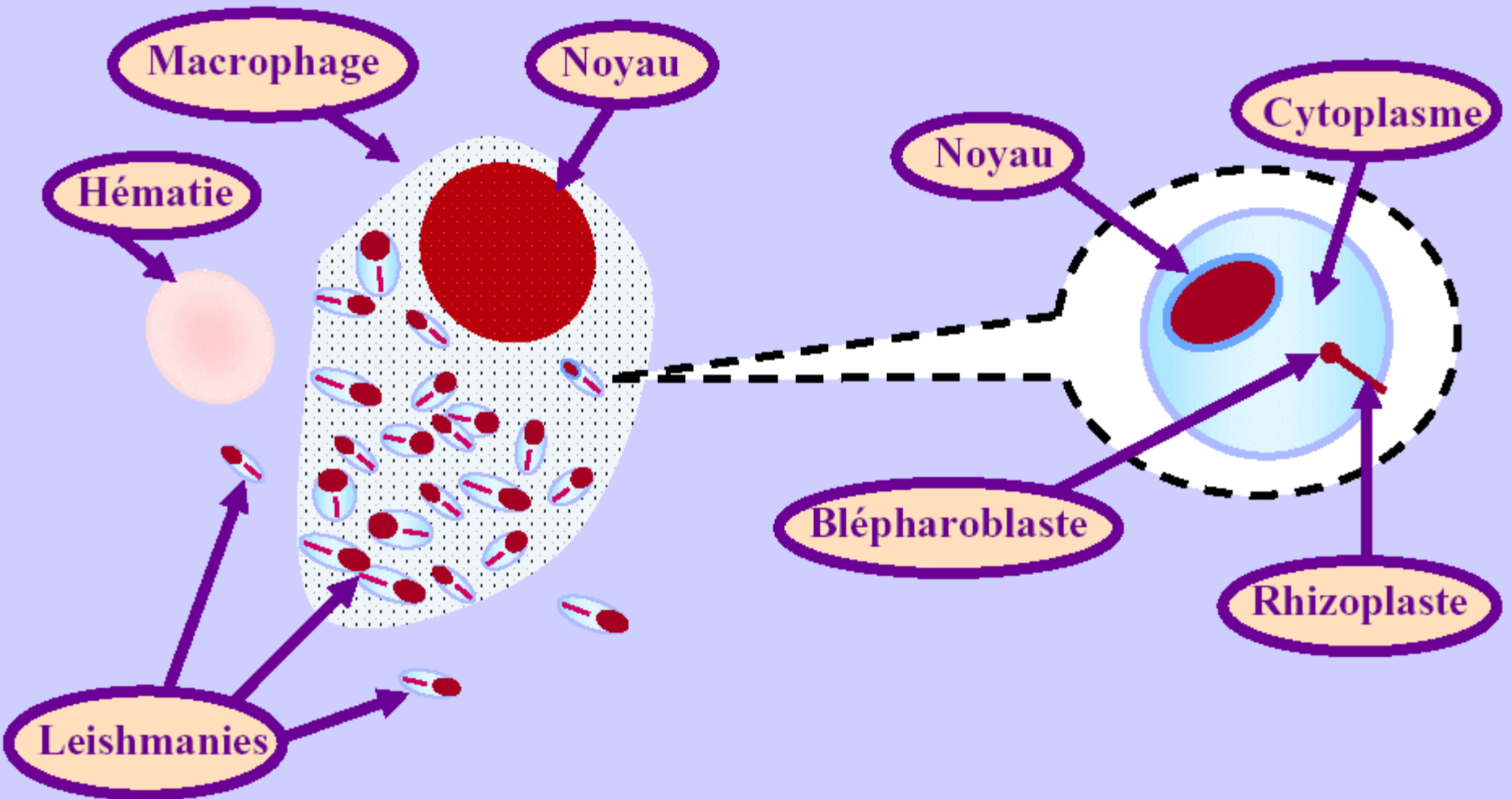
-Amastigote chez les hôtes
vertébrés dont l'homme

-Promastigote libre dans
l'intestin du phlébotome



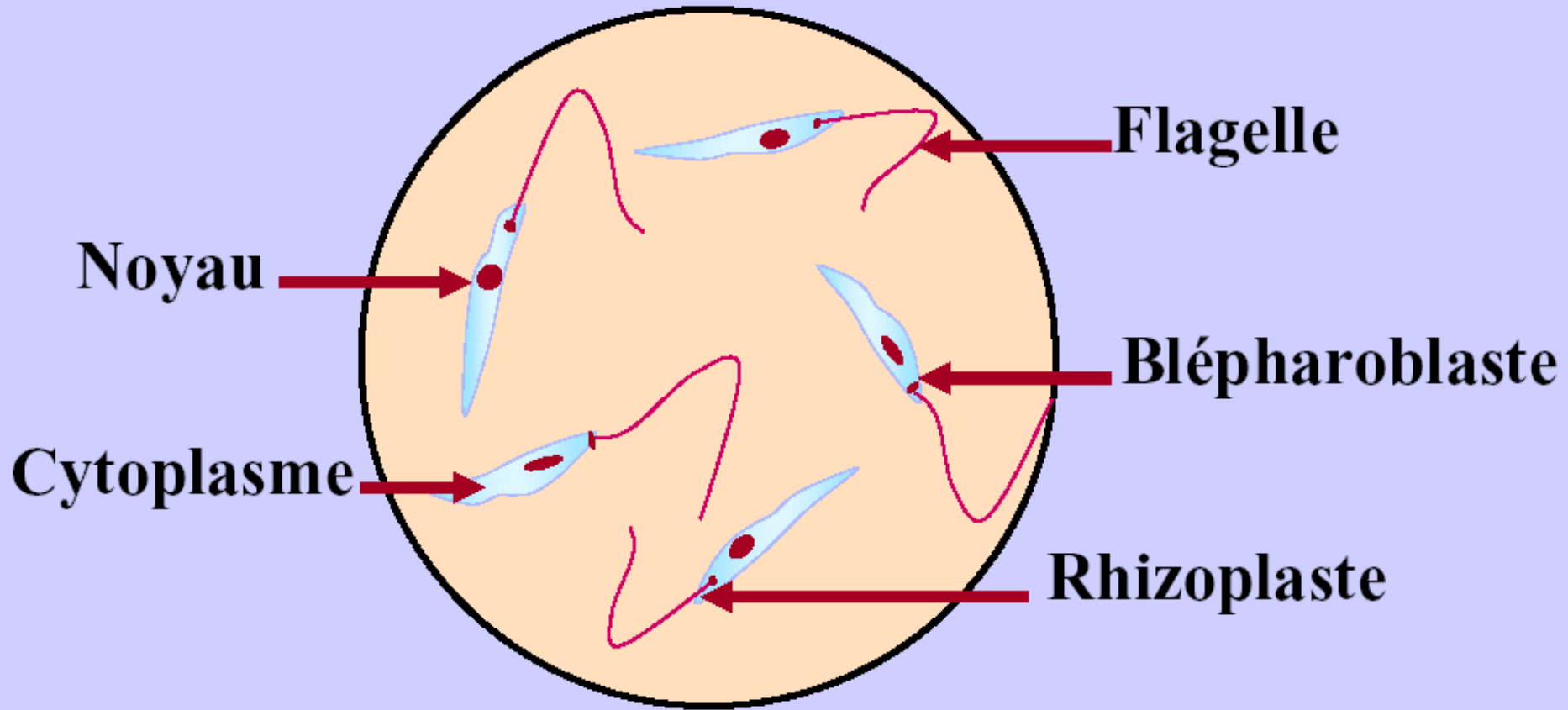
Les leishmanioses

Forme amastigote



Les leishmanioses

Forme promastigote



Biologie du parasite

Leishmanioses

- Phlébotome femelle
- Femelle hématophage
- Pique la nuit
- vole sans bruit
- La piqûre ne laisse pas de trace mais est douloureuse.



Les leishmanioses

CYCLE BIOLOGIQUE DES PHLEBOTOMES



Recrudescence

LC 90%

Algérie

Iran, Afghanistan

Pérou

LV 90%

Inde, Népal

Brésil

Soudan

Aménagements agro-industriels

Irrigations

Guerres, migrations, famines

Migrations, urbanisations

Sud de l'Europe : L. infantile stable,

L. de l'adulte en augmentation liée aux déficits immunitaires

SIDA

Greffes

Leishmaniose viscérale

Les leishmanioses

L. donovani, *L. donovani infantum*, *leishmania archibaldi*

L. archibaldi



Dans le monde

Les leishmanioses

- **Problème sanitaire d'urgence** (endémique: Ethiopie, Erythrée et Soudan).
- **Létalité** élevé car absence de moyens (Sans TRT létalité de 100%, s/TRT: de 10%).
- L'homme malade peut transmettre la maladie --
--→ *endémo-épidémique*

LEISHMANIOSE VISCERALE

L. (L) donovani: => kala azar indien, Inde, Népal, Chine de l'Ouest, Moyen Orient, Soudan, Ethiopie, Kenya; (R de P = humain)

L. (L) infantum: => leishmaniose viscérale infantile
Pourtour méditerranéen (R de P = chien),
Centre Asie (R de P = canidés sauvages),
Chine (R de P = canidés domestiques),
Afrique de l'Est (R de P = rongeurs)

L. (L) chagasi: => Amérique du Sud (R de P = canidés domestiques et sauvages)

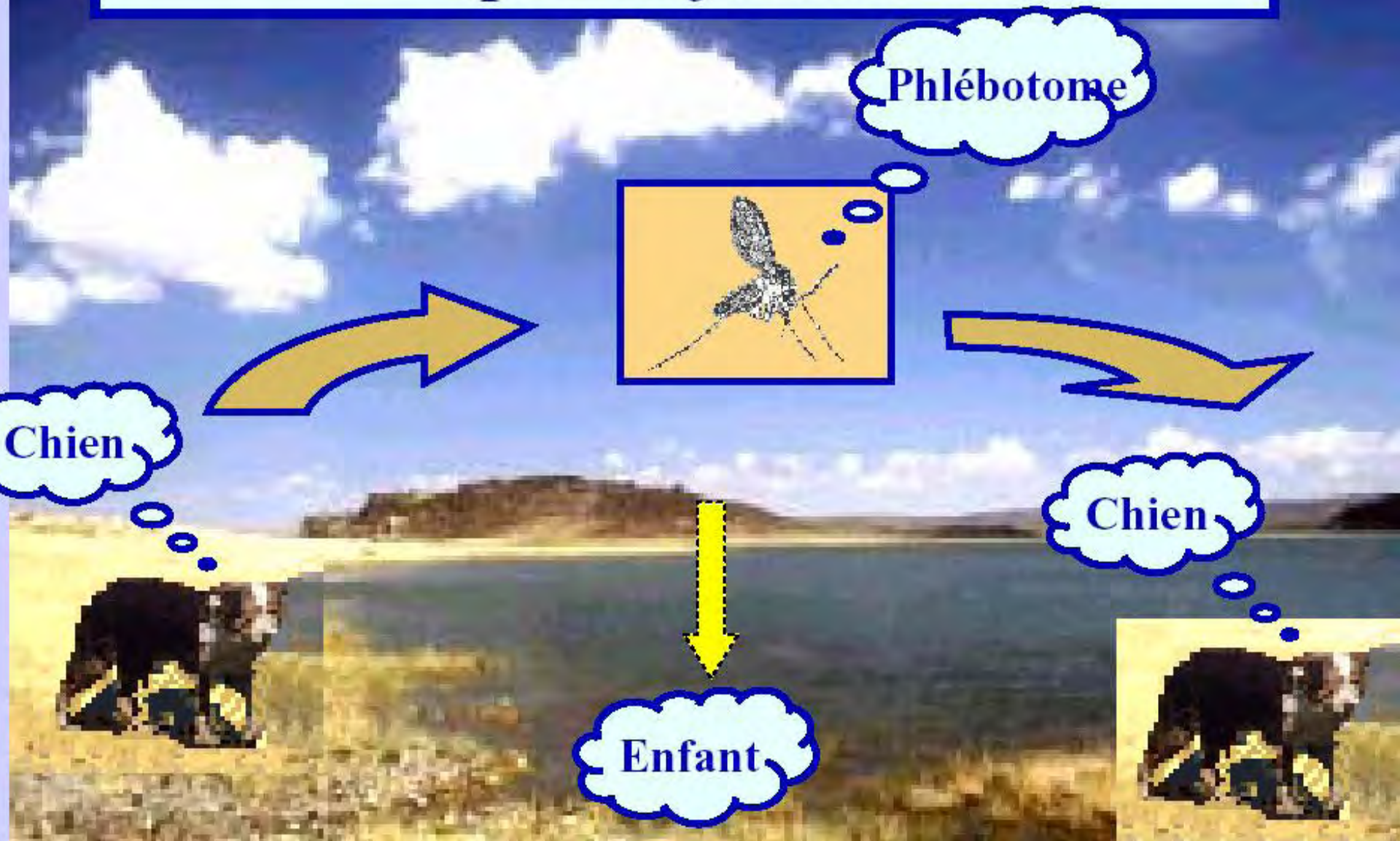
Circulation du parasite

Les leishmanioses

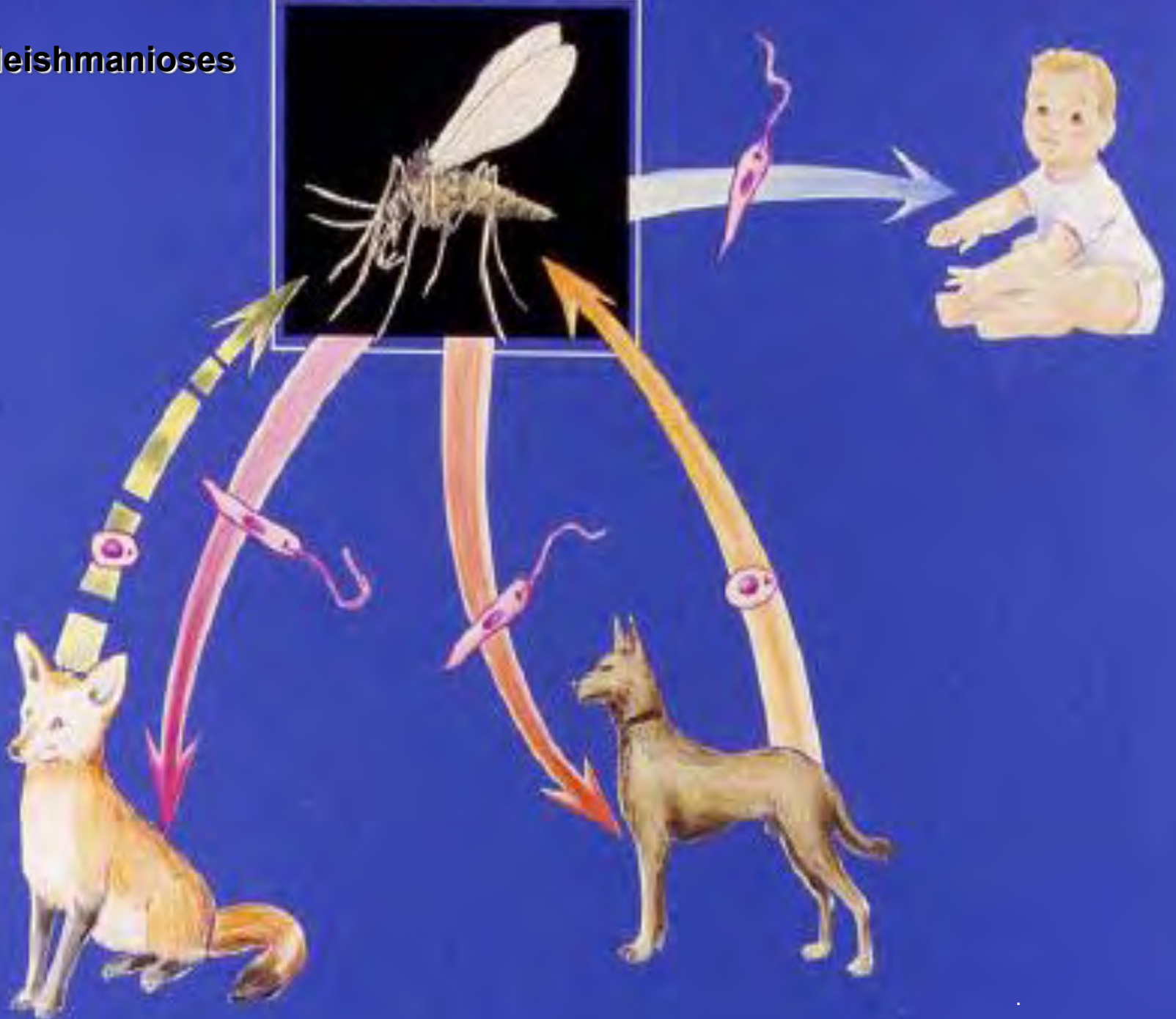


LEISHMANIOSE VISCERALE

sp: *L. infantum*

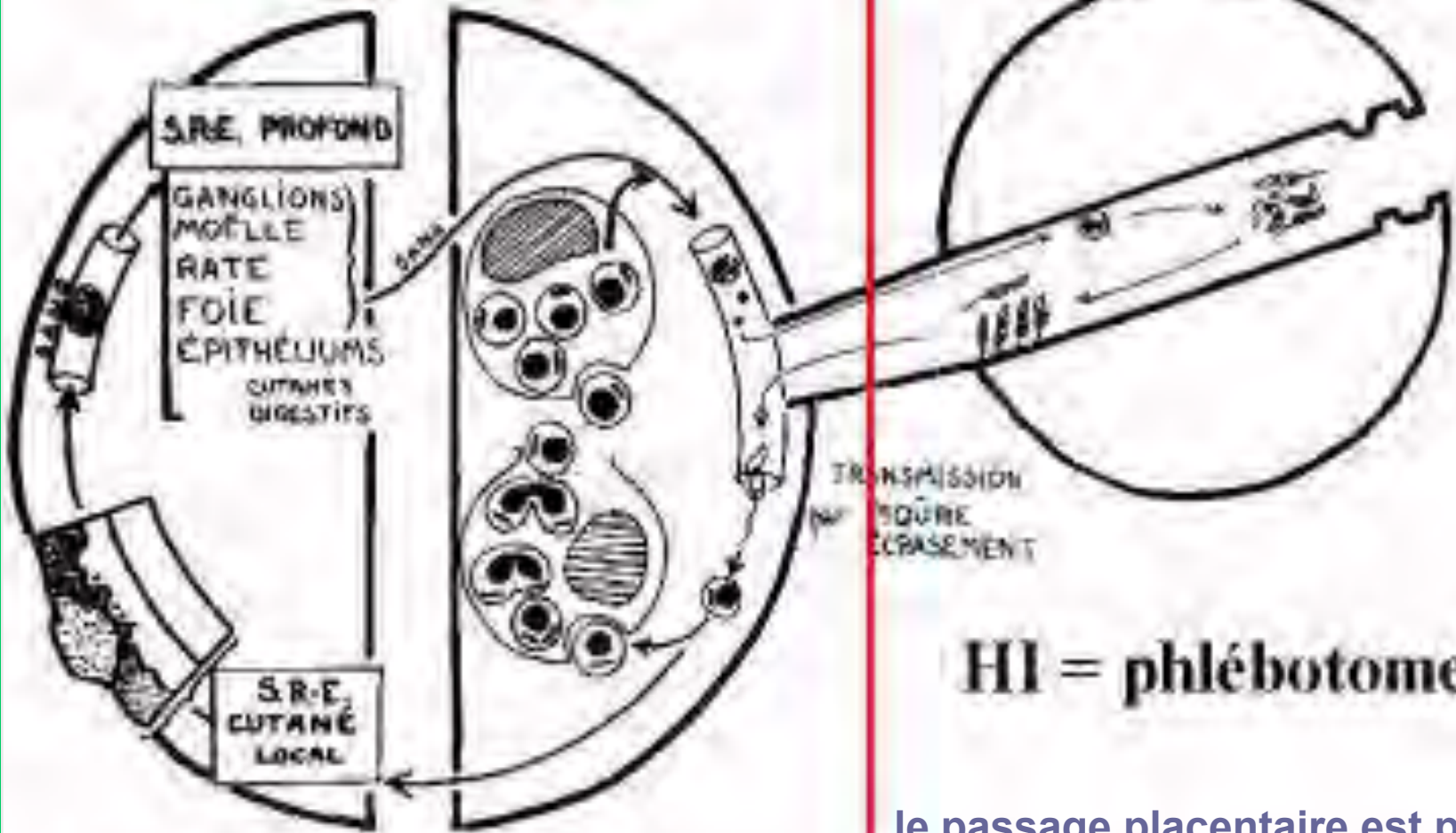


Les leishmanioses



formes amastigotes

formes promastigotes



HI = phlébotome

HD = homme, rongeurs

le passage placentaire est possible
la persistance du parasite
après traitement explique l'immunité

leishmanioses viscérales

Devenir de l'infection humaine par *Leishmania donovani*

Environnement

exposition

Infection

Virulence parasitaire

Contrôle

Pas de contrôle

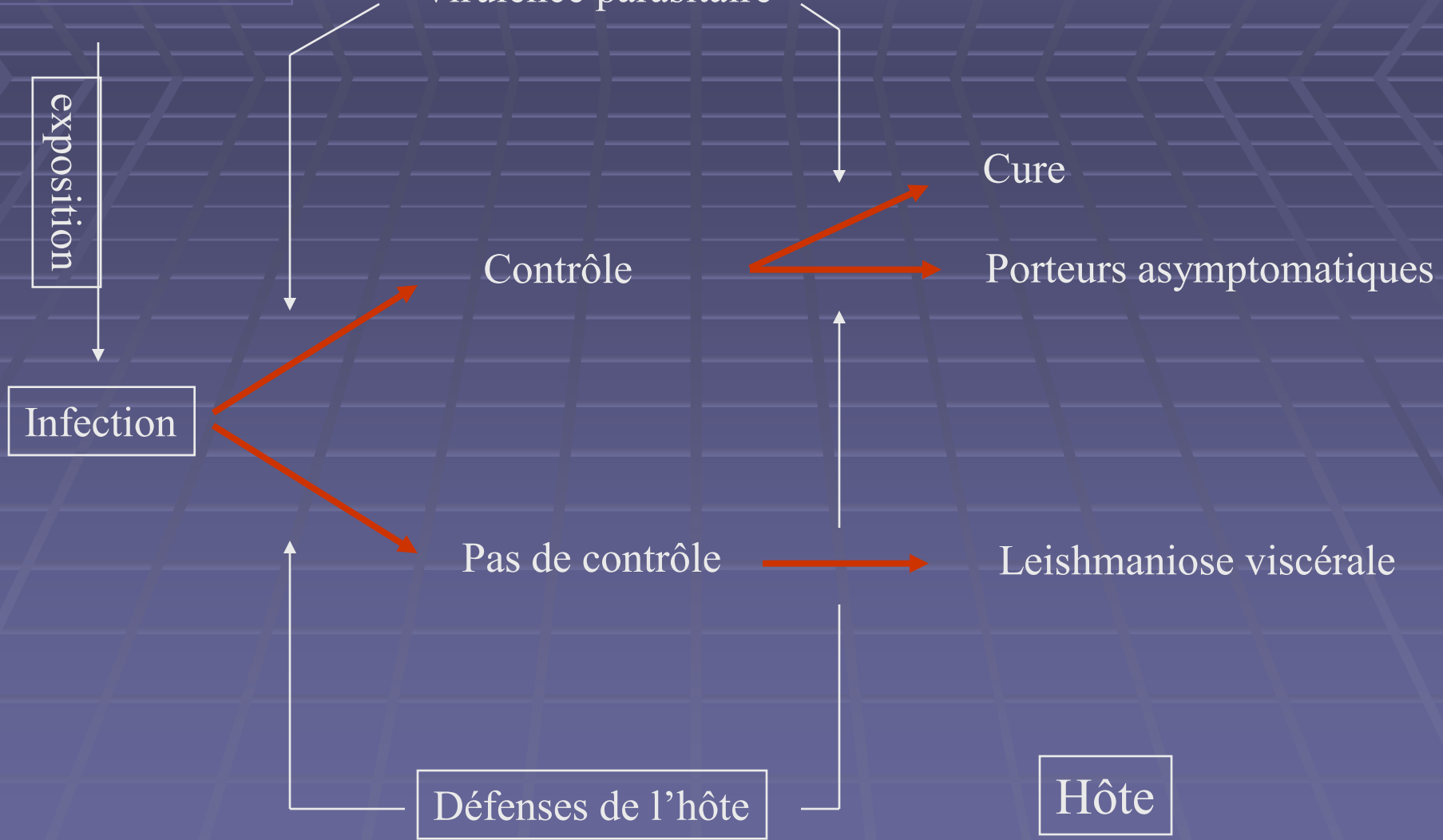
Cure

Porteurs asymptomatiques

Leishmaniose viscérale

Défenses de l'hôte

Hôte

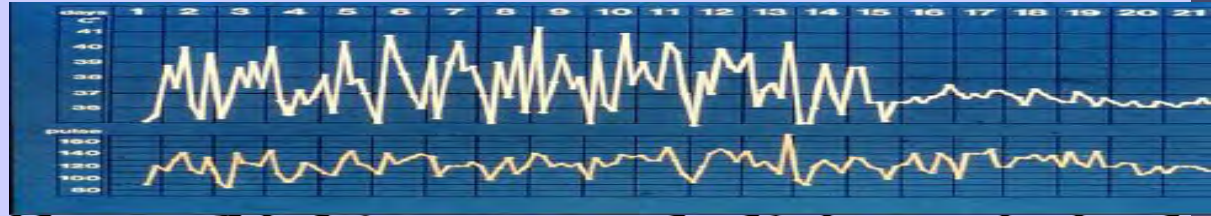


CLINIQUE

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE

➤ **Incubation silencieuse: 3 à 6 mois**

➤ **Phase d'invasion:**



**Fièvre inconstante, pâleur, fléchissement de l'état général
=> Diagnostic clinique difficile**

➤ **Phase d'état:**

**Splénomégalie, anémie, syndrome fébrile désarticulé,
amaigrissement important, hépatomégalie, adénopathies**

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE

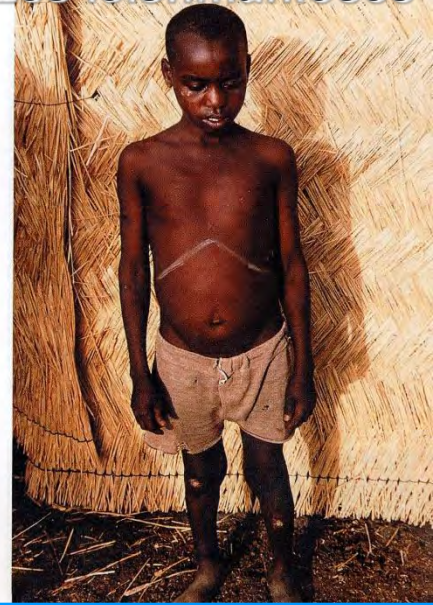
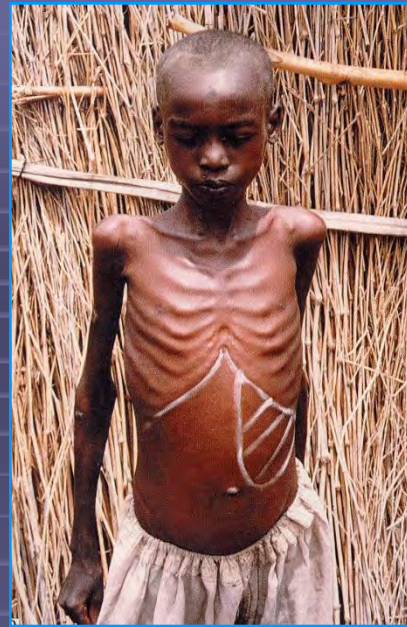
Evolution:

**Lente : evolution progressive des symptomes cliniques et de
signes biologiques**

**Si traitement précoce : evolution favorable => guérison
clinique**

**Evolution fatale en absence de traitement dans un
tableau de cachexie et de complications
infectieuses ou digestives**

Les leishmanioses



Leshmaniose viscérale



■ Formes cliniques

Les formes frustes NON -> *guérison spontanée*.

Le parasite peut persister dans l'organisme et se réactiver si une immunodépression

Foyer indien: adultes, hémorragies, lésions cutanées

Foyer méditerranéen: enfants;

Récemment: adultes immunodéprimés (VIH+)

(50% des cas) ==> affection opportuniste,

tableau clinique souvent incomplet (*fièvre/ HPSM*)

Svt formes frustes avec accès fébrile aigu.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE

Leishmania infantum

Signes de présomption:

**Atteint des lignées cellulaires sanguines et une
dysprotéinémie**

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE

Leishmania infantum

Diagnostic de certitude

Recherche directe de formes amastigotes

- **Ponction de moelle osseuse, ganglionnaire ou splénique**
- **Formation d' un frottis mince**
- **Fixation et coloration au Giemsa,**
- **Lecture des lames au microscope optique**
(recherche des formes amastigotes)
- **Culture: sur milieu approprié (25°C, 8-15 j) ==> promastigotes**

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE

Leishmania infantum

Diagnostic de certitude

Sérologie: LATEX, DAT, HAI, ELISA, ES, IFAT

Titration des anticorps

Suivi sérologique de la maladie sous TTT

Etudes séro-épidémiologiques

Etude Moléculaire: PCR et Immunoblot

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (LV)

- *infections bactériennes*: tuberculose, brucellose, fièvres typhoïdes
- *infections virales*: cytomégalovirus, EBV
- Paludisme
- *hémopathies malignes* comme le Hodgkin
- *Affections inflammatoires* (LEAD)

Thérapeutique

Chimiothérapie antiparasitaire

1^{ère} intention: sels pentavalents de l'antimoine
(**Glucantime®**) *60mg/kg/j à dose progressivement
d'1/4 de dose pendant 15 jours.*

CI: I card, I hép ou I rénale.

Intolérance: fièvre, frissons, toux, myalgies, rash.

Résistance: mauvaise réponse des sujets VIH+, effets II

2^{ème} intention: sels de Pentamidine (Lomidine®)
2,5mg/kg/IM 1/2j. (8 à 12 injections).

Intolérance: abcès aux points d'injection, hypoTA, inj
douloureuse, toxicité cumulative (troubles ECG, diabète
définitif...)

Traitement suite

En cas d'échec thérapeutique ou d'intolérance: ---→

3- Amphotéricine B (Fungizone®), IV, forte toxicité

II. Traitement associé:

Toni-cardiaques, Vitamines, Transfusion sanguine

Évolution sous traitement

- **Apyrexie**: 5-6 j, => risque de **rechutes** si TRT insuffisant ou immuno-déprimés
- les **autres signes cliniques** mettent + de temps pour disparaître.
- Les stigmates **biologiques** persistent plusieurs mois après la guérison clinique.
- *Si une **2^ocure** est nécessaire, il faut attendre **6 semaines** avant de la débiter.*
- **Chez l'immunodéprimé**: supprimer cause d'immuno dépression
→ une efficacité thérapeutique.
- **SIDA**, les rechutes sont quasi-constantes justifiant une prophylaxie secondaire par pentamidine

Prévention

I. Prophylaxie générale:

1- lutte contre les phlébotomes:

- Pas de lutte chimique antilarvaire,
- L'élimination des gîtes larvaires (tas d'ordures)
- La lutte imagocide en cas d'épidémie

2- lutte contre le réservoir de parasites:

- **Homme:** diagnostic et traitement des cas humains
- **Chien:** abattage des chiens errants en zone d'endémie, ou diagnostic (clinique ou sérologique) des chiens parasités et traitement (le traitement des chiens est long, difficile et coûteux, risque de résistance)
- **Animaux sauvages:** impossible d'éliminer ces animaux → les éloigner de l'homme.

Prévention

II- Prophylaxie individuelle;

- **Eviter les piqûres de phlébotomes:** ne pas se promener à la tombée du jour en bordure de bois
- **utilisation d'insecticides** domiciliaires et de moustiquaires imprégnées de pyréthriinoïdes rémanents, les seules qui ne laissent pas passer les phlébotomes.
- **Vaccins: Pas encore**

F

I

N

