

LA LEISHMANIOSE VISCERALE DE L'ENFANT OU KALA AZAR (KA)

Chez Yacine
INESSMC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

- DEFINITION :

La leishmaniose viscérale (LV) ou Kala Azar : Maladie NOIRE est une parasitose qui se localise surtout au niveau du système réticulo endothéliale et qui est un protozoaire leishmania Donovanii.

- INTERET :

- Affection dont l'évolution spontanée est mortelle, pour laquelle il existe un traitement spécifique qui assure une guérison totale et définitive.
- C'est une maladie qui n'est pas rare dans notre pays et qui est en extension.
- Des mesures préventives sont possibles.

- DONNEES PARASITOLOGIQUES :

- Parasite : C'est un trypanosomidé, Leishmania donovani qui évolue sous deux formes :
 - 1/ Forme amastigote est immobile se trouve dans le système réticulo endothélial en intra et extra cellulaires.
 - 2/ Forme promastigote est mobile se trouve dans le tube digestif du vecteur et dans le milieu de culture.

Des critères biochimiques et immunologiques ont permis une classification des Leishmania :

/ La Leishmaniose viscérale est due à Leishmania donovani qui se subdivise en sous groupe différent selon la région du monde.

Dans notre pays il s'agit de L. donovani infantus responsable de la L. v méditerranéenne.

- Le vecteur :

Petit moucheron piqueur : phlébotome ; seule la femelle adulte hématophage pique le soir et assure donc la transmission de la maladie.

Le phlébotome apparait en été donnant ainsi un caractère saisonnier à la maladie.

- **LE RESERVOIR :**

Il s'agit de canidés (chiens-chacal) et de rongeurs (gerbille), pour la Leishmaniose viscérale méditerranéenne.

LE CYCLE DU PARASITE :

Le phlébotome se contamine en piquant un vertébré parasité (chien, chacal ou homme) lors d'un repas sanguin.

Arrivées dans son tube digestif les formes amastigotes de L se transforment en formes promastigotes qui se multiplient très vite.

En huit jours le phlébotome est devenu infectant, un nouveau repas sanguin pourra alors introduire des L dans un organisme encore sain de vertébrés, les L sont alors phagocytés par macrophages et peuvent en suite parasiter l'organisme.

Pour la L. v méditerranéenne ; le réservoir et l'hôte définitif sont donc le chien et le chacal. L'homme n'est qu'un hôte accidentel.

La contamination humaine peut se faire par d'autres vois mais beaucoup plus rarement :

- Transmission directe par contact en particulier avec les lésions cutanées d'un chien parasité.
- Transmission par transfusion sanguine rare.
- Transmission placentaire materno fœtale rare.

ETUDE CLINIQUE :

Kala azar du nourrisson ; le diagnostic de K A repose sur :

⊗ ***Données anamnestiques :***

- Notion d'un séjour en zone d'endémie.
- Présence d'un chien malade dans l'entourage présentant un vieillissement anormal, adénopathies multiples, un Epistaxis amaigrissement et des lésions cutanées type dépilation avec dermite purpuracée.

⊗ ***Le mode de début :***

- Est insidieux et progressif parfois brutal marqué par de la fièvre une AEG, des troubles digestifs, l'examen clinique à ce stade ne retrouve qu'un ballonnement abdominal et une SPM discrète.

• **À la phase d'état :**

- La triade fièvre- pâleur hépato splénomégalie doit être évocatrice
- La fièvre est le signe le plus constant au long cours très irrégulière varie d'un moment à un autre n'est pas influencée par la prise d'anti pyrétiques habituels, elle est qualifiée de fièvre folle.
- La pâleur cutanéomuqueuse intense traduit cliniquement l'anémie.
- La splénomégalie souvent très volumineuse ferme mobile indolore.
- L'hépatomégalie quasi constante, le foie est ferme régulier indolore.
- Etat général est variable souvent altéré.
- Malnutrition.
- Adénopathies.
- Syndrome hémorragique en rapport avec une thrombopénie.
- Un ictère.
- Syndrome œdémateux avec ascite.
- Des manifestations respiratoires.

EXAMENS BIOLOGIQUES

- **FNS** : 1/ Anémie importante normochrome normocytaire avec un taux de réticulocyte légèrement élevé.
2/ Une leucopénie.
3/ Une thrombopénie plus tardive.
- : Pan cytopénie.
- **VS** : 1/ Très accélérée.
 - L'électrophorèse des protéides sanguins : hypoalbuminémie avec hypergamma globulinémie majeure.
 - **L'immunoélectrophorèse** : montre une augmentation transitoire des IgG et une augmentation importante des IgM.

EXAMEN DE CERTITUDE

- **Examen direct** : la recherche du parasite à l'examen direct peut se faire sur différents prélèvements.
 - Ponction de moelle ; le parasite est identifié après coloration par le May Grunwald Giemsa.
 - Ponction splénique c'est là que l'on retrouve les Leishmania le plus facilement, elle est formellement contre indiquée en cas d'anomalie de la crase sanguin.
 - Le parasite peut être également retrouvé sur :
 - Une ponction biopsie hépatique.
 - Une ponction ganglionnaire.
 - Une biopsie jéjunale.

La culture du parasite se fait sur le milieu de culture (NNN) : (Novy, Mac Neal, Nicolle) à partir le plus souvent d'une ponction de Moelle, elle demande 8 à 15 jours pour être positive.

La culture est indiquée si la recherche du parasite à l'examen direct est négative alors que le diagnostic de K A est fortement évoqué.

FORMES CLINIQUES :

- Formes selon l'âge :
 - Forme du nourrisson : forme commune.
 - Forme du grand enfant : forme assez rare la symptomatologie est pauvre et souvent trompeuse.

FORMES SYMPTOMATIQUES :

- Formes chroniques d'évolution lente pendant plusieurs mois très peu fébriles.
- Formes aiguës, le tableau clinique est d'installation brutale et rapidement évolutif avec syndrome infectieux pâleur intense syndrome hémorragique HPSPM.
- Formes hémorragique tableau clinique dominé par le syndrome hémorragique.
- Formes splénomégalique sans atteinte hématologique le diagnostic se pose avec les splénomégalies fébriles.
- Formes apyrétiques.
- Formes œdémateuses à coté des signes cliniques classiques, il peut exister des œdèmes importants en rapport avec une anémie très sévère et une hypo protidémie.
- Formes ictériques.
- Formes avec atteinte rénale.
- Formes oculaires très rares : Kératite Iritis hémorragie rétinienne.
- Formes associées : le K A peut être associé :
 - Surinfection pulmonaire bactérienne.
 - Une tuberculose.
 - Une fièvre typhoïde.
 - Un paludisme.
 - Une hémoglobinopathie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Devant une SPM avec fièvre prolongée :
 - Une maladie infectieuse.
 - Mononucléose infectieuse.
 - Infection à cytomégalovirus.
 - Brucellose.
 - Paludisme.
 - Une hémopathie maligne
 - LMN H, maladie de Hodgkin
 - Une Histiocytose X.
- Devant une forme hémorragique :
 - Leucose aigue
- Devant une forme ictérique :
 - Une hépatite virale.

TRAITEMENT :

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- Les transfusions sanguines pour corriger l'anémie, ces transfusions seront répétées selon les besoins en cas de formes hémorragiques graves du à une thrombopénie.
- La corticothérapie indiquée :
 - Dans les formes hémorragiques par thrombopénie.
 - Les grandes dénutritions avec altération important de l'état général,
Cortancyl 1mg/kg/j en 2à3 prise.
 - Prise en charge de la malnutrition.
 - Antibiothérapie en cas de surinfection bactérienne.

TRAITEMENT SPECIFIQUE :

Débuté: après amélioration de l'état de l'enfant par le traitement symptomatique.

- Antimoniote de meglumine : glucantime
20mg/kg/j en 2 injections IM profonde d'antimoine pentavalent
La glucantime peut provoquer :
 - Une stibio intolérance se manifeste dès les premières injections

- Eruptions cutanées diverses.
- Myalgies.
- Hémorragie.
- Diarrhée, vomissement.
- Hémorragie grave et syndrome bulbaire : toux coqueluchoïde hyperthermie, tachycardie

Ces manifestations imposent l'arrêt immédiat de la cure

Stibio intoxication tardive survenant en fin de traitement et même après arrêt

- A la symptomatologie précédente s'ajoute :
- Atteinte tubulaire et glomérulaire.
- Cardiaques.
- Hépatiques.
- Polynévrites.

La durée totale du traitement 30 jours ou mieux 15 jours après stérilisation du Myélogramme.

- Dramidines : Pentamidine 4mg/kg 3 fois par semaine
 - Douleurs + Abscès aseptique
 - Trouble digestif.
 - Tachycardie.
 - Toxicité hépatique et hématologique.
 - Complication rénale.
 - Diabète.

Autres moyens :

- Amphotéricine B.
- Allopurinol.
- Flagyl.

La splénectomie indiquée en cas :

- Hyper splénisme grave.
- Résistance au traitement.

Critère de guérison : « critère de Giraud ».

- Apyrexie depuis plus de 2 mois.
- Reprise pondérale.
- Absence de parasite objectivée par les explorations médullaires hépatique ou splénique.

PROOXYLAXIE :

- Réservoirs de virus :
 - Réservoirs primaires impossible à atteindre.
 - Réservoirs secondaires abattage des chiens malades ou errants.
- Les vecteurs :
 - Suppression des sites.
 - Urbanisation bien conduite.
 - Usage d'insecticides
- La protection des sujets réceptifs :
 - Phlébotomaires à mailles + serrés
 - Produits répulsifs.