

---

# LEISHMANIOSES

---

Dr BELKADI Ahmed

Les leishmanioses sont anthroponoses dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania* transmise par la piqûre d'un diptère hématophage : les phlébotomes. Ce sont des maladies du système réticulo-endothélial (peau, moelle osseuse, foie, rate...). Selon la localisation on distingue : les leishmanioses viscérales (LV) et leishmanioses cutanées (LC) et les leishmaniose cutanéomuqueuses (LCM).

En Algérie, deux types sont endémiques : la leishmaniose viscérale ou Kala Azar et la leishmaniose cutanée, appelé clou de Biskra

**Ce sont des maladies à déclaration obligatoire**

---

## EPIDEMIOLOGIE

**Agent pathogène et cycle** (cf cours de parasitologie)

### Distribution géographique

Maladies anciennes connues des médecins persans et arabes, elle se rencontre surtout dans trois grands foyers : le bassin méditerranéen (LV, LC), l'Asie centrale (LC), la péninsule indienne (LV), Amérique du sud (Brésil, Pérou, Bolivie) (LC, LCM).

En Algérie, les leishmanioses sont un problème de santé publique et de déclaration obligatoire. Elles se répartissent en deux zones bien distinctes :

**La leishmaniose viscérale ou Kala Azar** sévit à l'état endémique sur l'Atlas tellien de Ténés à Mila avec de gros foyers en kabylie, le nord sétifois. Elle est due à *Leishmania donovani* (variété *infantum*) transmise par *Phlebotomus perniciosus*. Le réservoir est constitué par le chien errant ou de maître qui peut présenter la maladie ou être asymptomatique.

**La leishmaniose cutanée** appelée "clou de Biskra" qui sévit à l'état endémique au sud des Aurès, la région de Biskra, Barika, Hamma Boutaleb, M'sila, et s'étend vers l'ouest vers Tiaret, Naama. Elle est due à *L. major* transmise par *phlebotomus perflifelwi* et dont le réservoir est constitué de rongeurs sauvages (rats des champs) de la famille des gerbillidés (*Psamomys obesus*, *Meriones shawii*).

**La leishmaniose cutané du Nord** : des cas de leishmaniose cutanée ont été décrits au nord de l'Algérie et qui sont dues à un variant enzymatique (MON 24) de *L. infantum*, dont le chien serait le réservoir

---

## CLINIQUE

### A . La leishmaniose viscérale ou Kala-azar méditerranéen

Elle touche surtout l'enfant. les formes de l'adulte plus fréquentes en Inde sont rares dans le bassin méditerranéen.

**Incubation** : plutôt silencieuse

**Invasion** : est insidieuse et dure quelques semaines; au plus on peut retrouver à l'interrogatoire que l'enfant a pâli, ne mange pas bien, ne s'intéresse pas au jeu et se fatigue vite avec quelques fois des épisodes de fièvre vespérale, légère et capricieuse.

**Etat** : marquée par **la triade évocatrice : la fièvre, la pâleur, l'hypertrophie hépato-spléno-ganglionnaire.**

- **La fièvre** : est constante. Elle est anarchique, appelée "fièvre folle". Sur un fond régulier au long cours, surviennent des clochers brefs, anarchiques à 39-40°C qui abattent l'enfant. elle peut évoluer pendant plusieurs jours et donner un tracé de fièvre ondulante anarchique.
- **La pâleur** : traduit une anémie plus ou moins profonde. Le teint est blafard, jaune verdâtre
- l'hypertrophie hépato-spléno-ganglionnaire. Traduit l'envahissement du SRH

- **Splénomégalie** : la rate est énorme, peut atteindre et dépasser la ligne médiane. C'est la plus grosse splénomégalie infantile. Elle est ferme, lisse mobile, s'étend en équerre
- **Hépatomégalie** : le foie est discrètement augmenté de volume, ferme indolore
- **Adénopathies** : axillaires, inguinales sont inconstantes, elle sont fermes et indolores à l'examen. Des adénopathies profondes peuvent être visualisées par la radiologie.
- **Etat général** : s'altère rapidement, les cheveux sont fins et cassants, le visage émacié, les membres grêles, un ventre ballonné, déformé par la splénomégalie donnant l'aspect de « ventre de batracien ». une diarrhée peut être observée.

**Evolution** : non traitée, l'évolution est fatale

Des complications infectieuses surtout respiratoire, SD hémorragique par thrombopénie peuvent s'observer

---

## DIAGNOSTIC

### Positif

**Epidémiologie** : origine géographique ou séjour dans une zone où sévit la LV

**Clinique** : triade évocatrice : fièvre, pâleur, splénomégalie

### Biologique

- **Orientation** :

**NFS** : anémie plus ou moins profonde normochrome, leuconéutropénie et lymphocytose, thrombopénie (par hypersplénisme)

**VS** : élévation constante

**Electrophorèse des protéines (EPP)** : les protides totaux sont élevés (80-90g/l) et peuvent-être bas chez un enfant cachectique. Plus significatif est le déséquilibre protidique : abaissement de l'albumine et augmentation des globulines. Rapport Alb/glob <1.

- **Certitude** :

**Mise en évidence du parasite** :

**Myélogramme** : +++ : par examen direct sur un frottis de moelle osseuse coloré au MGG (May-Grünwald-Giemsa), voire culture

**Histologique** : suc ganglionnaire, PBH,

**Culture sur milieu NNN(Novy\_Macneal\_nicolle)**

**Sérologie** : recherche d'Ac-leishmania par hemmaglutination, immunofluorescence...

### Diagnostic différentiel :

Surtout : Hémopathies : leucémie aiguë, HDK : intérêt du myélogramme

Accessoirement : tuberculose hématopoïétique, viroses (MNI...)

## B . La leishmaniose cutanée en Algérie

La leishmaniose cutanée du sud est la plus importante. Elle est due à *L. major* dont le réservoir est constitué de rongeurs sauvages et transmise par un phlébotome. Elle sévit à l'état endémique et épidémiques sur versant sud des Aurès (Biskra, Barika, El Hamma Boutaleb...) , les steppes de M'sila jusqu'à El Bayadh.

Au nord, des cas de leishmaniose cutané ont été rapportés à Sétif, kharrata, Béjaïa...et sont dues à un variant enzymatique de *L. infantum* responsable dans ces régions de leishmanioses viscérales.

**Clinique :** classiquement, on oppose deux formes : la forme sèche, la forme humide, la forme nodulaire. Des formes mixtes peuvent se voir chez un même malade dans la leishmaniose zoonotique du sud.

### La forme sèche

**Incubation :** est variable de un à plusieurs mois (moyenne 3-6 mois)

**Le début :** est marqué par une petite tache rouge qui devient maculaire, reconnue comme piqûre de moustique. Elle siège sur une partie découverte du corps pendant le sommeil (*le phlébotome à une activité nocturne*). Elle peut être unique ou multiple (visage, bras, jambes, pieds). Contrairement aux autres piqûres de moustiques, elle ne disparaît pas et a tendance à changer d'aspect avec formation de fines squames, d'une auréole rouge, une base infiltrée mais demeure indolore.

### Phase d'état

Après quelques jours, la lésion s'ulcère laissant échapper un liquide jaunâtre qui formera une croûte. La lésion s'agrandit pouvant atteindre plusieurs centimètres de diamètre. Elle est rouge violine recouverte de croûtes. Si on enlève cette croûte on découvre un cratère profond, à bords taillés, fond luisant rouge. Il n'y a pas d'adénopathie satellite. La lésion n'est pas douloureuse sauf si elle est infectée.

**Evolution :** se fait vers la guérison spontanée très lente avec des risques d'infection et de cicatrice inesthétique.

### La forme humide

Dans cette forme, l'incubation est plus courte (de quelques semaines), la phase de début est également plus courte (pas plus d'une semaine).

La période d'état commence par une ulcération qui s'agrandit rapidement (plusieurs cm) qui prend soit un aspect de cratère soit un aspect bougonnant. Il existe souvent une lymphangite avec adénopathie.

L'évolution est lente avec un risque d'infection, extension en profondeur (délabrement muqueux) si la lésion se trouve sur le nez, joues, lèvres.

**La forme nodulaire :** nodule rouge violacé de quelques millimètres à un centimètre de diamètre, non douloureux et non prurigineux

### Diagnostic positif

- Notion de séjour dans une région d'endémie
- Parasitologique : recherche du parasite sur la sérosité (sous la croûte), accessoirement par étude histologique

### Diagnostic différentiel : Carcinome cutané (histologie)

	L.C du Sud à <i>L. major</i>	L.C du nord à <i>L. infantum</i> Mon 24
<b>Aspect clinique</b>	Lésions humides type rural	Lésions « inflammatoire »
<b>Nombre de lésions</b>	Souvent multiples	Pratiquement toujours unique
<b>Siège des lésions</b>	Face++ et membres +++	Face+++
<b>Incubation</b>	Courte	Longue
<b>Durée</b>	3 à 5 mois	Plus d'un an
<b>Présence de parasites</b>	+	++
<b>Culture sur NNN</b>	Facile	Difficile Facile sur sérum du Lapin coagulé
<b>Rythme saisonnier</b>	Estivo-automnal	Annuel
<b>Épidémies</b>	Oui	Non
<b>Distribution</b>	Zones arides steppiques	Zones sub-humides montagneuses
<b>Vecteur</b>	<i>Phlebotomus papatasi</i>	<i>Phlebotomus perfiliewi</i>
<b>Réservoir</b>	Rongeurs <i>Psammomys obesus</i> <i>Meriones chawi</i>	Chien ? Homme ?

## TRAITEMENT

**Etiologique :** repose sur les dérivés de l'antimoine : Seul le glucantime est disponible en Algérie

**Glucantime\*** : antimoniate de méglumine (ampoule de 5ml contenant 1500 mg d'antimoine)

**Posologie :** 20 mg/kg/j (équivalent à 60 mg/kg/ de glucantime) par jour en IM profonde  
(doses progressives : J1 ¼ de la dose, J2 1/2 de la dose, J3 3/4 de la dose, J4 pleine dose )

**Contre indication :** : hépatiques, cardiaques, pancréatiques

**Effets secondaires +++ :**

- **Signes de stibio-intolérance** (frissons, hyperthermie, arthromyalgies, éruption cutanée, toux coqueluchoïde, tachycardie, lipothymies, hémorragies, troubles digestifs)
- **Signes de stibio-intoxication**, survenant en fin de cure = surdosage: hyperthermie, polynévrites, myalgies, arthralgies, de troubles cardiaques, d'atteintes hépatique, pancréatique ou rénale, et d'accidents hématologiques pouvant porter sur trois lignées fièvre, frissons, myalgies, éruption cutanée, atteintes hépatique, cardiaque

## Indications :

### 1. Leishmaniose viscérale :

28 jours (avec contrôle parasitologique en fin de traitement)

Autres produits : amphotericine B, miltefosine

### 2. Leishmaniose cutanée

**Traitement local** : injection de 1-3 ml de glucantime à la base de la lésion renouvelée une fois ou deux fois par semaine si pas de résultat apparent. Ce traitement est efficace sur les lésions nodulaires, au stade précoce. L'infiltration doit être profonde jusqu'à obtention d'un blanchiment de la base de la lésion. *Ne jamais faire d'infiltration locale quand la lésion est infectée ou siège sur la face, les articulations*

**Un traitement par voie général** est nécessaire quand les lésions sont ulcérées, inflammées, ou situé sur région cartilagineuse (nez.), le visage, ou si les cicatrices risquent d'être inesthétiques.

Une antibiothérapie anti-staphylococcique type oxacilline, pristinamycine, macrolides est indiquée en cas de surinfection

Autres antileishmaniens : amphotericine B, dérivés azolés, aminosidine

## Prophylactique

Traitement ou abattage des réservoirs possible pour les chiens, difficile pour les réservoirs sauvages

Lutte contre les vecteurs :

insecticides ( ? ), moustiquaire, crème rémanentes...

Hygiène du milieu

Lutte contre les rongeurs : raticides, inondation, labourage profonds des terriers

Port de collier insecticide pour les chiens, abattage des chiens errants

Education de la population