

# LA LEISHMANIOSE CUTANEE

## EXPERIENCE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE D'AVICENNE - RABAT

B. HASSAM, K. SENOUCI, F. BENNOUNA-BIAZ

### I - INTRODUCTION

La leishmaniose cutanée ou "bouton d'orient", parasitose encore rencontrée dans les services de dermatologie du royaume, peut prêter à confusion avec d'autres dermatoses. Sa connaissance et son diagnostic contribuent à une meilleure prise en charge des patients, et sont nécessaires pour une étude épidémiologique de cette affection souvent méconnue. Après un rappel clinique, de la leishmaniose cutanée, nous rapporterons notre modeste contribution à l'étude cette affection.

### II - RAPPEL CLINIQUE

La leishmaniose cutanée nécessite pour se développer une triade de facteurs à savoir :

1 - Le parasite du genre leishmania, unicellulaire flagellés dont on décrit deux formes :

- . la forme promastigote rencontrée chez le vecteur,
- . la forme amastigote ovoïde de 2 à 5 microns de diamètre est rencontrée chez l'homme.

2 - Le réservoir de parasites est constitué par le chien, le chat, les animaux rongeurs sauvages ; parfois l'homme peut constituer ce réservoir.

3 - Les vecteurs : ce sont des insectes de 1 à 3 mm, ressemblant à un moustique (phlébotome) dont la femelle hématophage inocule le parasite à l'homme, après avoir ingéré le parasite chez le vecteur.

Cette triade réalisée, la leishmaniose cutanée se caractérise par des lésions d'aspect polymorphes, chroniques indolores, peu ou pas prurigineuses, sans manifestations générales, localisées aux zones tégumentaires découvertes (face, cou, mains, pieds).

La phase d'incubation de cette anthroponose est variable 2 à plusieurs semaines après l'innoculum. La phase de début se manifeste par une lésion papuleuse infiltrée recouverte de quelques squames-croûtes cachant une ulcération siégeant sur une zone découverte. Cette lésion est généralement unique.

- . Les formes cliniques sont nombreuses et variées et peuvent se présenter sous forme :
  - . d'ulcérations torpides indolores, parfois surinfectées ; ces lésions lorsqu'elles siègent au visage peuvent prêter à confusion avec un épithélioma par exemple.
  - . des formes papulo-nodulaires ou nodulaires pures,
  - . des formes papulo-squameuses : pouvant faire discuter un lupus chronique, une sarcoïdose cutanée,
  - . des formes ulcéro-végétantes : faisant discuter par exemple une mycobactériose, une mycose.
- . L'atteinte des muqueuses (nasale par exemple) peut s'expliquer par contiguïté d'une leishmaniose cutanée de voisinage (atteinte du versant cutané du nez).
- . Deux formes cliniques sont particulières :
  - . la leishmaniose cutanée post-kala-Azar, rencontrée dans le continent indien surtout elle se manifeste par des lésions papulo-nodulaires disséminées, survenant dans les suites d'une leishmaniose viscérale.
  - . la leishmaniose anergique serait liée à un déficit immunitaire et se caractérise par des lésions papulo-nodulaires infiltrées profuses, d'évolution chronique avec une prédilection pour l'atteinte nasale et des oreilles.

La forme la plus rencontrée reste cependant la forme ulcérée.

- . Le diagnostic doit être évoqué en zone d'endémie mais s'appuie sur l'examen histologique de la lésion et le frottis.
- . le traitement s'appuie sur les soins locaux indispensables à une bonne détersion de la lésion et le traitement par voie générale lorsqu'il n'y a pas de contre-indications formelles. Il faut cependant remarquer que certaines formes peuvent guérir spontanément au bout de quelques mois (1 année en moyenne).

Le traitement fait appel aux dérivés de l'antimoine : GLUCANTIME\* à la dose de 0,05 à 0,10 g/kg/J pendant 2 semaines, LOMIDINE\* mais ces drogues injectées par voie générale peuvent donner lieu à des réactions d'intolérance parfois fatales. On préfère les utiliser pour cela en injections locales répétées. D'autres thérapeutiques ont été

proposées : AMPHOTERICINE "B" à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/J, en perfusion, anti-paludéens de synthèse, dérivés imidazoles, rifampicine, cyclines....

Enfin on ne saurait terminer ce chapitre sans insister sur la prophylaxie de cette parasitose surtout dans notre pays en luttant contre la triade morbide à savoir :

- le parasite lui-même par un traitement rapide et efficace de toute leishmaniose cutanée,

- le réservoir de parasite : constituée par les animaux malades,
- l'éradication du vecteur : mise en place de moustiquaires, épandage de DDT sur les gîtes de l'insecte.

### III - NOTRE EXPERIENCE

Durant la période 1985-1990 nous avons colligé 9 cas de leishmaniose cutanée.

Sexe	5 cas masculins / 4 cas féminins
Ages extrêmes	9 ans et 67 ans
Siège de la lésion	Visage
Aspect de la lésion	Ulcéro-nodulaire
Nombre de lésion	Unique dans tous les cas
Diagnostic	- examen parasitologique de la lésion - examen histologique systématique.
Traitement proposé	GLUCANTIME* injectable en péri-lésionnel avec un traitement local antiseptique de la lésion. 1 cc de GLUCANTIME*/semaine en péri-lésionnel pendant 4 à 5 semaines soit une ampoule par malade.
Evolution	Favorable dans tous les cas, avec régression de la lésion.
Zone d'endémie	Le Sud marocain.

### EN RESUME

La leishmaniose cutanée encore appelée "bouton d'orient" est une anthroponose due à un parasite du genre *Leishmania* transmise par piqûre d'un insecte (phlébotome). Elle sévit de façon endémique dans notre pays et peut revêtir des aspects gravissimes (atteinte viscérale) en dehors de l'atteinte cutanée.

L'atteinte cutanée polymorphe justifie un examen parasitologique du frottis de la lésion et souvent histologique. Le traitement fait appel à des médicaments non dénués d'effets secondaires nécessitant une prise en charge par une équipe spécialisée. Après un rappel clinique, nous dressons un profil épidémiologique de cette affection encore classée par l'O.M.S. parmi les principales maladies parasitaires.

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AZULAY R.D. Classificacao clinico-immunopathologica de leishmaniose. An Brasil Dermat. 1977, 52, 345-352.
- 2 - BASSET A. Leishmanioses cutanées. Rev. Med. 1970, 11, 1031-1036.
- 3 - BRYCESON ADM. Immunological aspects of clinical leishmaniasis. Proc. R. Soc. Med. 1970, 63, 1056-1060.
- 4 - DODET J.P. Les leishmaniose. EMC maladies infectieuses, 4-1986, 8094, A10.
- 5 - DERRIEN J.P., DEDET J.P., VEDY J., DELPY P., SIROL J. Généralisation et cancérisation sous corticothérapie d'une leishmaniose cutanéomuqueuse. A propos d'1 cas observé au Tchad. Med. Trop. 1978, 38, 447-451.
- 6 - LAPIERRE J., PIQUET B., TRAN-VINH-HIEN, CHASTENET B. A propos de quelques aspects cliniques de la leishmaniose cutanée, maladie trop méconnue en région parisienne. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Sem. Hop. Paris 1975, 5, 531-538.
- 7 - MARSDEN Ph. - Currents concepts in parasitology. Leishmaniasis. N. Engl. J. Med. 1979, 300, 350-352.
- 8 - PRADINAUD R., GROSSHANS E., ROCHE J.C. Deuxième atteinte leishmanienne chez un malade en Guyane française ayant présenté une première leishmaniose 4 ans auparavant. Bull. Soc. Pathol. Exot. 1976, 69, 495-501.