



Les Leishmanioses cutanées



Dr O.Mansouri
Maitre assistante en infectiologie
EPH/Faculté de médecine UB2

INTRODUCTION 1

- Zoonoses dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania*
- Transmises accidentellement à l'homme par la piqûre d'un diptère hématophage : le phlébotome.
- Maladies du système réticulo-endothélial
 - peau,
 - moelle osseuse,
 - foie,
 - Rate

INTRODUCTION 2

- Multiplicité des tableaux cliniques:
 - forme mortelle: LV,
 - sévèrement mutilantes: LCM
 - spontanément curables: LC Localisées
 - rebelles à toute thérapeutique: LCD
- Pose **un problème de santé publique** en **ALGERIE** par:
 - Fréquence
 - Impact socio – économique
- C'est une maladie à déclaration obligatoire

II- DONNÉES PARASITOLOGIQUES

1/Agent causal

protozoaire flagellé, Leishmania +++

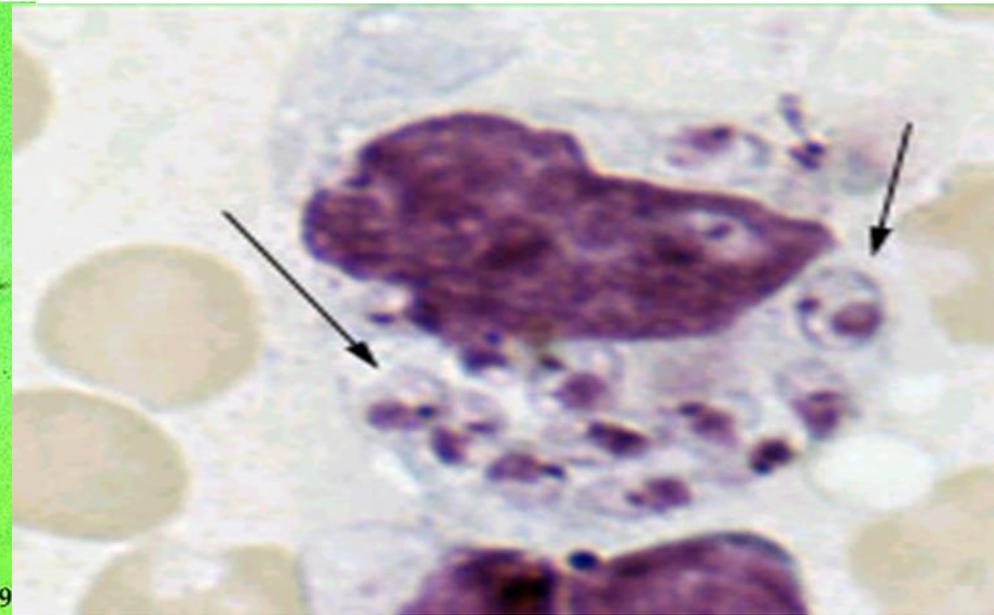
Famille : Trypanosomidae

- Deux stades morphologiques :
 - **stade promastigote** : chez le vecteur:
 - Cell fusiformes
 - flagelle antérieur
 - **stade amastigote** : chez l'hôte (homme + animal réservoir)
 - Cell ovale
 - Intra cell (système réticulo-endothélial)

II- DONNÉES PARASITOLOGIQUES



Forme promastigote
(chez le phlébotome)



Forme amastigote
Chez le malade

II- DONNÉES PARASITOLOGIQUES

2- Vecteur : Phlébotome femelle

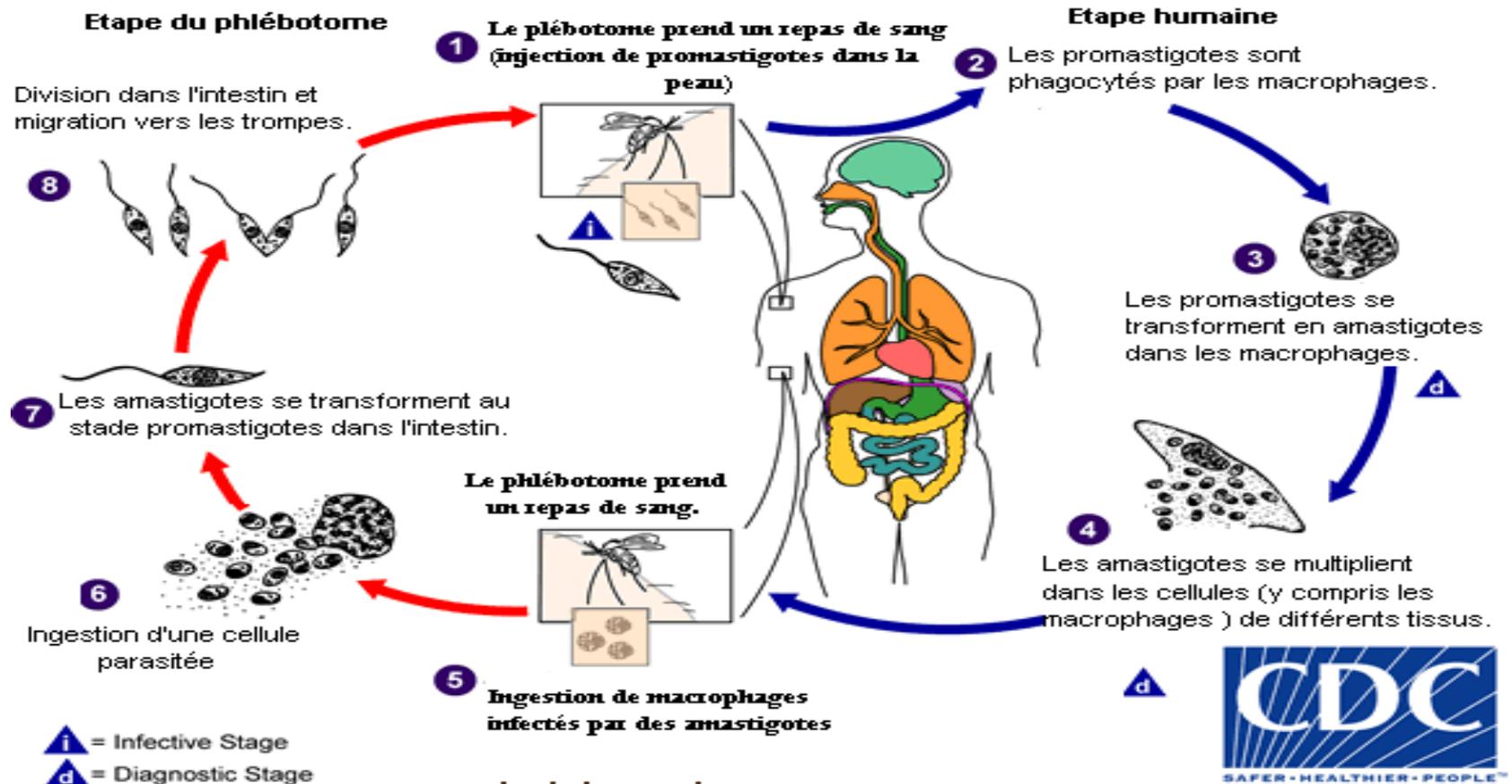
Activité vespérale et nocturne favorisée
(La chaleur, l'humidité)



3- Transmission : par pique du vecteur; phlébotomes inoculent les leishmanies
Par régurgitation au moment de la piqûre, par suite d'un véritable blocage
Oesophagien.

4- Réservoir : hôtes vertébrés : hommes, chien
rongeurs sauvages : Merion. S, Psamomys Obesus

CYCLE DU PARASITE



Leishmaniose

III- EPIDÉMIOLOGIE

A- Répartition géographique

Anciennes connues des médecins persans et arabes,
endémiques dans trois grands foyers :

- Bassin méditerranéen et Asie centrale : **(LV, LC), (LC)**
- Péninsule indienne : **(LV)**
- Amérique du sud : (Brésil, Pérou, Bolivie) **(LC, LCM)**.

III- EPIDÉMIOLOGIE

B- Classification noso-geographique

| Agent | Pays | Réservoir | Types de LC |
|--------------|---|---|-----------------------------|
| L.Major | Sud Algérie Maroc Tunisie Moyen orient | Rongeur sauvage - Gerboise - Meriones | LC (forme humide) |
| L.Tropica | Sud Europe Moyen orient | Homme | L.C (forme sèche) |
| L.Infantum | Nord Algérie Sud Europe | Chien Loup | L.C |
| L.aethiopica | Ethiopie kenya | | Formes diffuses étendues |

IV- CLINIQUE

A- Formes cutanées localisées

Inoculation : été +++

Incubation : variable (01 à 03 Mois)

1-TDD : Bouton d'orient (clou de Biskra) :

Siege : parties découvertes (visage, mains, avants bras, mb<)

Début :

Petite papule rouge sombre, sommet parfois pustuleux, unique ou multiples (selon le nombre des piqûres), prurigineuses, indolore

Se recouvre de squames blanchâtres

S'infiltré en profondeur

En 10 jours → ulcération : Nodule ulcéro-croûteux

IV- CLINIQUE

- **Nodule :**

Légèrement saillant, 20-30 mm de diamètre

Base glisse sur les plans profonds

Le centre creusé par une ulcération généralement cachée par une croûte jaune brunâtre Assez bien limité

- **La croûte :**

Adhérente, épaisse,

Prolongements filiformes en stalactites sur sa face inf après arrachement à la curette

- **Ulcération :**

Arrondie Taillée à l'emporte pièce

Bords sont taillés à pic, éversés, congestif, inflammatoires, rouge ou violacé

Fond purulent, granuleux superficielle étalée ou creusant

SF :

- Indolore
- Pas ADP, ni lymphangite sauf surinfection
- Pas d'atteinte viscérale, strictement cutanée

IV- CLINIQUE

B- Formes cliniques

F .lupoide : lésions infiltrées

Recouverte de squames

VP : teinte jaunâtre

Evolution : sclérose

F Sporotricoide :

Dissémination par voie lymphatique
des Leishmanies

Abcès le long du trajet lymphatique

F.Impetiginoide :

Lésions squamo-crouteuses

Étalées sur plusieurs cm de
diamètre

F Verruqueuses :

Plaque unique, papillomateuse,
hyperkeratosique

F du à L. Infantum variant :

Algérie- Tunisie

Sévit sous forme sporadique

Ulcération exceptionnelle

Inflammation perilésionnelle rouge vif

Autres formes :

Végétante, pseudo tumorale

Inflammation perilésionnelle rouge vif

IV- CLINIQUE

B- Formes cliniques

- Leishmaniose cutanéomuqueuse

C'est la forme la plus redoutée des leishmanioses cutanées parce qu'elle entraîne lésions destructives et mutilantes du visage. Elle est provoquée le plus souvent par *Leishmania (viannia) braziliensis*, et *L.aethiopica* a également été décrit plus rarement.



OMS/C.Black



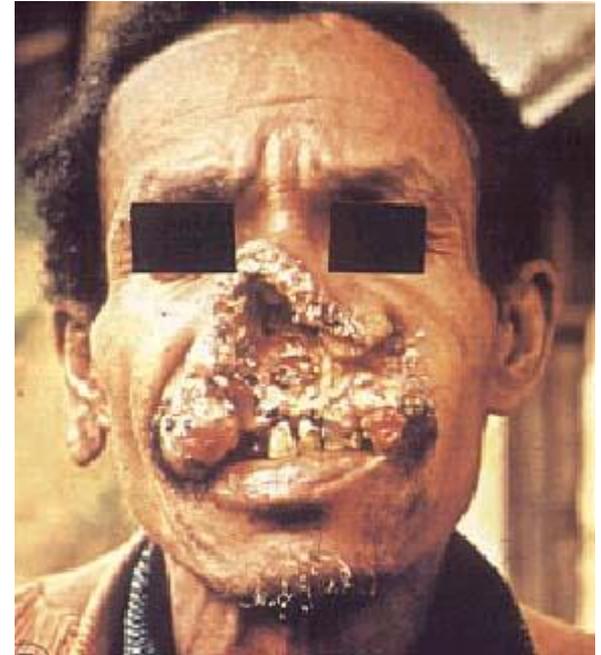
LES AUTRES LEISHMANIOSES



Ulcère des chicleros

LCM
Espundia

Amérique latine



LCD





Ancien et Nouveau
Monde



Photo P. Desjeux

LCL

Bouton
d'Orient,
Pians-Bois

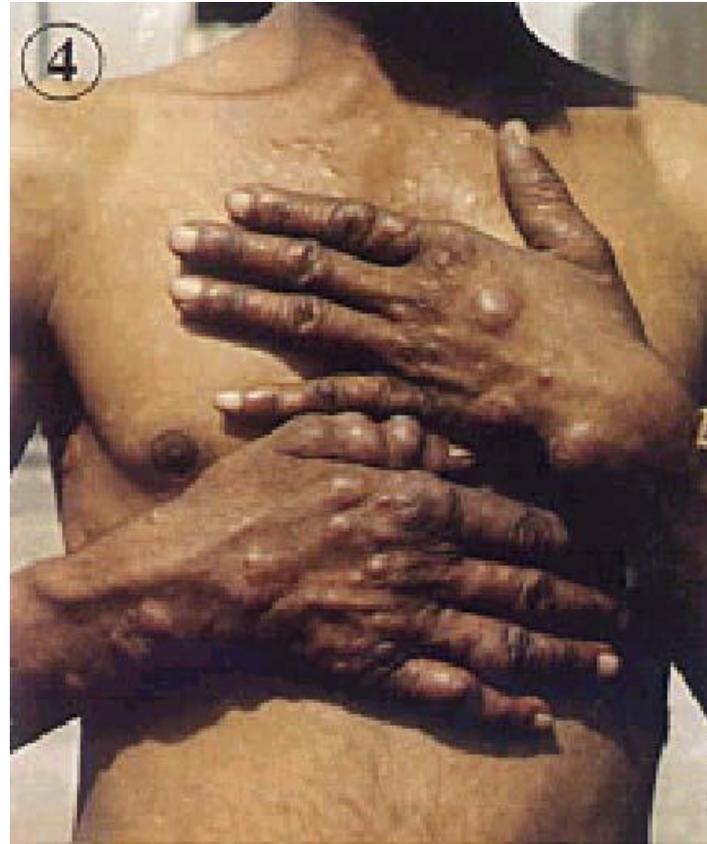


Photos J.P. Dedet



Photo J.P. Dedet

Kala Azar



Inde N-E
Afrique Est

Photo A. Nandy

Leishmaniose viscérale, lésions cutanées post Kala Azar



Leishmaniose viscérale, lésions cutanées post Kala Azar

OMS/C.Black

V- Evolution :

- Chronique persistante et stable
- Guérison spontanée tardive (une année)
- Cicatrice inesthétique déprimée parfois rétractile

VI- Diagnostic

- **Arguments épidémiologiques**

- Séjour en zone endémique
- Notion de pique
- Résistance aux ATB

- **Arguments cliniques**

- Aspect de la lésion
- Siege : zones découvertes
- Absence de signes inflammatoires (indolore), d'ADP ou de lymphangite
- Evolution : persistante et stable en l'absence de TRT

VI- Diagnostic

- **Arguments Paracliniques** : diagnostic de certitude +++

1. Examens parasitologiques

- Examen direct sur frottis(MGG) : Mise en évidence des formes amastigotes
Corps de leishmans (intra cell : histiocyte)
- mise en culture : sur milieu NNN → + 3 à 15 j (F.promastigote)

2. Examen histo pathologique :

- Coloration MGG : mise en évidence de corps de leishman
- Etat d'activation histiocyte
- Image tuberculoïde : pauvre en parasite

3. Examen immunologique : IFI +++, IDR Monténégro

4. PCR : +++

5. Typage des leishmanies



Technique de prélèvement

VII- diagnostic différentiel

A- Forme habituelle du bouton d'Orient :

1-Furoncle

2-Impétigo

Aigue ; fièvre, ADP, douleurs, répondant aux ATB

B- Forme lupoïde :

1-Sarcoïdose dans sa forme lupoïde :

Siege : face+++ (nez)

Autres manifestations de la sarcoïdose

IDR –

2-Lupus tuberculeux :

Notion de contagé

Atteinte muqueuses associé

IDR +

Histologie : follicule tuberculoïde

3-Lèpre lépromateuse :

Nodules rouge, anesthésie locale, séjour en zone d'endémie

VII- diagnostic différentiel

C- Devant une leishmaniose cutanéomuqueuse :

1- PIAN : Trepanomatose non vénérienne

ATCDs : chancre d'inoculation + ADP

Lésions papillomateuses

Lésions osteo articulaires

Sérologie syphilitique +

2- Blastomycose :

Lésions papulo nodulaires des régions découvertes, qui s'ulcèrent

Manifestations pulmonaires

Mycologie : mise en évidence de blastomyces dermatidis

D-Devant une forme verruqueuse :

TBC, pyodermite, lichen verruqueux.

IV . TRAITEMENT

A . TRT Général :

1 . Classique : Glucantime en IM

Glucantime* : (antimoniote de méglumine) 60 mg/kg/j en IM profonde ou 20 mg/kg/j de dérivés stibiés sans dépasser 850 mg/j d'antimoine

doses progressives :

J1 ¼ de la dose, J2 1/2 de la dose, J3 3/4 de la dose, J4 dose totale) .pendant 28 jours . contrôle parasitologique en fin de traitement

Contre indication : Maladie rénale ou Hépatique grave

- Syndrome Hémorragique
- Troubles Cardiaques
- Tuberculose pulmonaire évolutive

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

2. AUTRES: pentamidine, amphotericine B, dérivés imidazolés

IV . TRAITEMENT

B. Traitement local :

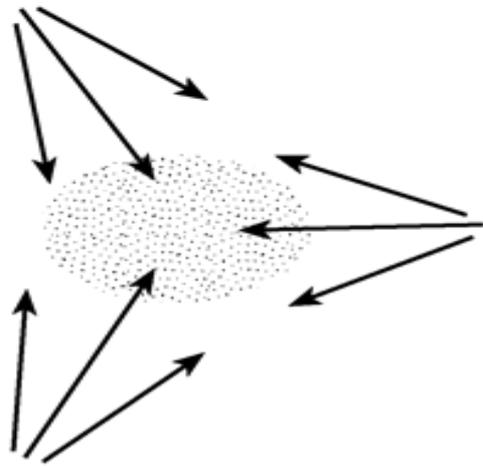
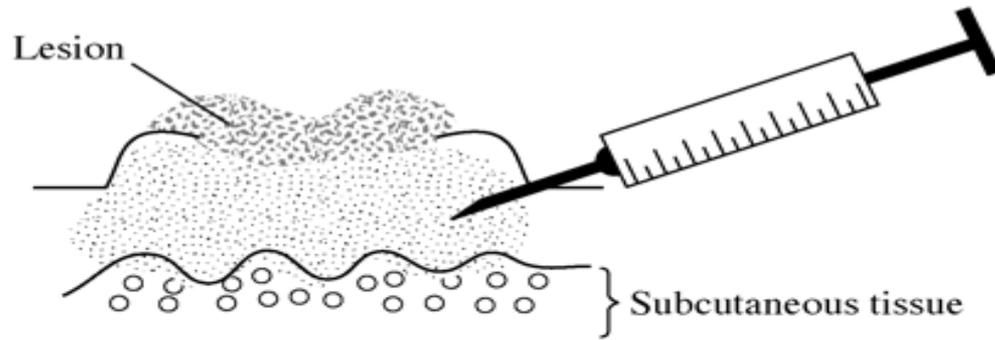
1 . par glucantime

- Infiltration intralésionnelle de 1-3 ml de glucantime (si lésion unique ou 2; 1 cc en 4pts cardinaux)
- 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 générale est nécessaire quand les lésions sont multiples, ulcérées, inflammées, situé sur région cartilagineuse (nez..), le visage ou si les cicatrices risquent d'être inesthétiques.
- Même posologie durée 15-20 j

2 . Chirurgie

3 . Cryothérapie (azote et neige carbonnée)



Advance the needle whilst injecting under pressure in the dermis, covering the whole lesion including the centre

**injection de 1-3 ml de glucantime à la base de la lésion
renouvelée une fois ou deux fois par semaine**



IV . TRAITEMENT

C . TRT Préventif :

- Lutte contre les réservoirs :
 - Abattage des chiens errants
- les rongeurs sauvages :
 - raticides, inondation, labourage profonds des terriers
- Lutte contre les vecteurs :
 - insecticides ,
 - moustiquaire, crème rémanentes...