

LEISHMANIOSE VISCIRALE

1/ DEFINITION :

Se sont des zoonoses transmissibles résultant du parasitisme de l'hôte vertébré par un protozoaire flagellé du genre leishmania

Transmis par al piqûre infestante d'un vecteur : phlébotome

L'espèce responsable : leishmania donovani, leishmania infantum,...

2/ EPIDEMIOLOGIE :

- PARASITE : plusieurs espèces

-leishmania donovani, leishmania infantum, responsables de L. viscéral

-leishmania tropica, L. major, L. braziliensis... responsables de L. cutanée

-leishmania braziliensis responsable de leishmaniose C.M.

- VECTEUR :

Phlébotome femelle hématophage qui assure la transmission par pique, des la premiere moitié de la nuit

- RESERVOIR :

Hôte vertébré principalement le chien

- CONTAMINATION :

à la suite de piqûre du phlébotome,

directe est possible entre deux individus (trans cutanée = plaie, transfusion sanguine, voie vénérienne)

- REPARTITION GEOGRAPHIQUE :

- L. viscéral : Afrique, Asie, Amérique du sud, et le pourtour méditerranéen

Touche surtout les jeunes enfants et les adultes immunodéprimés

3/ CLINIQUE :

A/ L. VISCIRALE OU KALA AZAR :

a/ kala azar infantile mediteranieen :

- **incubation** : 1 à 6 mois, parfois plus

- **début** : peu caractéristique

Syndrome fébrile d'allure irrégulière, pâleur, léger amaigrissement, trouble de caractères...

- **période d'état** : signes caractéristiques

Fièvre irrégulière

Pâleur intense

SPMG très importante, dépasse svt l'ombilic, ferme, lisse, mobile, indolore

HPMG généralement discrète

Poly-adénopathies

Accessoirement : trouble digestif (douleur dysentérique,...), anémie, souffle systolique, rarement un purpura

Œdème des membres inférieure et du visage liés à l'hypo protidémie

- **évolution :**

sans TRT l'évolution est fatale, l'amaigrissement et la deshydratation conduisent à la cachexie contrastant avec l'augmentation du volume de l'abdomen

la mort survient en qqs mois suite à la cachexie ou par survenu de cpc infectieuses, ou hémorragiques

sous TRT traitement actif, la fièvre disparaît en qqs jours et les autres signes en qqs semaines.

Chez les personnes co-infectés par le VIH, les rechutes cliniques sont fréquentes en particulier si taux de CD4 moins de 200 mm³

c/ formes cliniques :

- forme aiguë : très rapidement évolutive dans un tableau grave
- forme chronique : très peu fébrile, pouvant durer plusieurs années
- forme hémorragique ; évoquant une leucose
- forme apyrétique de l'enfant cachectique

4/ DIAGNOSTIC POSITIF :

- cliniquement la triade : fièvre + pâleur + SPMG énorme
- biologie : anémie normocytaire, peu régénérative
 - Leucopénie, neutropénie
 - Thrombopénie
 - VS accélérée
 - Hypo albumémie
- le diagnostic de certitude repose sur la découverte du parasite après coloration au MGG(la moelle osseuse, leucocyte du sang, autres liquides), culture sur milieu NNN(myeloculture, hémoculture, culture de biopsie ganglionnaire ou hépatique)
- PCR
- La sérologie : IFI, ELISA, WESTERN BLOT
- Test rapide

5/ TRAITEMENT :

- **GLUCANTIME** : injectable (amp à 5 ml)

20 mg/kg/j en IM profonde : ¼ au 1^{er} j , ½ au 2^{eme} j , ¾ au 3 j , dose totale au 4^{eme} j

Pendant 20 à 28 jours à renouvelé 1 mois après

Contre indication : - TBC

- maladie cardiaque grave, et rénale

Effets secondaires :

- stibio-intolérance : toux coquelechoïde, perturbation thermique, tachycardie, douleur abd, vomissement, myalgie, éruption cutanée
- stibio-intoxication : accident polynévritique, cardiaque, rénal, hépatique, pancréatique
- stibio-résistance surtout en Inde et l'immunodéprimé
- **LOMIDINE = pentamidine :**

3mg/kg/j en IM : 3 inj/ semaines

Un totale de 8 à 12 inj

Injection très douloureuse, nausées, vomissement, tachycardie avec ECG perturbé, parfois syncope, épilepsie

- **FUNGIZONE :**

En perfusion veineuse lente de 8 h, on commence par 0,1 mg/kg jusqu'à 1 mg/kg ; 1j sur 2 j, pd 21j

On associe des antihistaminiques, corticothérapie

Très toxiques (on surveille l'ionogramme sg, ECG, fonction rénale, hémogramme)

risque de choc anaphylactique

- la fièvre chute au 3eme j
- reprise de l'état général
- HPMG, SPMG régressent rapidement
- Hémogramme se normalise
- La dysproteinémie se normalise lentement
- La VS se normalise
- **AMBUSOME**

l'immunocompétent : 18-24 mg/kg en 6 inj.(j1 à j5, j10)

Enfant : 10 mg/kg/j pd 2j

Immunodéprimé/ : 30 à 40 mg/kg en 10 inj (j1 à j5, j10, j17, j24, j31, j38)

Une prévention des rechutes si CD4 moins de 200/mm³ (une perfusion toutes les 2 à 4 semaines)

- **MILTÉFOSINE** : en peros, 1,5 à 2,5 mg/kg/j pd 28j

TRT adjuvant :

- transfusion sanguine
- tonicardiaque
- polyvitaminothérapie
- splénectomie dans les formes hémorragique et dans la
- stibio résistance par séquestration splénique du parasite

6/ PREVENTION :

- lutte contre la piqûre du phlébotome par des moustiquaires et crème répulsives
- contrôle vétérinaire des chiens
- pulvérisation d'insecticides