

## EPIDEMIOLOGIE ET POLYMORPHISME CLINIQUE DE LA LEISHMANIOSE CUTANEE OBSERVEE AU CNAM (EX-INSTITUT MARCHOUX) BAMAKO (MALI)

KEITA S<sup>1</sup>, FAYE O<sup>1</sup>, NDIAYE HT<sup>2</sup>, KONARE HD<sup>1</sup>

1. Dermato-Lépro-Vénérologue au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) Ex-Institut Marchoux Bamako (Mali)
2. Centre de santé de référence Commune V

### RESUME

Les Leishmanioses sont des parasitoses communes à l'homme et à l'animal (anthropozoonose), dues à des protozoaires flagellés appelés *Leishmanies* transmises par la piqûre de la femelle hématophage d'un insecte diptère dénommé Phlébotome (1, 2, 3). Au cours de nos consultations, outre les deux formes cliniques du « Bouton d'Orient » observées habituellement chez nos malades au Mali (forme sèche et forme humide), l'affection semble présenter, de plus en plus, des aspects cliniques divers simulant de nombreuses dermatoses (4). Par ailleurs, les malades viennent à un stade de complication à type de surinfection et de lymphangite empêchant toute activité productive et comportant un préjudice esthétique non négligeable. Ce polymorphisme clinique semble être majoré chez les sujets immunodéficients, notamment ceux infectés par le VIH.

Le but de ce travail était de rapporter quelques aspects épidémiologiques et cliniques de la Leishmaniose cutanée observée à Bamako au cours des cinq dernières années (1997 – 2001).

A cet effet, une étude rétrospective a été menée sur les dossiers des malades observés au cours de cette période. 251 dossiers inclus conformément aux critères d'inclusion, sur 320 dossiers colligés en cinq ans, ont permis le recueil des données épidémiologiques, socio-démographiques, cliniques et para-cliniques.

Le jeune âge (nourrisson) et l'immunodépression par le VIH se sont révélés être des facteurs de gravité, modifiant l'épidémiologie, le profil clinique et le pronostic habituels de la Leishmaniose chez nos malades.

**MOTS CLES :** Leishmaniose cutanée, épidémiologie, polymorphisme clinique.

### INTRODUCTION

Les Leishmanioses sont des parasitoses communes à l'homme et à l'animal (anthropozoonose), dues à des protozoaires flagellés appelés *Leishmanies*, transmises par la piqûre de la femelle hématophage d'un insecte diptère dénommé phlébotome. Les réservoirs de parasites sont des rongeurs sauvages, les mammifères, l'homme et le chien. La zone d'endémie de l'affection couvre le bassin méditerranéen, le Moyen Orient, l'Afrique tropicale, l'Afrique du Nord, une partie de l'Amérique centrale et du Sud, le Sud de l'Europe (France) (1, 2, 3).

Après une période d'incubation de quelques semaines à quelques mois, surviennent des manifestations cutanées, cutanéomuqueuses et/ou multiviscérales liées fortement à la souche de parasite infectant et de l'état immunitaire de l'hôte (4, 5). Ainsi on distingue : la Leishmaniose viscérale (fièvre de Dum Dum ou le *Kala-azar*) ; la Leishmaniose cutanéomuqueuse (*Lspundia* ou Pian-bois ou uta ou ulcère de chicléros) et la Leishmaniose cutanée pure. Cette forme exclusivement cutanée réalisant le classique Bouton d'Orient à forme sèche croûteuse et indolente, ou à forme humide et ulcérée, est due aux espèces *L. ropica*, *L. major* et *L. aethiopica* (3, 4, 5). Au Mali ce sont les formes cutanées qui sont essentiellement observées chez nos malades, la surinfection microbienne et les lymphangites en sont des complications habituelles, empêchant toute activité productive et comportant un préjudice esthétique non négligeable. Le taux moyen d'incidence annuelle de la forme cutanée a été approximativement estimé au cours de nos consultations à 8 cas pour 10001 avant notre étude. Outre les deux formes du Bouton d'Orient rencontrées habituellement chez nos malades, l'affection semble présenter, de plus en plus, des aspects cliniques divers, simulant de nombreuses dermatoses (4). Ce polymorphisme clinique, jadis décrit par les auteurs Guyanais, Dakarais et nous même à Bamako (3, 4, 5), semble être actuellement majoré chez les sujets immunodéficients, notamment ceux infectés par le VIH. Le but de ce travail est de rapporter quelques aspects épidémiologiques et cliniques de la

Leishmaniose cutanée, observée à Bamako au cours des cinq dernières années (1997 – 2001).

### MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective sur cinq ans (1997 – 2001) des dossiers de cas de Leishmanioses cutanées colligés dans le service de Dermato-Lépro-Vénérologie du CNAM (Institut Marchoux) à Bamako (Mali). Les registres de consultation, d'hospitalisation, d'anatomie pathologie et les cahiers de diapositives nous ont permis de colliger les dossiers des malades. A été considéré cas de Leishmaniose cutanée : toute lésion érythémateuse, papuleuse à base indurée, nodulaire, croûteuse et/ou ulcérée, d'évolution chronique, avec recherche de corps de Leishman positive dans les prélèvements. La présence d'éléments ovoïdes intra ou extra cellulaires, colorés en rouge par le Giemsa à l'examen direct de frottis ou à l'examen anatomo-pathologique de biopsies des lésions, signe cette positivité. Les coupes de biopsie ont fait l'objet d'un double examen, par nous même au laboratoire d'anatomie pathologique du service et, pour une contre expertise, au laboratoire de l'hôpital Pellegrin (Université de Bordeaux II). Tout dossier conforme à cette définition a été inclus dans l'étude. La lèpre, la tuberculose, la syphilis, le diabète, et l'infection à VIH, éventuellement associés étaient recherchés dans les dossiers, leur présence ou non n'empêchaient pas l'inclusion. Tout dossier non conforme à cette définition a été exclu. Les données socio-démographiques et épidémiologiques (âge, sexe, profession, résidence, date de la consultation, pathologie associée), de même que les données cliniques et para-cliniques, ont été enregistrées sur une feuille d'enquête et analysées à l'aide du logiciel Epi-Info version 6.

### RESULTATS

Au total 320 dossiers de cas ont été colligés au cours des cinq années de l'étude ; parmi eux, 251 dossiers conformes à la définition du cas ont été inclus et ont permis le recueil

des données ; 69 dossiers non conformes ont été exclus (67 dossiers ne comportaient aucune donnée sur la recherche de corps de Leishman et 2 autres dossiers ont été exclus à cause d'une discordance de résultats entre les deux laboratoires).

#### Données épidémiologiques :

- Le taux moyen d'incidence annuelle de la Leishmaniose cutanée a été estimé, à partir de notre échantillon à 6,27 cas pour 1000 dossiers de malades.
- La répartition des 251 cas par année, par profession et par région de provenance a été faite dans les tableaux 1, 2 et 3.
- L'âge des malades variait de 9 mois à 70 ans, moyenne d'âge : 24 ans  $\pm$  8,55 ; avec une prédominance de cas entre 20 et 40 ans (180/251).
- Une prédominance de cas a été observée dans le sexe masculin, sex-ratio : 3/1 (168 cas masculins/83 cas féminins).
- Selon les saisons, la majorité des cas a été observée en saison pluvieuse (juillet, août, septembre : 74 cas) et saison froide (novembre, décembre, janvier, février : 152 cas). En saison chaude et sèche (mars, avril, mai, juin) seulement 25 cas ont été observés.
- Selon la pathologie associée (le terrain), l'infection VIH a été notée chez 6 patients, la diabète (taux de glycémie = 1,92 g/l) était associé à 1 cas et une forme disséminée a été observée chez 3 enfants d'âge compris entre 9 mois et 5 ans.

#### Données cliniques :

- Selon le nombre de lésions, 50 cas avaient une lésion unique et 201 cas avaient des lésions multiples et multifocales.
- Selon la topographie des lésions, l'atteinte du membre supérieur, du cou et de la région céphalique a été prédominante (186 cas) ; les localisations disséminées et/ou diffuses ont été observées chez le nourrisson, l'enfant et les malades infectés par le VIH.
- Selon le stade évolutif, les lésions ont été classées en lésions débutantes : 138 cas (modules\* : 70 cas ; papules : 30 cas ; plaques : 38 cas) et lésions évoluées : 113 cas. Ces cas évolués ont été représentés au tableau 4.

Tableau 1 : Répartition des cas inclus par année

Année	Nombre de cas (%)
1997	46 (18,32)
1998	59 (23,50)
1999	54 (21,51)
2000	47 (18,72)
2001	45 (17,95)
Total	251 (100)

Tableau 2 : Répartition des cas selon la profession

Profession	Nombre de cas (%)
Cultivateurs	65 (25,89)
Éleveurs	60 (23,90)
Militaires	50 (19,92)
Ménagères	44 (17,53)
Enseignants	22 (8,76)
Autres*	10 (4,00)
Total	251 (100)

\* Nourrissons et enfants scolarisés ou non.

Tableau 3 : Répartition des cas par région de provenance

Résidence	Nombre de cas (%)
Bamako	68 (27)

Kayes	63 (25)
Koulikoro	45 (18)
Ségou	30 (12)
Sikasso	20 (8)
Mopti	15 (6)
Tombouctou/Gao/Kidal	10 (4)
Total	251 (100)

Tableau 4 : Lésions évoluées : 113 cas\*

Type de lésion	Nombre de cas (%)
Ulcération**	60 (53,09)
Ulcération + Croûte	15 (13,27)
Impétiginisation (surinfection)** péri lésionnelle	20 (17,70)
Eczéma péri lésionnel	5 (2)
Aspect sporotrichosique	9 (7,96)
Aspect lupioïde***	4 (3,58)
Aspect psoriasiforme	3 (1,20)
Infiltration cutanée diffuse + nodules	3 (1,20)
Total	113 (100)

\* L'échantillon comportait 113 cas évolués et 138 cas de lésions débutantes

\*\* L'adénopathie satellite accompagnait les cas ulcérés et impétiginisés

\*\*\* Un halo hypochromique entourait les nodules et les lésions lupioïdes.

#### DISCUSSIONS

La limitation de notre taille d'échantillon à 251 cas, semble liée au type rétrospectif l'étude dont l'inconvénient est de travailler sur des dossiers assez souvent incomplets et non éligibles. Sur 69 dossiers non inclus, 67 ne comportaient aucun résultat de recherche de corps de Leishman, la discordance de résultats des deux laboratoires a aussi fait rejeter 2 dossiers (granulome non spécifique pour le laboratoire de Bordeaux et spécifique pour notre laboratoire).

Au point de vue épidémiologique, la majorité des cas provenait des régions boisées du pays à climat soudanéo-sahélien : 233 cas (Bamako, Kayes, Ségou) ; cependant, une faible proportion de cas provenait de la région de Sikasso, 8 cas, zone fortement boisée, frontalière de la Côte d'Ivoire. Les cas de cette région pourraient aller se faire soigner en Côte d'Ivoire plus proche d'eux, que de venir à Bamako. Seulement 4 cas provenaient des régions désertiques (Gao, Tombouctou, Kidal). Quant aux cas provenant de Mopti, 6 cas, ce nombre ne reflète pas la réalité de la maladie dans cette localité reconnue fortement endémique. Au cours de nos consultations, le taux moyen d'incidence annuelle a été approximativement estimé à 8 cas pour 1000 avant notre étude (64 cas en moyenne par année pour 8000 consultants dermatologiques). Ce taux d'incidence ne semble pas refléter l'importance de cette pathologie sur tout le territoire national. Par ailleurs, ce taux calculé à partir de notre échantillon a été estimé en baisse à 6,27 cas pour 1000. Pour une pathologie non alitante et guérissant spontanément au bout de plusieurs mois, beaucoup de cas ne viennent pas consulter au centre spécialisé. La prédominance de cas a été observée chez les sujets présentant un risque d'exposition majeur à la piqûre des Phlébotomes : cultivateurs 25 cas ; éleveurs 23 cas ; militaires 20 cas ; 19 cas ont été observés chez les ménagères effectuant aussi des travaux champêtres et cherchant du bois de chauffage en brousse.

Sur le plan clinique, la recherche de pathologies associées a permis d'évoquer un lien entre certaines formes cliniques et le terrain des malades. En effet, une forme papulo-nodulaire disséminée a été observée chez un nourrisson de 9 mois

venant d'un village du cercle de Kayes. En milieu rural, les nourrissons têtent ou dorment tout nus dans les bras de leurs mères assises au feu de bois qui les réchauffe et éclaire la maison. La fragilité de la peau de ces enfants, et leur complète nudité les rend vulnérables à la piqure des insectes et à contracter la Leishmaniose. Chez 6 malades séropositifs pour le VIH, nous avons noté : la forme papulo-nodulaire disséminée une fois ; la forme infiltrative diffuse pseudo lépromateuse une fois (5), cette forme a engendré le décès du malade au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation malgré le traitement par l'antimoniote de N-méthylglucamine (glucantime®) par voie IM : 60 mg/kg/jour, dose progressivement croissante ; par ailleurs chez ces malades séropositifs pour le VIH des ulcérations étendues humides à clapiers purulents simulant un *Pyoderma gangrenosum* et associées à des plaques infiltrées ont été observées 4 fois. Ces cas d'ulcération étendue associés au VIH ont nécessité une longue prise en charge hospitalière, trois mois en moyenne. Cette longue prise en charge des cas associés au VIH est l'expression de l'immunodépression, modifiant le profil clinique des maladies et leur réponse thérapeutique habituelle.

Les autres formes cliniques observées, décrites par les auteurs dakarois, guyannais et nous même à Bamako (4, 5, 6) : formes sporotrichosique, psoriasiforme, lupoïde, qui n'avaient pas de terrains particuliers, ont bien répondu au traitement stibié (1, 2, 7, 8). Les formes eczématisées, liées fort probablement au mauvais traitement et à l'occlusion par le sparadrap, comportaient un prurit, inhabituel au cours de la Leishmaniose cutanée, qui incitait les malades à consulter. Le cas associé au diabète, quoique gravissime, ulcéré et multifocal a bien répondu au traitement stibié.

## CONCLUSION

L'ampleur et la gravité du problème posé par la Leishmaniose cutanée sont sous estimées au Mali, pays d'endémie leishmanienne. Seuls les patients présentant des cas invalidants et ceux ayant des moyens permettant le déplacement, viennent consulter dans le seul service spécialisé du pays à Bamako. Malgré cette faible fréquentation du service, le polymorphisme clinique a été curieusement noté chez nos cas. L'infection par le VIH et le jeune âge se sont révélés être des facteurs de gravité, bouleversant l'épidémiologie et le tableau clinique habituels de la Leishmaniose cutanée chez nos malades.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. GENTILINI M, DUFLO B et al. – Les Leishmanioses. In : Médecine Tropicale. Paris : Editions Flammarion, 1986 : 125-133.
2. RICHARD ML – Leishmanioses. In HARRISON Médecine interne. Paris : Editions Arnette, 1995 : 896-899.
3. DEMBELE S – La Leishmaniose cutanée : Intérêt d'un traitement par le 4-4 Diamino Diphényl Sulfone (à propos de 20 cas à l'Institut Marchaux). Thèse Bamako, 1992 : 44-46.
4. NDIAYE B, BALL MD et STROBEL M – Une maladie fréquente au Sénégal : La Leishmaniose cutanée. Dakar Médical, 1983 ; 28 (4) : 725-734.
5. PRADINAUD R, STROBEL M – La Leishmaniose tégumentaire. Le concours Médical, 1987 ; 21 (03) : 979-983.
6. DANIEL F – Leishmaniose. In : Dictionnaire de Dermatologie. Paris : Editions MASSON, 1990 : 388-389.
7. DEDET JP – Leishmaniose tégumentaires. La revue du praticien, 1995 ; 9 (312) : 51-54.
8. LAMBERT D. Leishmaniose. In : Thérapeutique Dermatologique. Paris : Editions FLAMMARION Médecine-Sciences, 1986 : 316-319.