

# La leishmaniose viscérale

*Francis KLOTZ*

*Chaire de médecine tropicale*



# La leishmaniose viscérale

Forme de diffusion poly-viscérale de la leishmaniose dont le réservoir est le chien et le vecteur le phlébotome

*Leishmania donovani* => Kala-Azar africain et indien

*Leishmania infantum* => Kala-Azar méditerranéen

**Spontanément mortelle!**





# Clinique

- *Incubation* silencieuse durant de 1 à 4 mois parfois jusqu'à 1 an

Parfois on retrouve un *chancre d'inoculation* (lésion vésiculo-papuleuse au point de piqûre du phlébotome)

- *Début insidieux*, progressif, fièvre irrégulière, pâleur, AEG, diarrhée , insomnie . Rarement brutal

# Phase d'état

- TRIADE: fièvre, pâleur, splénomégalie

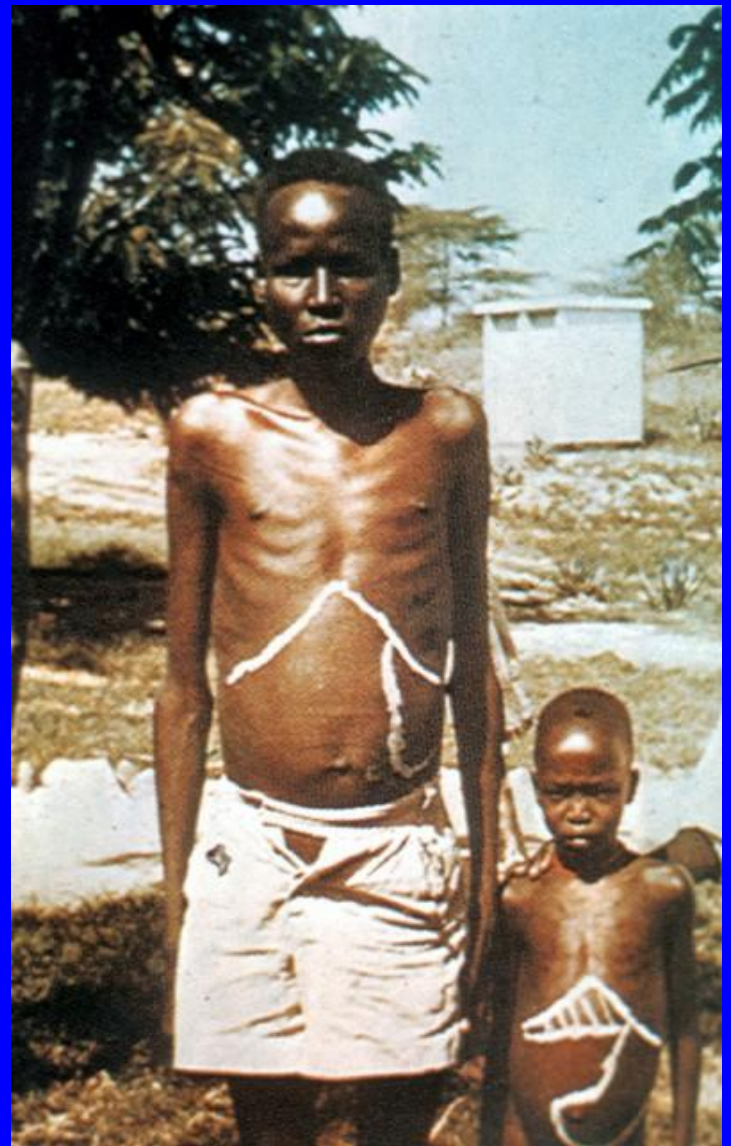
*Fièvre*: irrégulière,

(folle, anarchique, désarticulée: résistance aux antipaludéens, antibiotiques, corticoïdes)

*Pâleur*: liée à l'anémie. Teint blafard, cireux, bouffissure du visage

*Splénomégalie*: aspect en équerre, ferme, indolore

*Hépatomégalie, poly-adénopathies*



# Autres signes possibles

- Amyotrophie
- Météorisme abdominal
- Oedèmes par désordres protéiques
- Signes cutanés: hyper-pigmentation dans le KA indien, éruption vésiculeuse possible
- Syndrome diarrhéique voire dysentérique
- Localisations: oculaire, neurologique, respiratoire, hémorragies(thrombopénie)

# Evolution

\*Sans traitement: décès dans 90% des cas

\*Complications:

+surinfections pulmonaires,

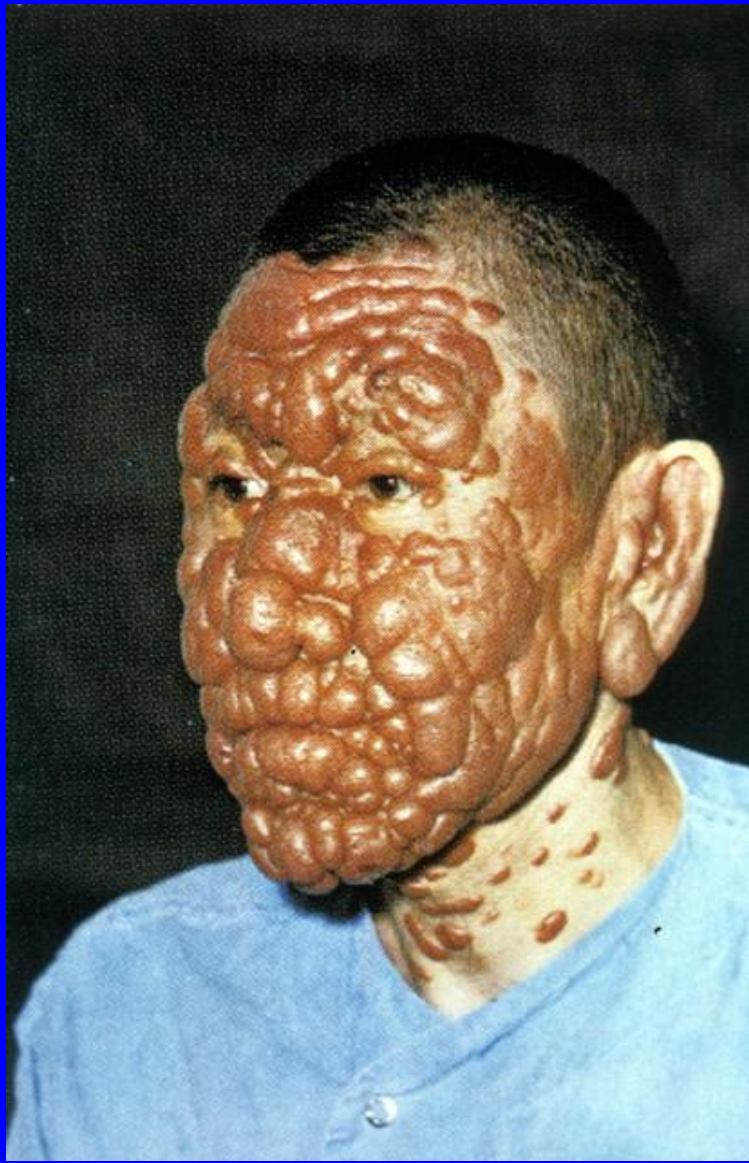
+infection de la face (noma),

+greffe hépatique de KA,

+rate séquelle chez les sujets traités (cellules bourrées de leishmanies),

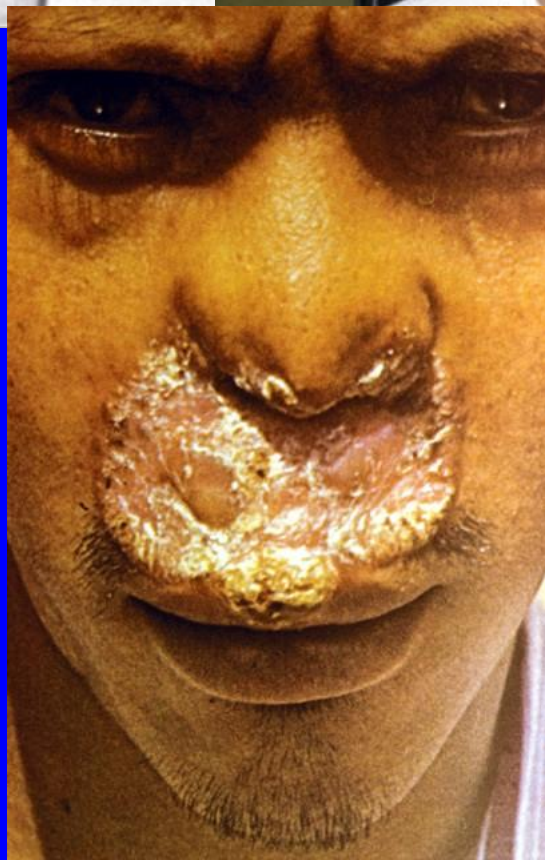
+dermopathie post KA (aspect nodulaire surélevé)





# Formes géographiques

- \*Méditerranéenne: enfant++
- \*Indienne: adulte jeune, hémorragies, pigmentation, dermatopathie post KA
- \*Soudanaise: leishmaniose cutanéomuqueuse +KA
- \*Chinoise: signes digestifs, hémorragies



# Diagnostic

- Orientation:
- Hémogramme: anémie normochrome, leucopenie thrombopénie souvent tardive.

VS > 100 mm 1ère heure,

protides totaux augmentés avec hypoalbuminémie et hyper gammaglobulinémie.

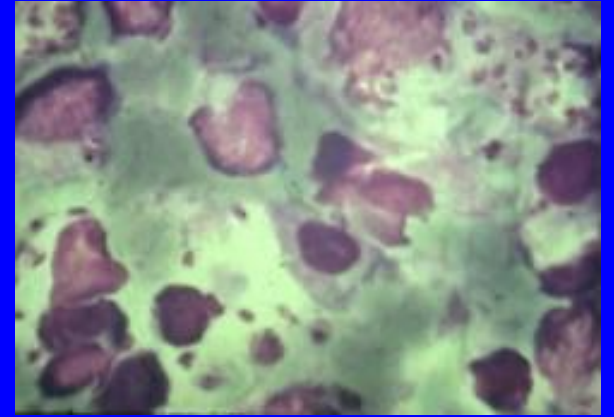
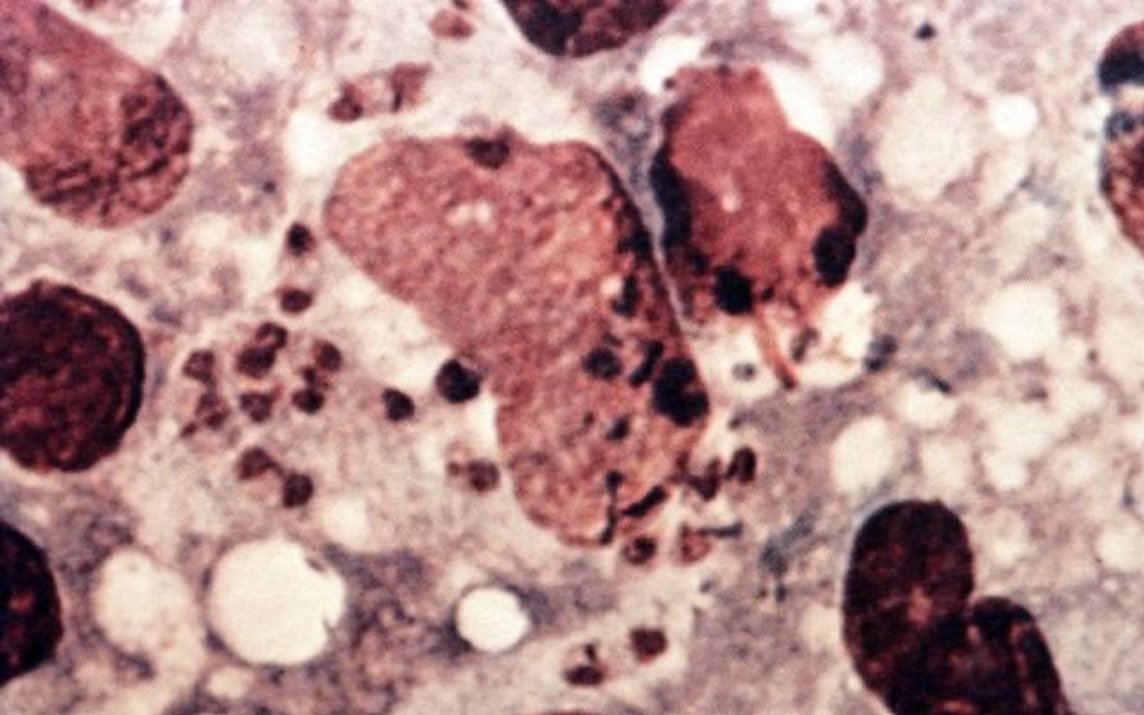
dysglobulinémie avec IgG et IgM augmentées.

(réaction de précipitation positives *Gaté*  
*Papacostas*, *Formol leuco gélification*),

cryoglobulinémie

# Diagnostic

- Certitude:
- **Myélogramme:** coloré au MGG, élimine une leucémie.
- **Frottis:** moelle riche avec réaction histio-monocytaire et plasmocytaire, présence de leishmanies.
- **Cultures** sur NNN (Navy, Mac Neal, Nicolle)
- Inoculation au hamster.
- **Ponction** ganglionnaire, PBH, Biopsie cutanée
- **Sérologie:** IFI + 1/100, hémagglutination, possibilité de réaction croisée avec les trypanosomes. Sérologie + seulement dans 90% des cas.
- **IDR** de Montenegro à la leishmanine (pas d'intérêt diagnostique)



# TRAITEMENT

- Les antimoniés pentavalents:

*Le glucantime*: efficacité maximale à toxicité moindre. Amp. 5ml à 1,5 g de sel d'antimoine en solution aqueuse

Administration en IM profonde: 12 à 15 injections .

Posologies croissantes: 20mg/kg/j en cure de 15 à 30j.

Commencer par  $\frac{1}{4}$  de la dose le 1er jour.

**Effets secondaires:**

**Stibio-intolérance** de type allergique: fièvre, éruptions, toux coqueluchoïde, myalgies, diarrhée

**Stibio-intoxication** en fin de cure: atteinte cardiaque, neurologique, hépatique, rénale

Tt des complications: BAL, corticoïdes

**Contre-indications:** grossesse, insuffisance viscérale

# TRAITEMENT

- *Le pentostam*: Stibio-gluconate de sodium d'activité élevée et de toxicité moindre. .  
Amp de 1ml contenant 100mg d'antimoine pentavalent . IM ou IV.  
Posologie de 20mg/kg avec un maximum de 850mg. Commencer à doses progressives.
- Indication : formes résistantes au glucantime



# TRAITEMENT

- *La pentamidine*: anciennement *la lomidine* actuellement *le pentacarinat*. Flacon de poudre dosés à 300mg, à dissoudre dans 10ml d'eau. **Posologie**: 4mg/kg. IM sur malade couché. Intervalle entre 2 injections 48h. . Possibilité d'IV dans 250CC de G5. En général 8 à 10 injections.
- **Effets secondaires**: lipothymie lors de l'injection.(lidocaïne associée.) hypoglycémie, diabète secondaire

# TRAITEMENT

- *Amphotericine B*: Antifongique puissant , antileishmanien alternatif.

Toxicité importante: réaction anaphylactique, toxicité rénale et hématologique.

Flacon à 50mg. Perfusion lente (6 à 8h) dans 500cc de G5. Perfusion 1 jour sur 2 . Doses progressives pour atteindre en 4 jours la dose de 1mg/kg /perfusion.

Guérison après 1 à 2g.

- L'injection dans *émulsion lipidique* (intralipid 20) =>diminuer la toxicité (1mg/kg/jx21 à 28j)
- *Ambisome* (inclusion dans des liposomes) efficacité accrue, toxicité moindre. 1injectionX(J de 3 à 4 mg/kg puis 1 inj au 10ème j. Chez l'immunodéprimé 10 inj.

# TRAITEMENT

- *Allopurinol*: s'incorpore à l'ARN des leishmanies. Administré per os 20mg/kg/j x15j
- *Paromomycine*: efficace par voie parentérale 15mg/j x 20j
- *Ketoconazole, Itraconazole*
- *Interféron gamma*: lutte contre le défaut d'activation des macrophages, élément du développement des leishmanies. Efficace en association avec les antimoniés à la dose de 100mg/m<sup>2</sup>/j x 28j

# Indications

- Efficacité conditionnée par la précocité du traitement. **2 à 3 cures d'antimoniés**. Certains intercalent une cure de **pentacarinat** entre deux cures d'antimoniés.
- Association possible d'**allopurinol**
- Guérison si absence de signes cliniques et biologiques. AC se normalisent en 6 mois.
- Si résistance => **Amphotéricine** ou mieux **Ambisome**
- **Prophylaxie secondaire** chez les immunodéprimés: Glucantime 850mg 1 fois par mois ou pentacarinat 4mg/kg 1 fois par mois, ou Ambisome 1mg/kg tous les 15j ou Allopurinol 300mg/j

