

Diagnostic de laboratoire des leishmanioses rencontrées en Algérie

Arezki Izri^{a,*}, Smail Belazzoug^b

RÉSUMÉ

Les auteurs proposent une revue de la littérature sur le diagnostic de laboratoire des leishmanioses rencontrées en Algérie. Après un rappel sur les formes viscérales et cutanées ainsi que sur leur importance épidémiologique dans le pays, ils notent que le diagnostic biologique n'est demandé que pour confirmer une suspicion et proposent donc un bref rappel clinique. Puis, ils passent en revue les différentes méthodes de diagnostic biologique en insistant sur les plus couramment utilisées : examen direct à la recherche d'amastigotes de *Leishmania* pour les leishmanioses cutanées, sérologie, notamment immunofluorescence indirecte, pour la leishmaniose viscérale. Les avantages et inconvénients de chaque méthode sont discutés en fonction de la forme de la maladie et/ou du stade d'évolution.

Leishmaniose – Algérie – diagnostic biologique.

SUMMARY

Laboratory diagnosis of the leishmaniasis endemic in Algeria

The authors present a review of the literature concerning the laboratory diagnosis of the leishmaniasis endemic in Algeria. Because of the importance of the clinical diagnosis, the different forms of these parasitic diseases and their medical and epidemiological importance are reviewed. The advantages and disadvantages of each method are discussed taking into account that there are in Algeria two kinds of cutaneous leishmaniasis and one of the visceral form.

Leishmaniasis – Algeria – laboratory diagnosis.

1. Introduction

Avec près de 40 000 cas par an, les leishmanioses constituent un véritable problème de santé publique en Algérie (Harrat *et al*, com. personnelle, SFP, Alger, nov. 2006). Trois formes, une viscérale et deux cutanées, y sont décrites. Elles ont en commun l'agent pathogène, un parasite protozoaire flagellé appartenant au genre *Leishmania* et le mode de transmission. Elles sont transmises en saison estivale par la piqûre d'un insecte nocturne, le phlébotome femelle (figure 1). Mais chaque forme constitue une entité clinico-épidémiologique distincte. La leishmaniose viscérale, due à *Leishmania infantum* (Nicolle, 1908), est la forme la plus grave. Elle est mortelle en l'absence de traitement spécifique. Elle sévit surtout dans le nord du pays où elle touche 100 à 200 sujets chaque année. La leishmaniose cutanée à *Leishmania major* (Yakimoff et Schokhor, 1914) regroupe à elle seule la quasi-totalité des cas des leishmanioses cutanées (LC) algériennes. Elle sévit en bordure du Sahara et dans les oasis. Elle est relativement bénigne mais peut avoir

un pronostic esthétique redoutable en raison des cicatrices indélébiles qu'elle laisse après la guérison. La troisième forme, la leishmaniose cutanée à *Leishmania infantum*, est bénigne et moins fréquente. Elle est observée dans le même territoire que la forme viscérale [8, 26, 27].

Le pronostic vital ou esthétique de ces affections dépend de la précocité de la prise en charge thérapeutique et, par conséquent, de la précocité du diagnostic. Bien que les tableaux clinico-épidémiologiques soient assez caractéristiques, la confirmation biologique, surtout dans la forme viscérale, reste indispensable pour la mise en route d'un traitement spécifique et pour éliminer tout diagnostic

Figure 1 - Femelle de *Phlebotomus* sp. gorgée de sang.



^a Parasitologie-mycologie

Centre hospitalier universitaire Avicenne (AP-HP)
Université Paris 13
125, rue de Stalingrad
93009 Bobigny cedex

^b Laboratoire d'analyses médicales Bou-Ismaïl

40 Lot Polyclinique
Tipaza – Algérie

*Correspondance

arezki.izri@avc.aphp.fr

article reçu le 13 juin, accepté le 17 juillet 2007.

© 2007 – Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés.

différentiel. Ce travail a pour objet, après un bref rappel clinico-épidémiologique, de passer en revue les principales modalités du diagnostic biologique.

2. Formes clinico-épidémiologiques des leishmanioses observées en Algérie

2.1. La leishmaniose viscérale

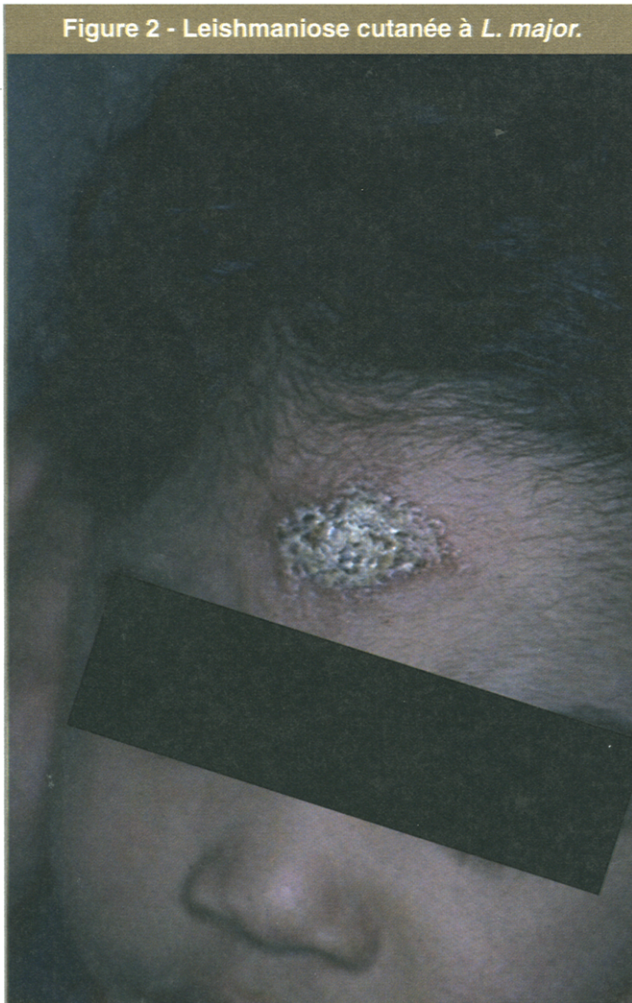
Elle sévit à l'état endémique dans les régions humides à sub-humides du nord du pays, principalement en Kabylie. Elle est due au zymodème MON-1 de *Leishmania infantum* [8] transmis par *Phlebotomus (Larrousius) perniciosus*, (Newstead, 1911) [28, 44] et probablement par d'autres phlébotomes tels que *P. longicuspis* et *P. ariasi* [45, 48]. C'est une zoonose qui a pour principal réservoir de parasites le chien domestique [43]. D'autres modes de contamination plus rares sont décrits. Il s'agit de la transmission par les transfusions sanguines [32] ou les greffes d'organes (Kubar et al, 1997) ou liés à certains comportements tel que l'utilisation commune de seringues et aiguilles non stérilisées par les toxicomanes [2]. Autrefois considérée comme une maladie de l'enfant, on sait depuis l'avènement du sida que l'adulte immunodéprimé est également concerné et que cette affection est opportuniste [15]. Cliniquement, la

leishmaniose viscérale zoonotique (LVZ) se caractérise par une triade de signes comprenant une fièvre anarchique ou fièvre « folle » qui évolue pendant plusieurs mois, une pâleur intense et une splénomégalie de plus en plus volumineuse allant jusqu'à dépasser l'ombilic. En fin d'évolution, cette splénomégalie, accompagnée d'une hépatomégalie et d'adénopathies, donne au sujet l'aspect dit d'enfant « araignée » en raison d'un volumineux abdomen qui contraste avec un état cachectique. Sans traitement spécifique, l'évolution est fatale, la mort survient par surinfections et/ou hémorragies [22]. Chez le sujet immunodéprimé, les signes infectieux peuvent être rattachés à d'autres agents opportunistes. Le tableau classique peut être faussé, mais la fièvre est constante et, comme chez le sujet immunocompétent, résiste à l'antibiothérapie générale [37].

2.2. La leishmaniose cutanée à *Leishmania major*

Elle est due au zymodème MON-25. C'est la forme la plus rencontrée en Algérie. Elle correspond au clou de Biskra ou bouton d'Orient sous sa forme humide ou rurale [22]. Elle s'observe dans les régions steppiques, arides à semi-arides, principalement au niveau de la frange nord du Sahara. Dans ces régions, cohabitent le vecteur *Phlebotomus (Phlebotomus) papatasi* (Scopoli, 1786) [29, 53] et les rongeurs sauvages réservoirs naturels de la maladie *Psammomys obesus* et *Meriones shawi* [6, 9]. Le foyer historique de Biskra reste encore le plus actif, mais la maladie s'étend rapidement et crée de nouveaux et importants foyers tels ceux de M'sila, Bou-Saada, Tiaret ou Béchar [5, 13, 27]. Endémo-épidémique dans ces régions, cette forme également appelée leishmaniose cutanée zoonotique (LCZ), touche principalement les enfants autochtones et les personnes venant y séjourner. Quinze jours à 3 mois après la piqûre infectante, la maladie se manifeste au point de piqûre par une lésion qui touche le plus souvent le visage et/ou les membres supérieurs ou inférieurs. Le « bouton » est généralement unique, mais des lésions multiples peuvent être observées atteignant dans de rares cas plusieurs dizaines [5]. La lésion se présente comme une papule qui évolue rapidement vers une ulcération indolore, sauf en cas de surinfection ; elle est habituellement arrondie ou ovale, bien circonscrite et a des contours réguliers. Elle mesure 1 à 5 cm de diamètre, mais peut atteindre 10 à 12 cm. Elle est fréquemment recouverte de squames blanchâtres (figure 2) et d'une croûte brune qui adhère au plan profond par des prolongements racémieux. Une fois arrachée, la croûte laisse apparaître un fond irrégulier, sanieux ou suintant, humide. En périphérie, un aspect bourgeonnant, inflammatoire, riche en leishmanies, correspond à la zone active de la lésion. Cette dernière, autre caractéristique, résiste aux traitements antiseptiques et antibiotiques. D'autres formes cliniques peuvent être observées. Les formes inapparentes sont assez répandues, d'autres, allant d'une petite papule à une infiltration relativement étendue ne sont pas rares. L'évolution de la LCZ est habituellement favorable, la guérison intervient spontanément en moins d'une année, le plus souvent après 3 à 6 mois d'évolution, en laissant une cicatrice indélébile (figure 3). Les surinfections sont possibles et peuvent contribuer à retarder le diagnostic, l'évolution et la guérison.

Figure 2 - Leishmaniose cutanée à *L. major*.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7663884>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7663884>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)