

Localisation Palpebrale Des Leishmanioses Cutanees : A Propos De 4 Cas

Elorch H., Kouisbahi A., Mouine S., Nassik S., Berraho A.

Service d'ophtalmologie B, hôpital des spécialités-CHU RABAT, MAROC.

Corresponding Author: Elorch H

Abstract: Cutaneous leishmaniasis of the lid

We report 4 cases of patients presenting with lid cutaneous leishmaniasis in which clinical presentation was a true diagnostic problem. The patients were 4 women and a man aged 48 +/-1 years. The presence of other cutaneous lesions and the chronic progression led to a biopsy for anatomopathology and parasitology analysis. These analyses confirmed the diagnosis of cutaneous leishmaniasis. The patients were then treated with antimony derivatives. Progression of the disease was marked by the appearance of a pigmented nonretractile scar. The different clinical characteristics, epidemiology, and treatment of this affection are reviewed.

Key-words: Leishmaniasis, lid, ulcer.

Date of Submission: 28-10-2018

Date of acceptance: 14-11-2018

I. Introduction :

Connues depuis l'antiquité, comme en témoignent les représentations sur certaines poteries au Pérou ; les leishmanioses cutanées sont des affections ulcéreuses parasitaires d'expression clinique variée. La localisation palpébrale, relativement rare, peut souvent, chez le praticien non averti prêter à confusion avec d'autres pathologies réalisant de véritables pièges diagnostiques. L'agent pathogène est un protozoaire de genre *Leishmania* très répandu dans le monde caractérisé par une grande variabilité d'espèce, chacune liée à un vecteur et un réservoir spécifique. Nous rappelons, au regard de 4 observations, les aspects parasitologiques, cliniques et thérapeutiques de ces affections qui reste une source de véritables pièges diagnostiques.

II. Matériels et Méthodes :

Nous rapportons 5 cas de leishmaniose cutanée à localisation palpébrale, colligés sur une période de 16 ans.

1^{ère} Observation : Femme de 46 ans qui avait déjà consulté 15 jours auparavant et été traitée médicalement en attendant la cure chirurgicale d'un chalazion de la paupière supérieure droite (fig. 1). L'évolution sous traitement est celle d'une paupière œdématiée, rouge violacée, siège d'une ulcération suintante surmontée d'une croûte noirâtre (fig. 2) sans réaction lymphangitique ou de ganglion préauriculaire. L'apparition concomitante de lésions papulokystiques au niveau de la jambe gauche de l'avant bras et de la main (fig. 3), nous a fait pratiquer une biopsie cutanée des lésions des membres et un raclage de la lésion palpébrale pour examen anatomopathologique. Le résultat est celui d'une leishmaniose cutanée confirmée par les examens parasitologiques sur frottis colorés au May. Grunwald. Giemsa (MGG) et après culture sur milieu enrichi. La présence de formes amastigotes de leishmanies dans les cellules macrophagiques a permis l'identification de l'espèce en cause :

Leishmania major. Le traitement a consisté en des injections intralésionnelles des dérivés d'antimoine (Glucantime®) à la dose de 1 ml/lésion, 2 fois/semaine pendant 2 semaines puis 1 fois par semaine pendant 3 mois (fig. 4). La guérison est obtenue au prix d'une cicatrice de coloration brunâtre sans séquelles rétractiles notables.

2^{ème} Observation : Patiente de 51 ans, originaire du milieu rural du nord du Maroc ; adressée à notre consultation pour suspicion d'épithélioma de l'angle interne gauche et de la racine du nez (fig. 5). Cette lésion est apparue 5 mois auparavant sous forme d'une papule prurigineuse et rapidement nécrosante laissant suinter un liquide jaunâtre. Trois mois après est apparue une ulcération à bords bourgeonnants éversés, non adhérente au plan profond, responsable d'un ectropion de la paupière inférieure gauche. L'examen oculaire est normal, l'examen général retrouve des lésions au niveau de l'avant bras assez caractéristiques du bouton d'orient (fig. 6). L'examen anatomopathologique et parasitologique confirme le diagnostic et identifie l'espèce en cause : *Leishmania major*. Le traitement a consisté en des injections intramusculaires de dérivés de l'antimoine (glucantime®) pendant 15 jours. Un début de cicatrisation est noté au cours du deuxième mois, mais la patiente est perdue de vue.

3^{ème} Observation : Femme de 62 ans. Suivie depuis 6 mois pour une lésion ulcère-croûteuse indolore de la paupière inférieure gauche, faisant suspecter un epithelioma. L'évolution a été marquée par l'extension en surface de la lésion vers la paupière supérieure gauche et la racine du nez (Fig 7). Examen anatomopathologique et parasitologique: leishmaniose cutanée à *Leishmania Major*. Le traitement par injections intra-lésionelles de dérivés d'antimoine. Et l'évolution a été marquée par une cicatrisation pigmentée avec ectropion séquellaire de la paupière inférieure (Fig.8).

4^{ème} Observation : Homme de 30 ans, il a présenté une tuméfaction inflammatoire de la paupière supérieure droite, traitée médicalement comme chalazion, associée à une lésion papulokystique de la joue droite (Fig.9). L'évolution torpide sous traitement et la présence de lésion associée nous ont fait pratiquer une biopsie cutanée objectivant une leishmaniose cutanée confirmée par la parasitologie. Le traitement par injections intra-lésionelles de dérivés d'antimoine. Et l'évolution a été marquée par une cicatrisation sans séquelles.



Fig1



Fig3



Fig2



Fig4



Figure 5 : Ulcération à bords bourgeonnants de l'angle interne et de la racine du nez.



Figure 6 : Lésions de l'avant bras caractéristiques de bouton d'orient.



Figure 7 : Lésions ulcero-croûteuses des paupières supérieure et inférieure.



Figure 8 : Cicatrisation sous traitement avec ectropion séquellaire.



Figure 9 : Lésion de la PS simulant un chalazion + lésion jugale papulokystique

III. Discussion

Bien que connues avant notre ère, une des premières et des plus importantes descriptions cliniques des leishmanioses cutanées est celle faite par Alexander Roussel en 1756 sous le nom « d'ulcère d'ALEP » [1]. Mais ce n'est qu'en 1904 que Mesnil identifie le parasite et en 1941 que Adler et Ber montrent le rôle du phlébotome dans la transmission du parasite [2]. Sur le plan épidémiologique et parasitologique, les foyers de leishmanioses sont très dispersés dans le monde et en font une maladie très cosmopolite (90 pays selon l'OMS). Elles sont rencontrées sur le pourtour méditerranéen, dans les zones tropicales de l'Afrique occidentale et orientale, en Asie centrale et dans les pays sud américains. Au Maroc, c'est une maladie à déclaration obligatoire depuis janvier 1996, les leishmanioses cutanées prédominent au sud marocain à l'état endémo-épidémique où il était classique de décrire essentiellement la forme sèche à *Leishmania tropica* ; les formes humides plus rares dans les régions centroccidentales du pays sont rattachées au *Leishmania major*. Cependant, cette séparation en zone ne paraît plus être vérifiée à travers les données actuelles [3] comme en témoigne la troisième observation. L'atteinte palpébrale représente 2 à 5 % des leishmanioses cutanées [4]. Cette fréquence peut être expliquée par les mouvements des paupières qui empêchent le vecteur de piquer la peau de cette région [4]. Des cas sporadiques avec atteinte oculo-palpébrale sont rapportés dans certains pays développés chez des immigrés [5] ou en association avec le SIDA [6]. L'agent responsable est un protozoaire flagellé du genre *Leishmania* de la famille des Trypanosomidae dont la circulation dans la nature se fait par passage alternatif hôte vertébré/insecte vecteur et inversement.

Il réalise un parasitisme intracellulaire du système réticulo-endothélial. Différentes espèces et sous espèces caractérisent le genre *Leishmania* à chacune correspond une forme clinique. Au Maroc *Leishmania major* et *Leishmania tropica* sont les seuls retrouvés dans les atteintes cutanées [3]. L'agent vecteur est un arthropode : le Phlébotome ; dont seule les femelles hématophages assurent la transmission par piqûre au cours d'un repas sanguin. D'autres modes de transmission sont possibles tel l'écrasement du phlébotome infecté [7]. Deux types prédominent au Maroc [8] : le Phlébotome papatasie vecteur de *Leishmania major* et le Phlébotome sergenti vecteur de *Leishmania tropica*. Dans certaines contrées l'homme peut être le seul réservoir du parasite (Inde, Azerbaïdjan) [7] partout ailleurs se sont des mammifères (chiens, chats), ou plus souvent des rongeurs qui sont les principaux réservoirs, très différents en fonction des régions. Au Maroc le réservoir du parasite est un

rongeur de la famille des rats : le Meriode shawi [8]. Sur le plan clinique, la leishmaniose cutanée (synonyme : bouton d'orient, bouton Alep, bouton du Nil, bouton de Delhi, clou de Jerico) dans sa localisation palpébrale est caractérisée par 2 formes : La forme sèche courante en milieu urbain qui débute par une période d'incubation silencieuse variant de 2 à 14 mois. La lésion palpébrale parfois unique correspond au point de piqure du phlébotome parfois entourée de satellites plus petits.

Elle est d'abord constituée d'une papule un peu indurée, très prurigineuse évoluant soit vers un kyste contenant de nombreuses leishmanies. (Pestre en 1955 a décrit ces lésions comme ressemblant au chalazion [4], c'est le cas de la première observation.) soit le plus souvent vers une ulcération d'où s'écoule un liquide jaunâtre qui finit par former une croûte sous laquelle, l'ulcération s'étend sans jamais adhérer au plan profond.

L'évolution de cette ulcération est longue, la cicatrisation pouvant se faire spontanément mais le plus souvent sous l'influence du traitement. Il en résulte parfois une cicatrice disgracieuse rétractile qui peut compromettre la vision. La forme humide est plus fréquente dans les milieux ruraux ; caractérisée par une incubation plus courte de quelques semaines, et son évolution s'accompagne souvent de réactions lymphangitiques absentes dans nos observations. À côté de l'atteinte palpébrale, des atteintes oculaires ont été décrites sous

forme de dacryocystite [4], de kératites interstitielles et d'irido-cyclite [9, 10, 11]. Les lésions palpébrales peuvent prêter à confusion avec d'autres pathologies telle que la syphilis, la tuberculose ou les épithéliomas des paupières. C'est le cas des deux dernières observations.

Le diagnostic positif repose sur les arguments cliniques lorsque les lésions sont caractéristiques mais surtout sur les données biologiques des leishmanioses. Le diagnostic direct permet de mettre en évidence le parasite lui-même sur les prélèvements effectués en périphérie des lésions. La biopsie cutanée pour examen anatomopathologique permet en plus l'observation de la réaction histologique « in situ ». La recherche du parasite peut être effectuée directement après coloration au GIEMSA, soit après enrichissement sur milieu de culture soit in vivo par inoculation animale ce qui permet par typage isoenzymatique l'identification des leishmanioses [7].

D'autres techniques de typage par anticorps monoclonaux ; facteurs excrétoires et biologie moléculaire peuvent être mis en œuvre [12]. Le diagnostic immunologique met en évidence les réactions immunitaires de l'hôte vis-à-vis du parasite : L'intradermo-réaction de

Monténégro très fiable (95 % de positif dans les leishmanioses cutanées) est surtout préconisée dans les enquêtes épidémiologiques [13]. Le sérodiagnostic est surtout réservé aux formes de leishmanioses viscérales, la production d'anticorps étant minime ou absente dans les leishmanioses cutanées [13]. La prise en charge thérapeutique des leishmanioses palpébrales passe par le traitement curatif des cas diagnostiqués, la prise en charge des séquelles, et la prophylaxie. Le traitement curatif comprend : les médications classiques représentées par les dérivés de l'antimoine, le glucantime® et le pentostam® utilisés en in-

tramusculaire en cures de 15 jours. Leur toxicité est cardiaque, neurologique, rénale et hépatique [7]. Les médicaments récents : sont nombreux, moins toxiques, et donnent des résultats comparables [7]. Nous ne ferons que citer la 8 aminoquinoline, la rifampicine, l'al-

lopurinol, le métronidazole et actuellement l'amphotéricine B associé à l'arabinogalactane [10, 14]. Le traitement local utilise les agents physiques : l'électrocoagulation, la cryoapplication [15, 16], l'excision chirurgicale et les infiltrations intralésionnelles. Les indications dépendent de la forme clinique, dans les formes communes cutanées multi-focales la chimiothérapie par les dérivés de l'antimoine reste la plus utilisée par voie générale en l'absence de signe d'intolérance si non le choix sera porté sur les médications nouvelles moins toxiques [7].

Dans les formes simples à lésion unique, le traitement local est préconisé. Le traitement des séquelles passe par la prise en charge des lésions cicatricielles (ectropion trichiasis ; lagophtalmie). La prophylaxie consiste à lutter contre le vecteur [1, 12], par la protection individuelle à l'aide de produits répulsifs appliqués sur la peau, les moustiquaires ou les rideaux imprégnés d'insecticides les pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur et autour des maisons, la destruction des gîtes de repos et de reproduction de certaines espèces de phlébotomes vecteurs. Les rongeurs étant le principal réservoir des leishmanioses cutanées, les techniques de lutte sont liées aux activités agricoles visant à éliminer les rongeurs au moyen d'appât empoisonnés et d'anticoagulants placés dans les terriers et en éliminant la végétation nécessaire à la survie des rongeurs [1, 12].

IV. Conclusion

Si le diagnostic de leishmaniose cutanée peut être parfois aisément évoqué dans les formes caractéristiques et dans les zones d'endémies connues ; il peut parfois être difficile dans les formes atypiques. C'est pourquoi le praticien doit savoir penser à cette étiologie, chaque fois que l'origine géographique l'oriente ou chaque fois que la lésion ne fait pas sa preuve étiologique.

Références

- [1]. OMS, Groupe d'experts. Lutte contre les leishmanioses. OMS : série de rapport technique 1993.
- [2]. Aouchine N, Hartani D. Problèmes diagnostiques posés par les leishmanioses cutanées. *Med Trop*, 1981;41:519-22.
- [3]. Guessous Idrissi N, Riyad M, Chiheb S. Les leishmanioses au Maroc :
- [4]. Actualités épidémiologiques et diagnostiques. *Bull S.M.S.M*, 1996;VII, n° 2 :31-5.
- [5]. Morgan G. Case of cutaneous leishmaniasis of the lid. *Br J Ophthalmol*, 1965;49:542-6.
- [6]. Bialasiewicz AA, Balmes R, Busse H. Unilateral chronic granulomatous blepharitis as a leading symptom of oriental cutaneous leishmaniasis in Germany. *Klin Monatsbl Augenheilkd*, 1992;200:219-3.
- [7]. Herwald BL. Leishmaniasis. *Lancet*, 1999 2;354:1191-9.
- [8]. Ysmail Dakhoul M, Ammar Khodja A, Bellazoug S. Rapport du XIXème congrès de l'association des dermatologistes de langue française ; Rabat, Mai 1989, p. 21-29.
- [9]. Mahjour J, Akalay O, Saddiki A. Les leishmanioses au Maroc : de l'analyse éco-épidémiologique à la prévention DEPS. *Bull-épidem supp*, 1992;7:1-20.
- [10]. Roizemblatt J. Interstitial keratitis caused by American mucocutaneous leishmaniasis. *Am J Ophthalmol*, 1979;87:175-9.
- [11]. Mortemousque B, Verin PH, Cantinau-Verin H, Poirier L, Williamson W, Dorot N. Épidémiologie de leishmaniose cutanéomuqueuse en Colombie. Lésions ophtalmologiques. *BSOF*, 1996;XCVI;1:41-3.
- [12]. Dechant W, Rees H, Kager A, Klaus V, Adala H. Post Kala-azar uveitis. *Br J Ophthalmol*, 1970;64:256-62.
- [13]. Rioux JA, Lanotte G, Petter F, Akalay O. Les leishmanioses cutanées du bassin méditerranéen occidental : de l'identification enzymatique à l'analyse éco-épidémiologique. *Coll. int. CNRS/INSERM ; 2- 6 Juillet 1984 ; Montpellier France, 1984. 365-95.*
- [14]. Bourgeade A, Delmont J, Quilici M. Diagnostic immunologique et traitement des leishmanioses. *Med Afrique Noire*, 1979;26:429-32.
- [15]. Golenser J, Frankenburg S, Ehrenfreund T, Domb AJ. Efficacious treatment of experimental leishmaniasis with amphotericin B — arabinogalactan water-solubles derivatives. *Antimicrob agents chemother*, 1999;43:2209-14.
- [16]. Lambert D, Mambre B. Traitement des leishmanioses cutanées. *Ann Dermatol Venerol*, 1988;115:641-3.
- [17]. El Darouti MA, Alrubaie SM. Cutaneous leishmaniasis: treatment with combined cryotherapy and intra-lésionnal stibogluconale infection. *Int J Dermatol*, 1990;29:56-9.

Elorch H. “ Localisation Palpebrale Des Leishmanioses Cutanees : A Propos De 4 Cas. ” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, vol. 17, no. 11, 2018, pp 72-76.