



Cas Clinique

Leishmaniose Cutanée Ulcéro-Bourgeonnante à *Leishmania Major* : à Propos d'un Cas

Ulcerative-Burgeoning Cutaneous Leishmaniasis due to Leishmania Major: A Case Report

Issa Abdou K^{1,2}, Harouna M², Mahaman Moustapha L^{1,3}, Seriba Coulibaly I¹, Issa Oumarou BS^{1,3}, Ouedraogo Mamadou MA⁴, Doutchi Am^{1,5}, Harissou A^{1,6}

Affiliations

1. Faculté des sciences de la santé, Université ANDRE Salifou de Zinder
2. Service de Dermatologie-vénérologie de l'Hôpital National de Zinder
3. Service de Laboratoire de l'Hôpital National de Zinder
4. Service de Dermatologie-vénérologie de l'Hôpital National de Niamey
5. Service de Maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital National de Zinder
6. Service de Chirurgie de l'Hôpital National de Zinder

Auteur correspondant : Issa Abdou Kadidia
Mail : ikadidia@yahoo.fr

Mots clés : Leishmaniose, ulcéro-bourgeonnante, *Leishmania major*, Zinder.

Key words: Leishmaniasis, ulcerative-budding, *Leishmania. major*, Zinder.

RÉSUMÉ

Nous rapportons une forme ulcéro-bourgeonnante de Leishmaniose cutanée à *Leishmania. major* chez une femme immunocompétente. Il s'agissait d'une patiente de 21 ans sans antécédents notables qui a présenté une tuméfaction ulcéreuse indolore de l'avant-bras gauche évoluant depuis 4 mois. L'examen retrouvait une masse ulcéro-bourgeonnante, de couleur chair musculaire, infiltrée, parsemée de points noirâtres. Le bilan biologique était normal. Le diagnostic a été confirmé par l'histologie et la PCR. L'exérèse, associé à une infiltration de Glucantime ont permis d'obtenir une guérison complète.

ABSTRACT

We report a case of ulcerative-budding cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major* in an immunocompetent woman. The patient was a 21-year-old female with no significant medical history who presented with a painless ulcerative swelling on her left forearm that had been evolving for 4 months. Clinical examination revealed an ulcerative-budding mass, with a fleshy muscle-colored appearance, infiltrated and scattered with blackish dots. Laboratory tests were normal. The diagnosis was confirmed through histology and PCR. Surgical excision, followed by Glucantime infiltration, resulted in complete healing.

INTRODUCTION

La leishmaniose est une maladie infectieuse tropicale qui touche certaines régions du monde les plus défavorisées sur le plan économique et les plus dépourvues de ressources [1]. C'est une parasitose anthrozoootique dont l'agent pathogène est un protozoaire flagellé du genre *Leishmania* [1,2]. La leishmaniose est endémique dans 200 pays en Asie, Afrique, Amérique et dans la région méditerranéenne [3].

Selon l'OMS, le nombre de cas de leishmaniose dans le monde est estimé à 12 millions avec une incidence annuelle d'environ 1.500.000 à 2.000.000 pour la leishmaniose cutanée (LC) et 500.000 pour la leishmaniose viscérale. Ainsi les formes cutanées sont les plus courantes et représentent 50 à 75% des cas [4]. En Afrique de l'Ouest, l'incidence et la distribution géographique réelles de la LC ne sont pas connues, les vecteurs et réservoirs impliqués sont hypothétiques et peu documentés [5]. Les caractéristiques des lésions de la LC dépendent de l'espèce de *Leishmania* infectante ainsi que de la réponse immunitaire de l'hôte [6]. Les formes ulcéro-bourgeonnantes sont rares. Au Niger aucune étude

ne s'est intéressée aux formes atypiques de leishmaniose cutanée d'où l'objectif de ce travail qui était de décrire une forme ulcéro-bourgeonnante de leishmaniose cutanée à *Leishmania major* chez une femme immunocompétente à l'Hôpital National de Zinder.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 21 ans, infirmière sans antécédent notable, qui avait consulté au service de dermatologie de l'Hôpital National de Zinder (HNZ) pour une tuméfaction ulcéreuse indolore.

L'interrogatoire rapportait une notion de piqûre de moucheron à l'avant-bras gauche environ 4 mois avant la consultation, ayant provoqué une lésion solide secondairement ulcérée résistante à certains antibiotiques et aux traitements traditionnels.

L'examen clinique avait retrouvé une lésion ulcéro-bourgeonnante de 15 cm x 6 cm, bien limitée, de couleur chair musculaire, sessile, de consistance ferme, infiltrée, indolore à surface granitueuse parsemée par endroit de points noirâtres et de rares croûtes, localisée au tiers

supérieur de la face postéro-externe de l'avant-bras gauche (figure 1a).

L'examen des autres appareils était normal. Devant l'aspect clinique de la lésion, les hypothèses suivantes : carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde et la forme ulcéro-bourgeonnante de LC ont été évoqués. La NFS et la glycémie étaient normales, la sérologie HIV était négative et la radiographie de l'avant-bras sans particularité. L'examen du suc dermique à la recherche de leishmanie était positif. La Polymérase Chain Réaction (PCR) a confirmé le diagnostic de LC en mettant en évidence le *Leishmania Major* (*L. Major*). L'histologie a

montré un granulome inflammatoire chronique avec des cellules géantes multinucléées et à la coloration de Giemsa des amastigotes, avec absence de caractère de malignité dans les limites du prélèvement. Le diagnostic de la leishmaniose cutanée ulcéro-bourgeonnante à *L. major* a été retenu. Après un bilan pré thérapeutique, la patiente a subi une exérèse chirurgicale totale de la masse (figure 1b) suivi d'une infiltration intra-cicatricielle au Glucantime. Les suites postopératoires étaient simples et l'évolution a été favorable avec guérison complète sans récurrence après un an de recul (figure 1c). L'examen physique global du nourrisson dans la même période était sans particularité.



Figure 1 : masse ulcéro-bourgeonnante localisée au tiers supérieur de la face postéro-externe de l'avant-bras gauche

DISCUSSION

Nous rapportons une présentation inhabituelle de leishmaniose cutanée, qui est une forme rare diagnostiquée à l'histologie et la PCR. Exceptionnelle dans la littérature, la prévalence de cette forme de LC est difficile à estimer. Diadi S et al. [7] au Sénégal en 2018 avaient rapporté une observation d'un cas de leishmaniose cutanée végétante chez un patient sans immunodépression connue. Nakouri et al [8] en Tunisie 2016 avaient rapporté aussi un cas de masse tumorale de LC due à *L. infantum* chez un patient immunocompétent. Selon ces études *L. major* et *L. infantum* sont les deux genres identifiés comme responsables de la manifestation tumorale de la LC en Afrique.

Shoraka et al. en Iran [9] rapportaient dans une revue systématique et méta-analyse une prévalence de leishmaniose à *L. major* qui varie de 1% à 22 % selon les études. Au Maroc de 2001 à 2020, Abdelkader [10] rapportait 85 540 cas de leishmaniose cutanée toutes espèces confondues dont 48 697 cas (57%) par *L. major* et 53% des personnes infectées étaient des femmes. Les leishmanies sont des protistes infectant les macrophages des mammifères au sein desquels ils se multiplient sous forme amastigote (petits, arrondis et immobiles). La forme promastigote, flagellée et mobile est vue en culture et chez l'insecte vecteur [2].

La leishmaniose à *L. major* est aussi caractérisée par un relatif polymorphisme clinique avec d'autres formes plus rares : des formes en plaques infiltrées, représentent 10 % des cas environ; des formes verruqueuses prédominant aux éminences et aux extrémités, bien limitées à surface rugueuse, hyperkératosiques ou papillomateuses ; souvent sèches, elles peuvent cependant se fissurer, devenir suintantes et même s'ulcérer ; des formes ulcéreuses présentes surtout aux jambes; des nodules sous-cutanés, rares (moins de 10 % des cas). Et une surinfection des lésions ou une complication à type d'érysipèle, notée dans 3 % des cas environ [11]. Les phlébotomes gîtent la journée dans les recoins sombres, sont actifs à la tombée du jour et piquent au niveau des zones découvertes du visage et des membres. Ce qui explique la localisation au niveau de l'avant-bras de la lésion de notre patiente, partie exposée à la piqûre du phlébotome. Le prurit à l'endroit du microtraumatisme suivi de l'apparition d'une lésion papuleuse ayant progressivement augmenté de volume pour donner une lésion ulcéro-nodulaire de notre cas clinique est la description de la forme humide du bouton d'orient dans la littérature. Ce bouton a secondairement évolué pour prendre un aspect atypique ulcéro-bourgeonnant. Certains auteurs pensent que la transformation de la lésion élémentaire en forme atypique est liée à une déficience immunitaire [12]. Notre patiente, accouchée récente a été piquée par le phlébotome au 7^{ème}

mois de sa grossesse et pendant la saison pluvieuse. Les modifications hormonales de la grossesse pourraient être considérées comme facteur responsable de la transformation du bouton d'Orient en une forme atypique. Par ailleurs la prédominance des cellules pro-inflammatoires Th1 dans les lésions dues à l'infection par *L. major* telle que rapportés par Boussoffara et al [6] dans une étude comparant les aspects histologiques et immunologiques de leishmaniose cutanée due à *L. major* et à *L. infantum* pourrait expliquer la survenue de cette présentation clinique. Cette forme étant exceptionnelle dans la littérature, représente le premier cas décrit au Niger et dans la région de Zinder. L'approche thérapeutique dépend de l'espèce de leishmanie et de la présentation clinique de la pathologie. Aucun traitement n'est adéquat pour toutes les formes de leishmaniose cutanée. La décision thérapeutique doit être envisagée pour chaque patient en tenant compte du ratio-bénéfice/risque [11]. Pour notre patiente nous avons procédé à l'exérèse chirurgicale et l'infiltration intra-cicatricielle de Glucantime. L'évolution a été favorable avec une guérison complète sans récurrence après un an de recul.

Le suivi jusqu'à l'âge d'un an, du nouveau-né de notre patiente n'a montré aucun signe de développement de leishmaniose. La transmission non vectorielle est rare : transfusion, passage trans-placentaire, accident de laboratoire, partage de seringues chez les usagers de drogues intraveineuses, transplantation d'organe [2].

CONCLUSION

La leishmaniose cutanée ulcéro-bourgeonnante à *L. major* est rare. Elle peut être vue chez le sujet immunocompétent. Le traitement associant la résection chirurgicale et l'infiltration intra-cicatricielle au Glucantime est efficace.

Contribution des auteurs

La rédaction et les images ont été réalisées par l'auteur correspondant et tous les auteurs ont contribué à la lecture et la correction de l'article.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit de toutes les équipes des services de dermatologie, de Chirurgie et de l'administration de l'hôpital National de Zinder.

Source de financement

Aucune

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Consentement de la patiente

Un consentement de la patiente a été obtenu au préalable sous condition de garder son nom et son visage en anonymat.

RÉFÉRENCES

1. Nuwangi H, Dikomitis L, Weerakoon KG, Agampodi SB, Agampodi TC. The psychosocial burden of cutaneous leishmaniasis in rural Sri Lanka: A multi-method qualitative study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024 Jan 18;18(1): e0011909. doi: 10.1371/journal.pntd.0011909.
2. SPILF, CMIT, SFMTSI, SMV. Leishmaniose. Dans : *ePILLY Trop* [En ligne]. 3e édition web. Paris : Alinéa Plus Ed ; 2022. [Cité le 21/07/2024].
3. Kim HJ, Kim EJ, Choi JW, Kim YC, Lee HI, Shin HI. A Rare Case of Imported Cutaneous Leishmaniasis Caused by *Leishmania infantum* in the Republic of Korea, 2021. *Trop Med Infect Dis*. 2023 Apr 12;8(4):223. doi: 10.3390/tropicalmed8040223.
4. Eugénie G, Hélène G, Marie A, Jean-Pierre G. Les leishmanioses humaines : parasitoses importées et autochtones. *Rev Francoph Lab*. 2015 ; (477) : 61-5.
5. Cissé M, Zida A, Hama Diallo A, Marty P, Aoun K. Epidémiologie de la leishmaniose cutanée en Afrique de l'Ouest : revue systématique *Bull.Soc.Pathol.Exot.*(2020) 113 : 24-34 DOI 10.3166/bspe-2020-0115
6. Boussoffara T, Boubaker MS, Ben Ahmed M, Mokni M, Guizani I, Ben Salah A, et al. Histological and immunological differences between zoonotic cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania major* and sporadic cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania infantum*. *Parasite*. 2019;26:9. doi: 10.1051/parasite/2019007.
7. Diadie S, al. Leishmaniose cutanée végétante : une forme clinique rare. *Ann Dermatol Vénérol*. 2018 ;3.
8. Nakouri I, Jaber K, Jones M, Youssef S, Dhaoui MR, Doss N. : Leishmaniose cutanée pseudo-tumorale : à propos d'un cas. *Ann Dermatol Vénérol*. avr 2016;143(4):S42-3. P 18
9. Shoraka HR, Soodejani MT, Kalteh EA, Chegeni M, Mahmudimanesh M, Sofizadeh A Prevalence of *Leishmania major* Yakimoff and Schokhor (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) in Sandflies in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Entomology*, XX(X), 2020, 1–11 doi : 10.1093/jme/tjaa185
10. Abdelkader Z. La leishmaniose au Maroc : présentation, épidémiologie et stratégies de lutte. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2022. dumas-03849796
11. Mokni M. Leishmanioses cutanées <https://doi.org/10.1016/j.annder.2019.02.002> 0151-9638/© 2019 Publié par Elsevier Masson SAS
12. Bonkougou M, Traoré F, Tapsoba GP, Sidnoma Ouedraogo M, Nomtondo Ouédraogo A, Kafando Y et al. Mutilation Centrofociale : Penser à une Leishmaniose Cutané-Muqueuse chez le Patient Infecté par le VIH. *Health Sci. Dis* : Vol 24 (6) June 2020 p 107-110 Available free at www.hsd-fmsb.org