

Leishmaniose cutanée observée chez une jeune fille de 12 ans récemment immigrée de Syrie

Mohammad Alghounaim MD, Jeffrey Chivinski MD, Sapha Barkati MD MSc DTM&H

■ Citation : *CMAJ* 2022 January 24;194:E93-4. doi : 10.1503/cmaj.210847-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210847

Une jeune fille de 12 ans, immigrée de Syrie 7 mois auparavant, s'est présentée chez son médecin traitant avec un antécédent de papules indolores à la main droite — papules dont la taille a augmenté sur une période de 6 mois et qui se sont éventuellement ulcérées. Soupçonnant une dermatite atopique surinfectée, on a administré des corticostéroïdes topiques, de la mupirocine ainsi que du triméthoprime en association avec du sulfaméthoxazole par voie orale, mais l'état de sa main ne s'est pas amélioré au cours des 2 mois qui suivirent. Lorsque nous l'avons examinée à la clinique des maladies tropicales, elle était afebrile et se portait bien d'un point de vue systémique, mais présentait des plaques érythémateuses, de l'œdème, des ulcérations et une mobilité réduite à sa main droite (figure 1A).

La coloration Giemsa d'un prélèvement de l'ulcère a révélé de nombreux amastigotes. La culture s'est révélée positive à la présence de bactéries de l'espèce *Leishmania* et une réaction en chaîne par polymérase (PCR) a ciblé la bactérie *Leishmania tropica*. Comme nous étions préoccupés par la mobilité fonctionnelle de la main de la patiente, nous lui avons prescrit, conformément à des lignes directrices locales, une thérapie systémique à l'amphotéricine B liposomale, qu'elle a bien tolérée. Quatre mois plus tard, dans le cadre d'un rendez-vous de suivi, on a observé la résorption de ses lésions (figure 1B) et le recouvrement de la mobilité de ses articulations.

La Leishmaniose cutanée est une infection protozoaire transmise par les mouches des sables (phlébotomus) femelles. Cette maladie tropicale touche 700 000 à 1 million de nouvelles personnes annuellement¹. Des ulcères qui ne guérissent pas chez des voyageurs et des migrants en provenance de régions endémiques, comme l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, le bassin méditerranéen, le Moyen-Orient et l'Asie centrale, devraient éveiller des soupçons envers la leishmaniose cutanée. Le manque de connaissances des médecins au sujet de l'acquisition de la leishmaniose

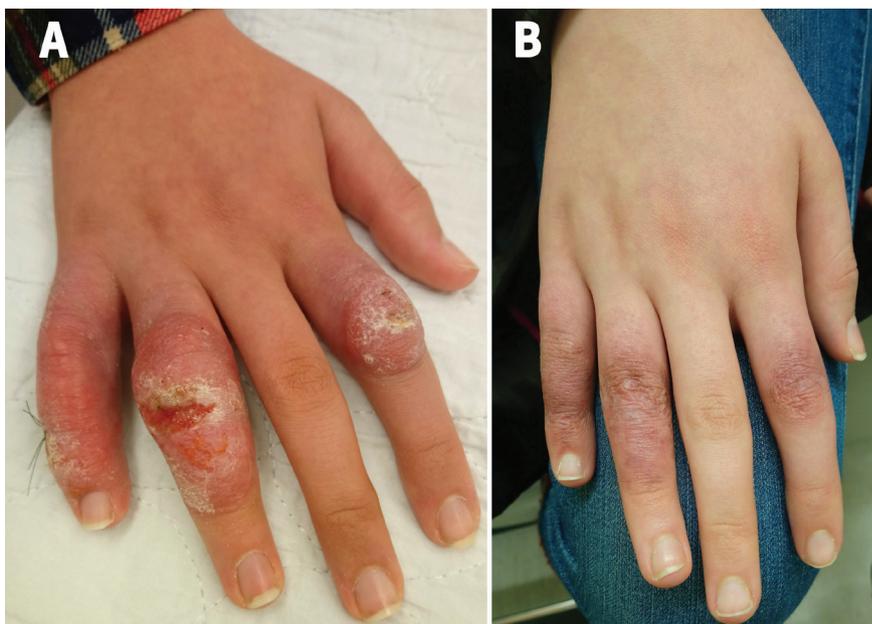


Figure 1 : (A) Des plaques érythémateuses squameuses et croûtées accompagnées d'œdème présentes sur les articulations interphalangiennes proximales des deuxième, quatrième et cinquième doigts de la main droite d'une jeune fille de 12 ans atteinte de leishmaniose cutanée, avec un ulcère se superposant à la lésion sur le quatrième doigt. (B) Réépithélialisation et guérison complètes des lésions accompagnées d'une hyperpigmentation postinflammatoire résiduelle après un suivi de 4 mois.

cutanée, même lors de courts séjours à l'étranger, a historiquement mené à des retards de diagnostics^{2,3}.

Les diagnostics différenciés comprennent des bactéries de la famille des *Nocardia*, des mycobactéries, des champignons endémiques, des vascularites, des néoplasies, des sarcoidoses et du pyoderma gangrenosum. L'identification de parasites sur des frottis, des cultures d'histopathologie ou des tests PCR confirme le diagnostic⁴. Le type de bactérie *Leishmania*, une atteinte concomitante des muqueuses, la taille, le nombre et l'endroit où sont situées les lésions et le statut immunitaire de l'hôte sont des indices importants pour une prise en charge individualisée⁵. Le traitement peut être local (p. ex., des préparations de paromomycine, de la cryothérapie ou de l'hyperthermie) ou systémique (p. ex., des solutions antimoniales pentavalentes, de la miltéfosine, de l'azole et de l'amphotéricine B)⁶.

Références

1. Leishmaniasis. Geneva: World Health Organization; 2021. Accessible ici : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis> (consulté le 19 juill. 2021).
2. Boggild AK, Caumes E, Grobusch MP, et al. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis in travellers and migrants: a 20-year GeoSentinel Surveillance Network analysis. *J Travel Med* 2019;26:taz055.
3. Vandeputte M, van Henten S, van Griensven J, et al. Epidemiology, clinical pattern and impact of species-specific molecular diagnosis on management of leishmaniasis in Belgium, 2010-2018: a retrospective study. *Travel Med Infect Dis* 2020;38:101885.
4. Aronson NE, Joya CA. Cutaneous leishmaniasis: updates in diagnosis and management. *Infect Dis Clin North Am* 2019;33:101-17.
5. Barkati S, Ndao M, Libman M. Cutaneous leishmaniasis in the 21st century: from the laboratory to the bedside. *Curr Opin Infect Dis* 2019;32:419-25.
6. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, et al. Diagnosis and treatment of leishmaniasis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). *Am J Trop Med Hyg* 2017;96:24-45.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement des parents.

Affiliations : Division des maladies infectieuses (Alghounaim), Service de pédiatrie, Hôpital pour enfants de Montréal, Centre universitaire de santé McGill; Service de dermatologie (Chivinski), Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Université de Montréal; Centre J.D. MacLean pour maladies tropicales de l'Université McGill (Barkati); Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (Barkati); Division des maladies infectieuses (Barkati), Service de médecine, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Que.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier M. Faheel Naeem d'avoir corrigé le manuscrit.

Correspondance : Sapha Barkati, sapha.barkati2@mcgill.ca

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.