



27^{ème} CONGRÈS NATIONAL

4 & 5 Mai 2017
TUNIS ARENA
Les Berges du Lac 1

Atelier 3

Cas clinique : des apparences trompeuses

Dr Fatma CHEIKHROUHOU

Laboratoire de parasitologie et de mycologie médicale – CHU Habib
BOURGUIBA- Sfax)

Dr Emna ELLEUCH

Service des maladies infectieuses – CHU Hedi CHAKER- Sfax)

Cas clinique

- ❑ Mlle Y.T, âgée de 23 ans
- ❑ ATCD: dysphagie il y a 6 mois → FOGD: candidose œsophagienne
- ❑ Femme au foyer, célibataire

Elle n'a jamais quitté la Tunisie

Elle a eu des rapports sexuels non protégés avec un seul partenaire

- ❑ **Motif de consultation:** lésions érythémateuses diffuses à tout le corps

Cas clinique

❑ Histoire de la maladie:

- Depuis une année: lésions érythémato-papulo-nodulaire du coude
- Altération de l'état général: asthénie et amaigrissement

❑ Le diagnostic d'ulcère de lésions érythémato-papulo-nodulaires et confirmé par la présence de Leishmaniasis dans les lésions du coude

Hospitalisation

❑ Elle a été traitée par antimoniate de meglumine (Glucantime®)

60 mg/kg/j en IM pendant 15 jours

❑ Evolution: pas d'amélioration et extension des lésions à tout le corps

Cas clinique

□ L'examen physique à l'admission:

Au niveau des membres:

Multiples lésions érythémateuses papuleuses et nodulaires de 0,5 à 2 cm de diamètre

Avec ulcérations centrales parfois crouteuses

Bordures infiltrées et irrégulières



Cas clinique

□ L'examen physique à l'admission:

Au niveau du visage:

Multiples lésions érythémato-squameuses
papuleuses et nodulaires

Avec ulcérations centrales parfois crouteuses

Bordures infiltrées et irrégulières



Cas clinique

□ L'examen physique à l'admission:

Au niveau du tronc:

- Multiples lésions érythémateuses, violacées, infiltrées confluentes en plaques par endroit
- Aspect lupoïde au niveau du dos



Cas clinique

□ L'examen physique à l'admission:

- Pas d'adénopathies périphériques
- Hépatomégalie (FH: 17 cm), pas de splénomégalie
- Pas de fièvre
- Pas d'atteinte des muqueuses hormis une candidose buccale

Cas clinique

□ Bilan biologique:

- **NFS:** 5970 x 10³/μl (PNN: 4680, lym: 360)/ **10,5/ 314000**

VGM: 73,4 TCMH: 22,9

- **ASAT/ALAT:** 116/93, **GGT:** 81 , **PAL:** 108, **Bil T:** 16

- **CRP:** 26 mg/l

- **Créatinine:** 42 μmol/l

□ Echographie abdominale: hépatomégalie homogène

Cas clinique

**Lésions polymorphes
/évocatrices de
leishmaniose**

**leishmaniose
cutanée trainante**

**Caractère diffus des
lésions**

Diagnostic ?



Cas clinique

Diagnostics évoqués ?

A- Tuberculose cutanée

B- Syphilis

C- Cryptococcose cutanée

D- Sarcome de Kaposi

E- Leishmaniose cutanée diffuse

Cas clinique

Diagnostics évoqués ?

A- Tuberculose cutanée	0%
B- Syphilis	0%
C- Cryptococcose cutanée	0%
D- Sarcome de Kaposi	0%
E- Leishmaniose cutanée diffuse	0%

Cas clinique

Diagnostics évoqués ?

A- Tuberculose cutanée

B- Syphilis

C- Cryptococcose cutanée

D- Sarcome de Kaposi

E- Leishmaniose cutanée diffuse

Tuberculose cutanée

- ❑ Se caractérise par un grand polymorphisme clinique, déterminé par
 - le mode de transmission de l'infection
 - le statut immunitaire du patient
- ❑ Les atteintes cutanées décrites sont rarement sous forme ulcérée d'emblée mais se compliquent souvent d'ulcération

Tuberculose cutanée

- Les formes volontiers ulcérées sont
 - le scrofuloderme
 - le lupus vulgaire ou lupus tuberculeux
 - la tuberculose oro-faciale ou tuberculose ulcéreuse péri orificielle
 - la gomme
 - le chancre tuberculeux



[Annales de dermatologie et de vénéréologie \(2016\) 143, 616–621](#)

Syphilis

□ La syphilis secondaire:

Les syphilides papuleuses: des papules de 3 à 10 mm de diamètres infiltrées, de couleur rouge cuivré, recouvertes de fines squames, de siège surtout palmo-plantaire et péri-orificielle

Ces papules sont indurées et non prurigineuses



Syphilis

- ❑ La syphilis secondaire est une grande simulatrice
 - Syphilides **ulcéreuses et bulleuses** (syphilis maligne au cours du SIDA)
 - Syphilides séborrhéique, psoriasiformes, impétigineux, lichénoïdes, acnéiformes, varioliformes, érosives ou papulo-érosives au niveau des plis et régions ano-génitales



Syphilis

❑ Au cours de la syphilis tertiaire

Les gommés syphilitiques: des formations infiltrées, dermo-hypodermiques, initialement fermes puis se ramollissent et s'ulcèrent laissant sourdre une sérosité avant la cicatrisation

Syphilis tertiaire.



Cryptococcose cutanée

- Au cours de la cryptococcose, la peau constitue le site métastatique préférentiel après le SNC
- L'atteinte cutanée survient dans 5 à 10 % des cas
- La lésion initiale est une papule qui grossit en pustule et finit par s'ulcérer donnant un aspect ombiliqué
- Les lésions siègent au niveau du visage et des extrémités



Cryptococcose cutanée:
lésions ombiliquées



Cryptococcose cutanée
chez un
sidéen: ulcération
étendue

Sarcome de Kaposi

- ❑ Secondaire à une infection par le HHV8
- ❑ Survient surtout sur terrain d'immunodépression: transplantation d'organes, infection par le VIH
- ❑ Les lésions élémentaires sont :
 - macules brun violet ou marron sur peau pigmentée
 - papulo-nodules pigmentés
 - nodule angiomateux



Sarcome de Kaposi

- placard infiltré ou verruqueux ou ulcéro-papuleux
- Toutes ces lésions peuvent atteindre l'ensemble des téguments en particulier le tronc, les membres (extrémités : mains, pieds), et le visage (nez et paupières)



Leishmaniose cutanée diffuse

- ❑ C'est une forme rare de la leishmaniose cutanée, due à un parasite protozoaire hémoflagellé, dont les manifestations cliniques dépendent de
 - l'espèce de Leishmanie
 - la réponse immunitaire de l'hôte

- ❑ Il s'agit le plus souvent d'ulcères uniques ou multiples prédominant sur les parties découvertes du corps

Leishmaniose cutanée diffuse





Cas clinique

Quels examens complémentaires demandez vous pour avoir un diagnostic étiologique ?

- A- Recherche de leishmanies sur frottis dermique
- B- Biopsie cutanée
- C- TPHA-VDRL
- D- Antigénémie cryptococcique
- E- Recherche de leishmanies par écouvillonnage des lésions

Cas clinique

Quels examens complémentaires demandez vous pour avoir un diagnostic étiologique ?

- | | |
|--|----|
| A- Recherche de leishmanies sur frottis dermique | 0% |
| B- Biopsie cutanée | 0% |
| C- TPHA-VDRL | 0% |
| D- Antigénémie cryptococcique | 0% |
| E- Recherche de leishmanies par écouvillonnage des lésions | 0% |

Cas clinique

Quels examens complémentaires demandez vous pour avoir un diagnostic étiologique ?

A- Recherche de leishmanies sur frottis dermique

B- Biopsie cutanée

C- TPHA-VDRL

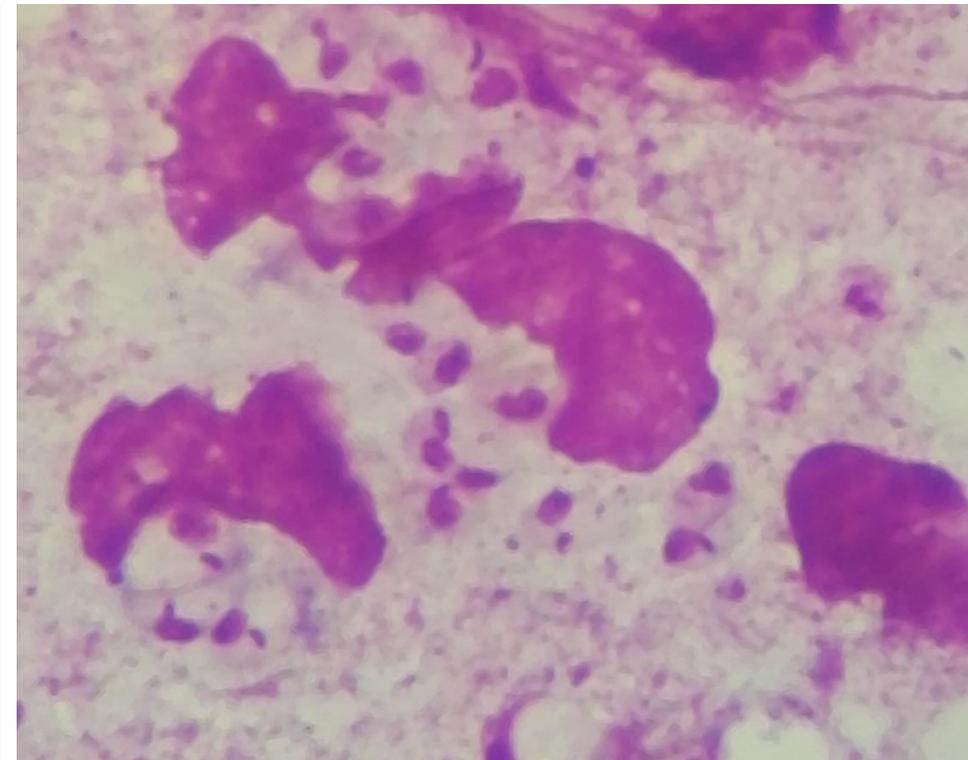
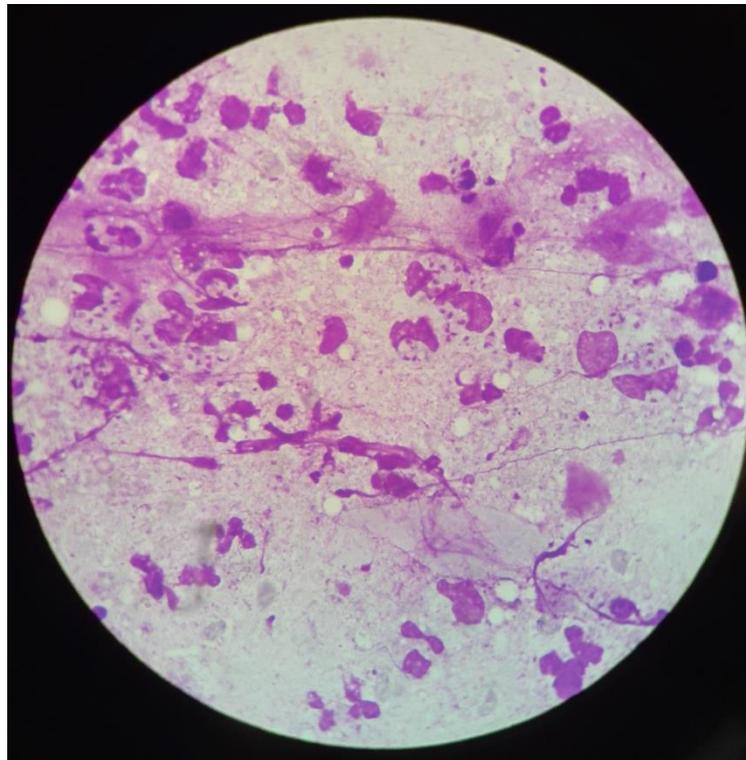
D- Antigénémie cryptococcique

E- Recherche de leishmanies par écouvillonnage des lésions

Cas clinique

❑ **Frottis dermique:** (lésions des jambes, coude, tronc, visage)

Présence de leishmanies en intra et extra macrophagiques



Formes amastigotes de Leishmanies intra et extra macrophagiques²⁶

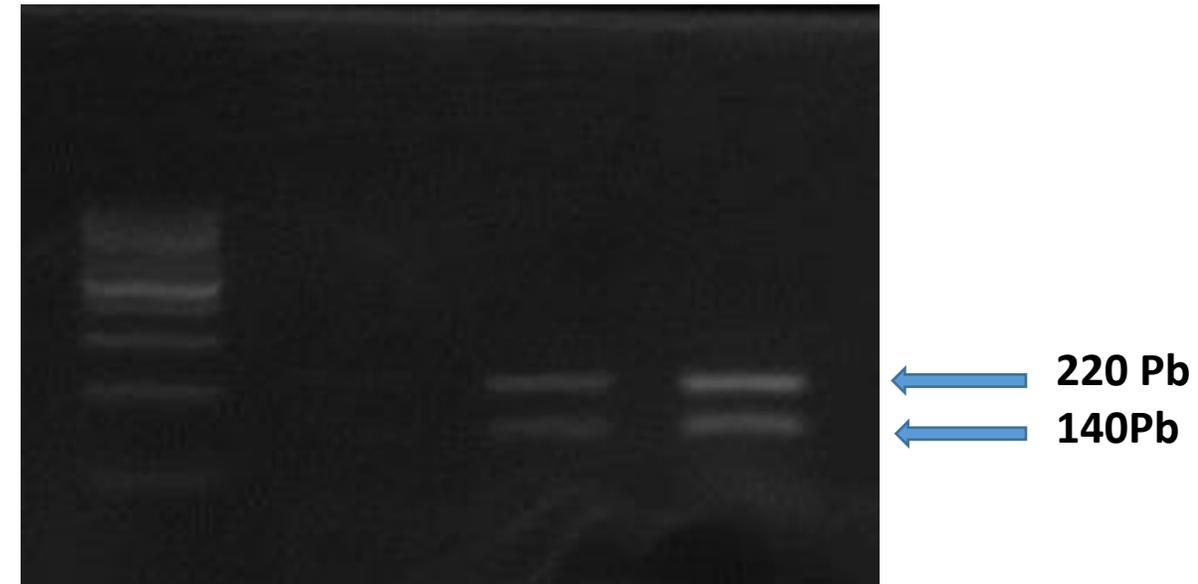
Cas clinique

□ PCR -RLFP → *L.major*

Amplification par PCR de L'ADN leishmanien
dans les frottis dermiques
(jambes, coude, tronc, visage)

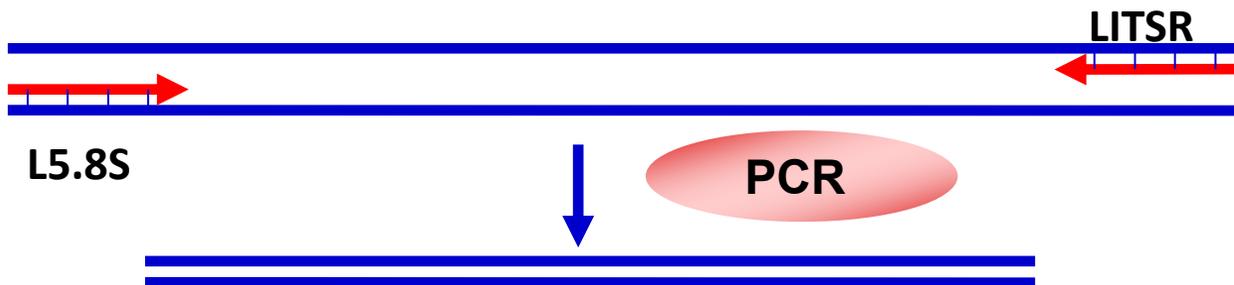


PCR RFLP de la région ITS1 amplifiée :
Leishmania major



Diagnostic moléculaire: PCR

La PCR permet d'amplifier et de détecter des séquences de la région cible ITS1 située entre le gène qui code pour la petite sous unité de l'ARN ribosomal (5.8s) et celui qui code pour l'ARN ribosomal (18s)



Cas clinique

❑ Biopsie cutanée:

- Infiltrat dermique polymorphe riche en histiocytes
- Nombreuses granulations intra macrophagiques et extra cellulaires: corps de *Leischman*
- L'épiderme en regard est largement ulcéré
- Pas de signes de malignité

❑ TPHA (-) VDRL (-)

❑ Antigénémie cryptococcique: négative

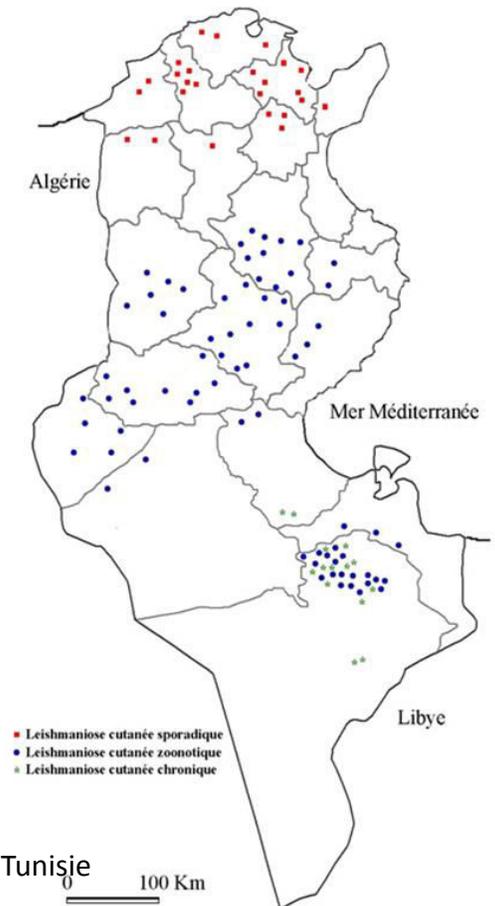
Cas clinique

- ❑ Devant cette forme de Leishmaniose cutanée diffuse, une immunodépression a été suspectée, notamment une infection rétrovirale (comportement sexuel à risque)
- ❑ Sérologie VIH positive
 - ARN VIH: $1,61 \times 10^5$ copies/ml
 - CD4: 11 cellules/ μ l

Diagnostic retenu: leishmaniose cutanée diffuse révélatrice d'une infection par le VIH

Leishmaniose cutanée en Tunisie

- En Tunisie, les leishmanioses cutanées sont le plus souvent localisées
- Elles sont dues à trois espèces de leishmanies :
 - *L. infantum* → la leishmaniose cutanée **sporadique** du nord
 - *L. major* → la leishmaniose cutanée **zoonotique** (centre et sud) la plus fréquente
 - *L. tropica* → la leishmaniose cutanée **chronique** (surtout sud et centre)



Leishmaniose cutanée chez l'infecté par le VIH

- ❑ Chez l'immunodéprimé, notamment au cours de l'infection par le VIH, des formes cutanées diffuses sont de plus en plus décrites
- ❑ L'infection par le VIH peut modifier le cours de la leishmaniose:
 - les lésions de leishmaniose cutanée peuvent devenir diffuses et extensives sur une large surface de la peau
 - polymorphisme clinique : formes papuleuses en nappes diffuses, formes ulcérées, formes pseudo-lépromateuses
 - les lésions peuvent évoluer sur des années sans tendance à la résolution spontanée

Leishmaniose cutanée diffuse

- ❑ Chez l'immunocompétent, la LCD est due à
 - *L. amazonensis* en Amérique du Sud
 - *L. aethiopica* en Afrique de l'Est
- ❑ Chez l'immunodéprimé, quelques cas de LCD ont été signalés avec des espèces telles que *L. major*, *L. braziliensis*, *L. tropica* voire *L. infantum*

Table 2. WHO Clinical Staging of HIV/AIDS for Adults and Adolescents

Clinical Stage	Clinical Conditions or Symptoms
Primary HIV Infection	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatic • Acute retroviral syndrome
Clinical Stage 1	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatic • Persistent generalized lymphadenopathy • Moderate unexplained weight loss (<10% of presumed or measured body weight) • Recurrent respiratory infections (sinusitis, tonsillitis, otitis media, and pharyngitis) • Herpes zoster • Angular cheilitis
Clinical Stage 2	<ul style="list-style-type: none"> • Recurrent oral ulceration • Papular pruritic eruptions • Seborrheic dermatitis • Fungal nail infections • Unexplained severe weight loss (>10% of presumed or measured body weight) • Unexplained chronic diarrhea for >1 month • Unexplained persistent fever for >1 month (>37.6°C, intermittent or constant) • Persistent oral candidiasis (thrush) • Oral hairy leukoplakia • Pulmonary tuberculosis (current)

Table 2. WHO Clinical Staging of HIV/AIDS for Adults and Adolescents

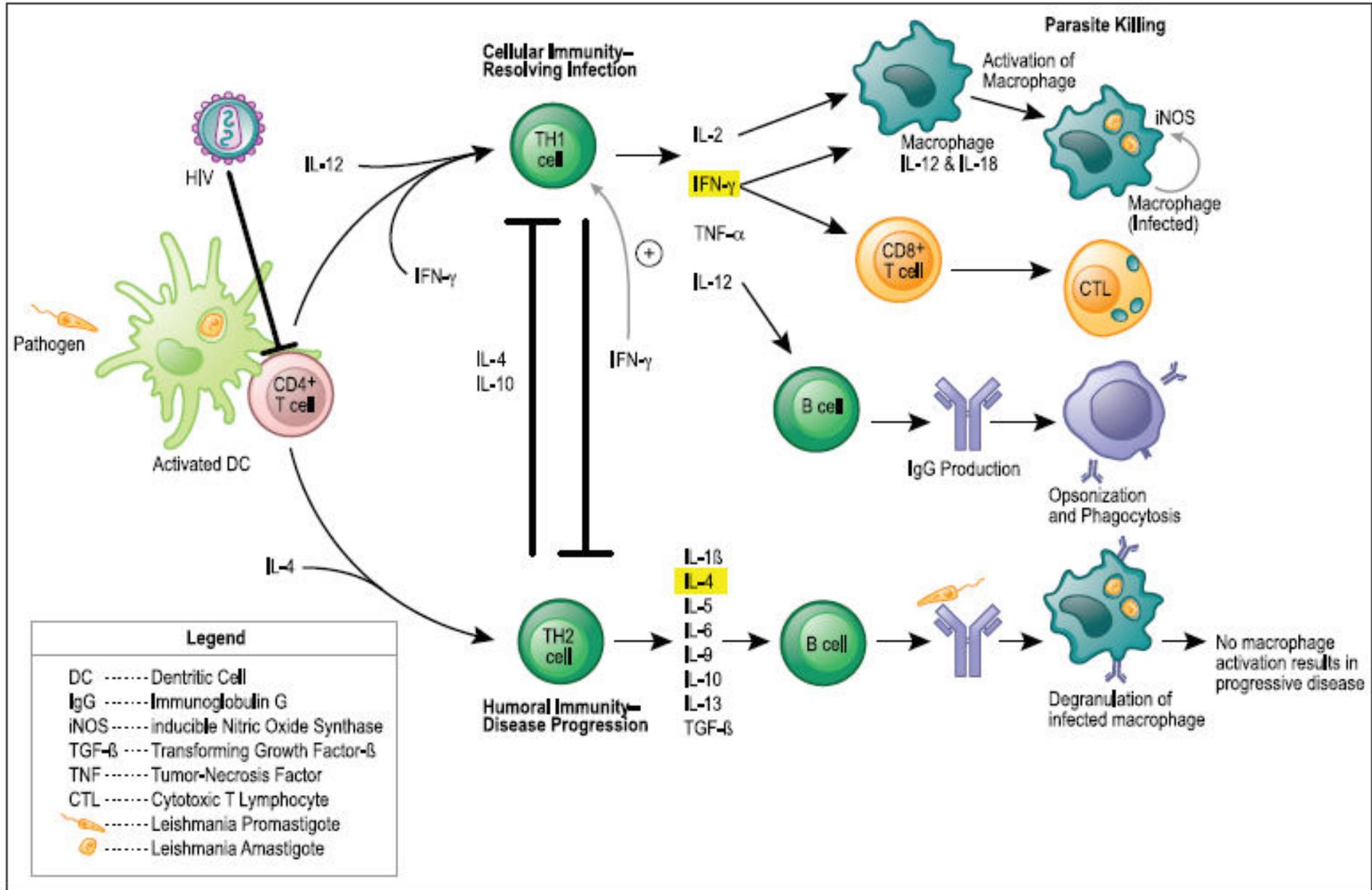
Clinical Stage 3

- Severe presumed bacterial infections (e.g., pneumonia, empyema, pyomyositis, bone or joint infection, meningitis, bacteremia)
- Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis, or periodontitis
- Unexplained anemia (hemoglobin <8 g/dL)
- Neutropenia (neutrophils <500 cells/ μ L)
- Chronic thrombocytopenia (platelets <50,000 cells/ μ L)

- HIV wasting syndrome, as defined by the CDC (see Table 1, above)
- *Pneumocystis* pneumonia
- Recurrent severe bacterial pneumonia
- Chronic herpes simplex infection (orolabial, genital, or anorectal site for >1 month or visceral herpes at any site)
- Esophageal candidiasis (or candidiasis of trachea, bronchi, or lungs)
- Extrapulmonary tuberculosis
- Kaposi sarcoma
- Cytomegalovirus infection (retinitis or infection of other organs)
- Central nervous system toxoplasmosis
- HIV encephalopathy
- Cryptococcosis, extrapulmonary (including meningitis)
- Disseminated nontuberculosis mycobacteria infection

Clinical Stage 4

- Progressive multifocal leukoencephalopathy
- Candida of the trachea, bronchi, or lungs
- Chronic cryptosporidiosis (with diarrhea)
- Chronic isosporiasis
- Disseminated mycosis (e.g., histoplasmosis, coccidioidomycosis, penicilliosis)
- Recurrent nontyphoidal *Salmonella* bacteremia
- Lymphoma (cerebral or B-cell non-Hodgkin)
- Invasive cervical carcinoma
- Atypical disseminated leishmaniasis
- Symptomatic HIV-associated nephropathy
- Symptomatic HIV-associated cardiomyopathy
- Reactivation of American trypanosomiasis (meningoencephalitis or myocarditis)





Cas clinique

Quel traitement allez vous prescrire?

A- Antimoniote de meglumine (Glucantime[®])

B- Amphotéricine B

C- Fluconazole

D- Ketoconazole

E- Cryothérapie

Cas clinique

Quel traitement allez vous prescrire?

A- Antimoniote de meglumine (Glucantime[®])

0%

B- Amphotéricine B

0%

C- Fluconazole

0%

D- Ketoconazole

0%

E- Cryothérapie

0%

Cas clinique

Quel traitement allez vous prescrire?

A- Antimoniote de meglumine (Glucantime®)

B- Amphotéricine B

C- Fluconazole

D- Ketoconazole

E- Cryothérapie

Traitement de la leishmaniose cutanée

- Le traitement d'une Leishmaniose cutanée dépend de
 - Type et caractères de la lésion
 - De l'espèce en cause
 - Du risque de dissémination
 - Du souhait du patient

Traitement de la leishmaniose cutanée

- ❑ Schématiquement, 3 attitudes peuvent être envisagées
 - Abstention thérapeutique
 - Traitement local
 - Traitement général
- ❑ Le traitement par voie générale est indiqué en cas de lésions persistantes au-delà de 6 mois, en cas de lésions multiples (> 4 lésions) ou de grandes tailles, des lésions du visage ou en regard des articulations

Traitement de la leishmaniose cutanée

□ La leishmaniose cutanée pose un problème thérapeutique chez les patients infectés par le VIH comparativement avec les patients immunocompétents:

- Échec thérapeutique plus important

(LCD répond mal au traitement par les antimonias)

- Plus grande toxicité médicamenteuse

- Quelques cas de mortalité

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)

Naomi Aronson,¹ Barbara L. Herwaldt,² Michael Libman,³ Richard Pearson,⁴ Rogelio Lopez-Velez,⁵ Peter Weina,⁶ Edgar M. Carvalho,⁷ Moshe Ephros,⁸ Selma Jeronimo,⁹ and Alan Magill¹⁰

¹Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland; ²Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; ³McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada; ⁴University of Virginia School of Medicine, Charlottesville; ⁵Ramón y Cajal University Hospital, Madrid, Spain; ⁶Walter Reed National Military Medical Center, Bethesda, Maryland; ⁷Gonçalo Moniz Research Center, FIOCRUZ, Salvador, Bahia, Brazil; ⁸Carmel Medical Center, Haifa, Israel; ⁹Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Brazil; and ¹⁰Bill and Melinda Gates Foundation, Seattle, Washington

CID 2016:63 (15 December) • Aronson et al

Table 1. Clinical Characteristics of Cutaneous Leishmaniasis That May Modify Management in North America

Simple CL	Complex CL
Caused by a <i>Leishmania</i> species unlikely to be associated with mucosal leishmaniasis	Caused by a <i>Leishmania</i> species that can be associated with increased risk for ML, particularly <i>Viannia</i> spp in the “mucosal belt” of Bolivia, Peru, and Brazil ^{a,b,c}
No mucosal involvement noted	Local subcutaneous nodules ^d
Absence of characteristics of complex CL	Large regional adenopathy ^d
Only a single or a few skin lesions	>4 skin lesions of substantial size (eg, >1 cm)
Small lesion size (diameter <1 cm)	Large individual skin lesion (diameter ≥5 cm)
Location of lesion feasible for local treatment	Size or location of lesion such that local treatment is not feasible
Nonexposed skin (ie, not cosmetically important)	Lesion on face, including ears, eyelids, or lips; fingers, toes, or other joints; or genitalia
Immunocompetent host	Immunocompromised host (especially with respect to cell-mediated immunity)
Lesion(s) resolving without prior therapy	Clinical failure of local therapy
	Unusual syndromes: leishmaniasis recidivans, diffuse CL, or disseminated CL

Traitement de la leishmaniose cutanée

- 1- Le traitement par voie générale est recommandé
 - pour les patients ayant une leishmaniose cutanée complexe
 - En cas de LCD (*L.amazonensis* et *aethiopica*) et les leishmanioses récidivantes (*L.tropica* et autres espèces)
- 2- Molécules recommandées

Table 3. Approach to Syndromic Treatment of Leishmaniasis in North America^{ab}

Syndrome	Treatment Classification	Drug/Treatment	Proprietary Name	Source	Route of Administration	Regimen	FDA Approval and Availability	Comments
Cutaneous leishmaniasis								
	Treatment of choice	There is no generally applicable treatment of choice; choice should be individualized.						For cases of CL associated with increased risk for ML, ^c the choices include miltefosine, amphotericin B formulations, and pentavalent antimonials.
	Parenteral alternatives							
CL		Amphotericin B deoxycholate	Fungizone	Bristol-Myers Squibb	IV	0.5–1.0 mg/kg per dose daily or every other day for cumulative total of approximately 15–30 mg/kg	Yes, but not for CL; off-label use	
		Pentavalent antimonials ^d						In some settings, treatment for as few as 10 d has been effective.
CL		Sodium stibogluconate	Pentostam	GlaxoSmithKline, via CDC Drug Service or USAMMDA for military healthcare beneficiaries	IV, IM (IV preferred in North America ^e)	20 mg Sb ^v /kg/day for 20 d	No; but available in the US under a CDC-sponsored IND protocol. For military healthcare beneficiaries, contact Force Health Protection Division, USAMMDA ^e	Supplied as 100 mg Sb ^v /mL. Dilute dose in D5W (~50–100 mL) for IV, ~10–30-minute infusion. Use of an in-line filter is recommended.
				via Special Access Program in Canada			In Canada, via Special Access Program	
CL		Meglumine antimoniate	Glucantime	Sanofi	IV, IM (IV preferred in North America ^e)	As per Pentostam	No; in US, would require investigator-sponsored IND protocol.	Supplied as 81 mg Sb ^v /mL. Dilute dose in D5W (~50–100 mL) for IV, ~10–30-minute infusion.
				via Special Access Program in Canada			In Canada, via Special Access Program	
CL		Liposomal amphotericin B	AmBisome	Astellas	IV	3 mg/kg/day on days 1–5 and 10 or on days 1–7 (total 18–21 mg/kg)	Yes, but not for CL; off-label use	No standard dosage regimens have been established; other regimens have been described in case reports/series from various settings.
CL		Pentamidine isethionate	Pentam 300	APP Pharmaceuticals	IV, IM (IV preferred in North America ^e)	3–4 mg/kg every other day for 3 or 4 doses	Yes, but not for CL; off-label use	<i>L. (V.) panamensis/guyanensis</i> : an alternative regimen is 2 mg/kg every other day for 7 doses.

Syndrome	Treatment Classification	Drug/Treatment	Proprietary Name	Source	Route of Administration	Regimen	FDA Approval and Availability	Comments
	Oral alternatives							
		Azoles						
CL		Fluconazole	Diflucan	Pfizer	Oral	Adults: 200 mg daily for 6 wk	Yes, but not for CL; off-label use	See XIII regarding preliminary data for therapy with higher daily doses.
CL		Ketoconazole	Nizoral	Janssen	Oral	Adults: 600 mg daily for 28 d	Yes, but not for CL; off-label use	Take with acidic drink (eg, coke or citric juice).
CL		Miltefosine	Impavido	In US: Knight Therapeutics, via Profounda, the US marketer. In Canada: via Special Access Program	Oral	FDA-approved regimen: if 30–44 kg, 50 mg bid for 28 d; if ≥45 kg, 50 mg tid for 28 d	Yes, for CL caused by <i>Viannia</i> species; off-label use for other species	Target dose is ~2.5 mg/kg/day, but doses >150 mg/day have not been studied. GI side effects may limit higher doses. See Table 4 and XXVI.

Topical alternatives								
		Paromomycin preparations						
CL		15% paromomycin and 12% MBCL ointment	Leshcutan	Approximate with compounding pharmacy	Topical	Apply bid for 10 d, rest for 10 d, and reapply bid for 10 d	The capsule formulation of paromomycin is FDA approved for other indications; use of the capsules to compound antileishmanial ointment constitutes off-label use.	Local irritation (from MBCL) may lead some patients to discontinue therapy. Higher response rates noted for infection caused by <i>L. major</i> than <i>L. tropica</i> .
CL		15% paromomycin and 0.5% gentamicin	WR 279,396	Expanded-access IND protocol; otherwise,	Topical	Apply once per day for 20 d	See above about paromomycin capsules. Treatment	Local erythema and/or mild pain are commonly noted. See section XIV for some similar
Syndrome	Treatment Classification	Drug/Treatment	Proprietary Name	Source	Route of Administration	Regimen	FDA Approval and Availability	Comments
CL		Heat therapy	ThermoMed	TTI, Thermosurgery Technologies, Inc.	Locally applied to skin	Apply under local anesthesia for 30-s doses in grid-like pattern extending 1–2 mm into surrounding normal-appearing skin. Usually one session (sometimes up to 3).	Yes, cleared for CL indication	Avoid applying over eyelids, tip of nose, lips, mucous membranes, cartilaginous structures, or superficial nerves. Use topical antibiotics for several days after the heat treatment. Keloids may be less common than with cryotherapy.
CL		Cryotherapy with liquid nitrogen		No special applicator required	Locally applied to skin	Multiple regimens, eg, freeze 15–20 s until 1–2 mm of normal circumferential skin frozen, thaw 20–60 s, and freeze again. Repeat every 3 wk for up to 3 total applications (fewer, if healed sooner).	Yes, "grandfathered in"	Increased efficacy has been noted if used in combination with 1L Sb ^V . Avoid applying over eyelids, tip of nose, lips, mucous membranes, cartilaginous structures, or superficial nerves.

LEISHMANIASIS IN IMMUNOCOMPROMISED HOSTS

XXIII. How Should HIV/AIDS-Associated Visceral Leishmaniasis Be Treated in Persons in North America, and What Other Management Issues Should Be Considered?

- ❑ Chez les patients infectés par le VIH ayant une leishmaniose cutanée ou muqueuse, un traitement systémique est recommandé et particulièrement si le taux des CD4 < 200-350 cellules/ μ l, qui sont à risque de
 - réponse thérapeutique sub-optimale
 - rechutes post-thérapeutique
 - Dissémination cutanée, muqueuse ou viscérale
- ❑ Les traitements systémiques sont les mêmes que chez l'immunocompétent

Cas clinique

- ❑ La patiente a été traitée par Amphotéricine B à la dose de 1 mg/kg/j pendant 6 semaines (15/9/2015 – 31/10/2015)
- ❑ Evolution



Cas clinique

- ❑ Début de la trithérapie ARV (Combivir et Aluvia) après avoir éliminer les autres infections opportunistes: 27/10/2015
- ❑ Le 25/11/2015
rehospitalisée pour aggravation des lésions cutanées



Cas clinique

- ❑ Le reste de l'examen physique:
 - Apyrétique
 - Hépatomégalie (FH: 17 cm)
- ❑ Biologie
 - CRP: 9 mg/l
 - NFS: 5680/ 8,5/ 338000
 - Fonction rénale et bilan hépatique: normaux
 - CD4: 34 cellules/ μ l
- ❑ Echographie abdominale: hépatomégalie hétérogène nodulaire

Cas clinique

- ❑ Ponction sternale: formule impraticable
 - PCR leishmaniose sur sang de la ponction sternale négative
- ❑ PBF: légers remaniements fibro-inflammatoires non spécifiques du foie avec stéatose macrovacuolaire
- ❑ Sérologie leishmaniose (IFI): positive à 1/640

Cas clinique

Aggravation des lésions cutanées ?

rechute ou?

Hépatomégalie hétérogène nodulaire avec
sérologie leishmaniose positive: leishmaniose
viscérale ?



Évolution des leishmanioses cutanées

- ❑ Rechutes fréquentes en cas d'immunodépression (VIH+++)

FDR:

- CD4 < 100 cellules/mm³
- une augmentation lente des CD4 sous traitement ARV
- L'absence d'une prophylaxie secondaire
- Les antécédents de rechutes

Évolution des leishmanioses cutanées

- ❑ IRIS: syndrome inflammatoire de restitution immunitaire
 - Occasionnellement, les manifestations d'une leishmaniose peuvent s'aggraver après l'introduction de la trithérapie ARV
 - Le traitement ARV doit être débuté dès que l'état du patient le permet au début ou durant le traitement anti leishmanien
 - La gestion de ce phénomène: antileishmaniens et parfois une corticothérapie

Évolution des leishmanioses cutanées

- ❑ Viscéralisation: d'une diffusion viscérale de l'infection cutanée par une leishmanie dermatrope (*L. major*), sous l'influence de l'immunodépression par le VIH
- ❑ L'atteinte de la moelle osseuse a été décrite avec *L. major* dans une observation d'un patient infecté par le VIH, malgré l'absence d'hépatosplénomégalie et de retentissement sur la formule sanguine
 - ➔ un phénomène de « viscéralisation » de l'infection

Cas clinique

- ❑ La patiente a été traitée de nouveau par Amphotéricine B à la dose de 1 mg/kg/j pendant 40 jours de traitement
- ➔ Effets secondaires: hypokaliémie sévère et insuffisance rénale
(Adaptation posologique)
- ❑ Changement de la trithérapie ARV par Atripla®
- ❑ Sérologies de la leishmaniose de contrôle: négatives
- ❑ Echographie de contrôle: hépatomégalie homogène

**J 21
traitement**



**J 40
traitement**





00

Cas clinique

Est-ce que vous proposez un traitement d'entretien ?

A- Oui

B- Non

Cas clinique

Est-ce que vous proposez un traitement d'entretien ?

A- Oui | 0%

B- Non | 0%

Cas clinique

Est-ce que vous proposez un traitement d'entretien ?

A- Oui

B- Non

Prévention des rechutes

- ❑ Des parasites résiduels peuvent être présents d'une façon indéfinie dans les macrophages
- ➔ Rechutes en cas d'immunodépression (même après des années de la première infection)
- ❑ Une prophylaxie secondaire par un anti leishmanien est indiquée en cas de leishmaniose viscérale jusqu'à avoir un taux de CD4 > 200-350 cellules/mm³ pendant plus que 6 mois
- ❑ Le traitement ARV et la prophylaxie secondaire confèrent seulement une protection partielle contre les rechutes

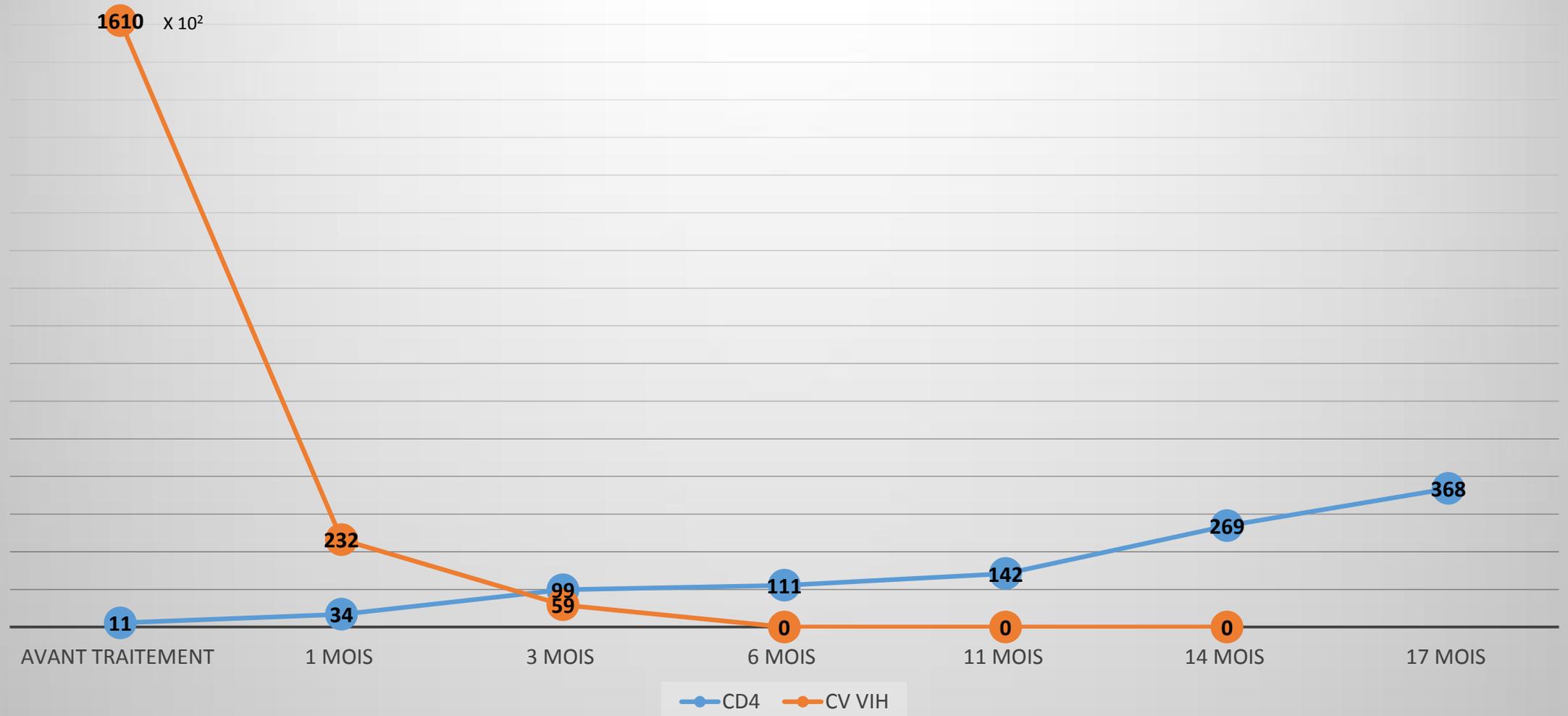
Prévention des rechutes

- ❑ Prophylaxie secondaire: pas de régime bien défini:
amphotericine B liposomale, pentamidine, antimonialae
(CID 2016:63 (15 December) • Aronson et al)
(prise en charge des PVVIH- Morlat 2013)
- ❑ Prévention des rechutes en cas de leishmaniose cutanée: pas de données

Cas clinique

- ❑ Prophylaxie secondaire: Fluconazole 400mg/j x 14 mois
- ❑ Evolution des taux de CD4 et CV VIH

Evolution CD4 et CV VIH



Cas clinique



1 mois après prophylaxie secondaire

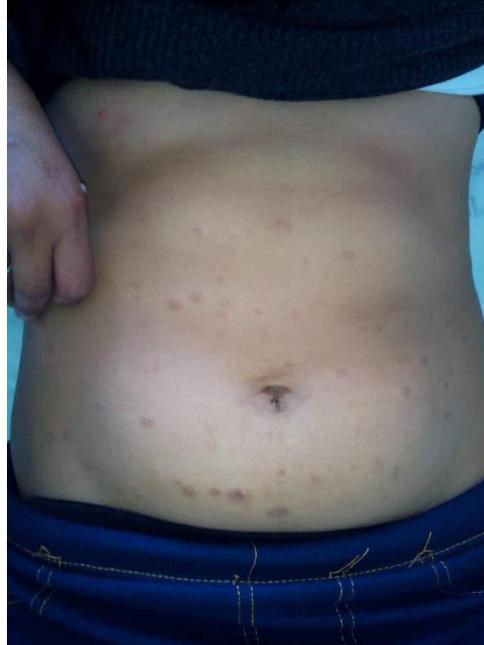
Cas clinique



4 mois après prophylaxie secondaire

Cas clinique

**A l'arrêt de la
prophylaxie secondaire**



Conclusion

- ❑ Les leishmanioses posent un problème de diagnostic et de traitement chez l'immunodéprimé
- ❑ La leishmaniose cutanée diffuse est caractérisée par son polymorphisme clinique et doit faire inciter à rechercher systématiquement une infection rétrovirale
- ❑ Les schémas thérapeutiques sont variables selon les formes cliniques et l'espèce de la leishmaniose
 - pas de consensus bien codifié
 - la prévention des rechutes n'est pas bien établie en cas de leishmaniose cutanée