

## LEISHMANIOSE VISCÉRALE À ABIDJAN À PROPOS DE 3 OBSERVATIONS

B. KOUASSI, K. HORO, V.H. ACHI, K.D.ADOUBRYN, E. S. KAKOU, B. AHUI, E. AKA-DANGUY, A.S.N'GOM, N. KOFFI, B. PADJA

*Med Trop* 2005; **65** : 602-603

**RÉSUMÉ** • Entre juin 2001 et mai 2002, soit pendant un an d'activité, nous avons enregistré sur les 528 malades hospitalisés dans le service de pneumologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody - Abidjan Côte d'Ivoire, 3 cas de leishmaniose viscérale. Les patients sont tous ivoiriens, adultes jeunes (2 femmes et 1 homme). La recherche de facteurs favorisant a permis de retrouver qu'ils avaient tous des terrains fragilisés : 1 cas de corticothérapie générale depuis plus de 2 mois ; 2 cas d'infection à VIH avec des taux de CD4 bas avoisinant 100 éléments/mm<sup>3</sup>. Les manifestations cliniques sont polymorphes dominées par une fièvre constante anarchique rebelle, une anémie, des adénopathies superficielles, une pleurésie à liquide clair. Malgré un traitement à base d'antimoniote de méglumine, 2 patients sont décédés dans les premières semaines du traitement.

**MOTS-CLÉS** • Leishmaniose viscérale - Immunosuppression - Abidjan.

### THREE CASES OF VISCERAL LEISHMANIASIS IN ABIDJAN, COTE D'IVOIRE

**ABSTRACT** • Three cases of visceral leishmaniasis were observed in a cohort of 528 patients admitted to the Department of Pulmonary Disease of the Cocody University Hospital Center in Abidjan, Côte d'Ivoire from June 2001 to May 2002. All three patients including 2 women and 1 man were young Ivorians. Assessment of predisposing factors demonstrated that all three patients had diminished immune systems resulting from long-term (2-month) steroid therapy in one patient and AIDS with low rates of CD4 T cells around 100 cells/ $\mu$ l in 2 patients. Clinical features were variable but mainly involved constant refractory fever, anaemia, lymphadenopathy and pleurisy with clear fluid. Despite treatment with meglumine antimoniate, two patients died within the first weeks.

**KEY WORDS** • Visceral leishmaniasis - Immunosuppression - Abidjan - Côte d'Ivoire

La leishmaniose est une anthroponose due à des protozoaires flagellés. L'agent appartient à la famille des trypanosomatidae et au genre *leishmania*, est transmis par la piqûre d'insecte hématophage appelé phlébotome infesté par les leishmanies. Selon leurs localisations superficielles ou profondes, on distingue 2 types de leishmaniose : la leishmaniose cutanée et la leishmaniose viscérale. Cette dernière a une expression clinique polymorphe ; elle se rencontre aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Elle apparaît préférentiellement chez les sujets dont les capacités immunitaires sont perturbées (1). Longtemps considérée comme exceptionnelle en Afrique de l'Ouest, la leishmaniose viscérale s'étend actuellement à de nouvelles régions en raison des modifications épidémiologiques (1). Bien que la prévalence de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire soit élevée, les études antérieures même autopsiques portant sur les sidéens (2), n'ont pas isolé de cas

de leishmaniose. Du fait donc de sa rareté en Côte d'Ivoire, la découverte de ces 3 cas en une année d'activité (de juin 2001 à mai 2002), mérite d'être portée à la connaissance du praticien afin d'y penser dans sa tâche quotidienne.

### OBSERVATION N° 1

Madame A. V. âgée de 37 ans, a été hospitalisée le 26 juin 2001 pour fièvre et douleur thoracique droite évoluant depuis 1 mois. Cette patiente était traitée en rhumatologie pour une douleur articulaire du genou par une corticothérapie locale et générale depuis plus de 2 mois. A l'examen physique, elle présentait une fièvre à 39-40°C, des adénopathies cervicales et une pleurésie de grande abondance à liquide sérohématique exsudatif, avec 1080 éléments/mm<sup>3</sup> à prédominance lymphocytaire (78%). Aucun agent pathogène n'a été isolé. La biopsie pleurale n'a pas été contributive. L'intradermoréaction à la tuberculine était négative. A l'hémogramme était notée une anémie normochrome et normocytaire. Ces différents arguments (pleurésie lymphocytaire, poly-adénopathie, fièvre, ...) ont fait suspecter initialement une tuberculose multifocale. Un traitement antituberculeux a été alors instauré pendant 3 semaines. Devant la persistance des symptômes, un adénogramme des ganglions cervicaux était réalisé le 10 juillet et permettait d'objectiver la présence de formations leishmanioïdes typiques. La sérologie VIH est revenue négative. Un traitement spécifique à base de glucantine® à dose progressivement croissante était instauré en association à un traitement

• Travail du Service de pneumologie (B.K., Assistant chef de clinique en pneumologie ; K.H., Assistant chef de clinique en pneumologie ; V.H.A., Maître assistant en pneumologie ; E.A.-D., Professeur de pneumologie, Chef de service ; E.S.K., Médecin généraliste ; B.A., Interne des hôpitaux en pneumologie ; A.S.N'G., Professeur de pneumologie ; N.K., Professeur de pneumologie, Chef de service adjoint), CHU de Cocody, Abidjan, du Service de parasitologie (K.D.A., Maître assistant en parasitologie), CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire et du Service d'immuno-hématologie (B.P., Médecin biologiste au CHU de Cocody) CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire BP V 13 Abidjan

• Correspondance : KOUASSI Boko A, 22 BP 1105, Abidjan 22, Côte d'Ivoire.

• Courriel : bokokouassi@hotmail.com •

• Article reçu le 17/08/2004, définitivement accepté le 22/12/2005.

symptomatique. Le décès est survenu le 16 juillet 2001 dans un tableau de collapsus cardiovasculaire.

### OBSERVATION N° 2

Mademoiselle D. S. âgée de 26 ans, étudiante, a été hospitalisée le 11 septembre 2001 pour fièvre évoluant depuis environ 2 semaines. Dans ces antécédents, on notait une diarrhée à répétition et une ulcération génitale herpétiforme en 2001. A l'admission, l'examen a objectivé une altération de l'état général, une fièvre à 38°C, une hépatomégalie modérée, des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales d'environ 3 cm de diamètre. La recherche de BAAR dans les crachats était négative de même que l'intradermoréaction à la tuberculine. L'hémogramme montrait une anémie hypochrome microcytaire. L'adénoGramme réalisé le 17 septembre 2001 renfermait quelques formations leishmanioïdes. La sérologie VIH était positive avec un taux de CD4 égal à 96,6 éléments/mm<sup>3</sup>. La patiente était alors mise sous un traitement spécifique à base de glucantime® à doses progressivement croissantes, sous trithérapie anti-rétrovirale et sous traitement symptomatique. L'évolution a été favorable avec une très bonne tolérance médicamenteuse.

### OBSERVATION N° 3

Monsieur Z. G. âgé de 33 ans, sapeur-pompier militaire, était hospitalisé le 25 mars 2002 pour une douleur thoracique et une fièvre évoluant depuis 3 mois. Dans ces antécédents, on a noté une notion de contagé tuberculeux, une fièvre intermittente et une toux à répétition depuis plus d'un an. A l'admission, l'examen clinique a objectivé un état général altéré, une fièvre à 39,2°C, une pleurésie droite de moyenne abondance dont la ponction ramenait un liquide citrin. Ce liquide était un exsudat contenant 1 600 éléments/mm<sup>3</sup>, essentiellement lymphocytaire (90%). La recherche d'agents pathogènes (bacille de Koch, bactéries usuels et parasites) était négative. La biopsie pleurale n'a pas été contributive. La sérologie VIH est revenue positive avec un taux de CD4 égal à 113 éléments/mm<sup>3</sup>. Au vu de ces arguments à savoir : la notion de contagé, fièvre, pleurésie lymphocytaire sur terrain VIH. Monsieur Z. G. était traité comme une tuberculose pleurale et a bénéficié de ponctions pleurales évacuatrices répétées qui se sont avérées inefficaces. Le scanner thoracique a confirmé la présence d'un épanchement de grande abondance avec un collapsus aéré en regard de cet épanchement. La symptomatologie s'est ensuite enrichie par l'apparition de nodules sous-cutanés diffus dont la cyto-ponction conclut à des formations leishmanioïdes. Le malade est décédé 2 jours après le début du traitement spécifique par glucantime® dans un tableau de détresse respiratoire et de collapsus cardio-vasculaire.

### DISCUSSION

Bien que certains foyers de leishmaniose aient été décrits en Afrique de l'Ouest (Niger, Burkina Faso, Sénégal) (1), les cas documentés en Côte d'Ivoire restent exceptionnels même chez les malades infectés par le VIH (2) : Heroin a rapporté un cas de leishmaniose cutanée en 1967 (3). Cette rareté des cas publiés pourrait s'expliquer soit par le fait que les

démarches diagnostiques ne sont pas faites dans ce sens, soit par le fait que la leishmaniose s'étend de nouvelles régions avec l'infection à VIH. En effet, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la leishmaniose surtout dans sa forme viscérale est de plus en plus fréquente sur les terrains fragilisés (4). Les trois cas présentés sont effectivement survenus sur des terrains fragilisés (2 cas de VIH positifs et 1 cas de corticothérapie de longue durée). L'infection à VIH est reconnue comme une cause favorisante de cette parasitose (4, 5). Elle survient le plus souvent lorsque le déficit immunitaire devient profond avec un taux de CD4 inférieur à 50 éléments/mm<sup>3</sup> (1, 5). Bien que les taux de CD4 soient bas dans notre série, ils sont cependant supérieurs à ce seuil décrit dans la littérature (1).

Ces manifestations cliniques diverses et sans aucune spécificité de la leishmaniose viscérale expliquent le retard et les difficultés de diagnostic ce qui met en jeu le pronostic vital du malade. Il ressort de la littérature que le pronostic de la leishmaniose viscérale est souvent favorable (6). Plusieurs facteurs de gravité sont incriminés : le retard de diagnostic, le retard thérapeutique, le déficit immunitaire engendré par le VIH, les associations. Le rôle conjugué de ces différents facteurs est manifestement à l'origine des décès rapides des patients n° 1 et 3.

### CONCLUSION

La leishmaniose connaît dans le monde un regain d'intérêt du fait de l'extension de la maladie à des régions jusque là indemnes et à l'augmentation importante des cas dans des foyers déjà connus. L'infection à VIH, avec son cortège d'affections opportunistes constitue une des principales causes associées. La leishmaniose viscérale peut cependant survenir chez des sujets ayant d'autres facteurs évidents d'immuno-dépression que le VIH comme dans une des trois observations. Il importe donc de rechercher devant tout cas de leishmaniose viscérale, une notion de séjour en zone d'endémie, une infection à VIH sous-jacente, et systématiquement une immuno-dépression qui serait due à une autre cause que le VIH.

### RÉFÉRENCES

- 1 - DJIDINGAR D, CHIPPAUX JP, GRAGNIC G *et Coll* - La leishmaniose viscérale au Niger : six nouveaux cas confirmés parasitologiquement. *Bull Soc Pathol Exot* 1997 ; **90** : 27-29
- 2 - DOMOUA K, N'DHATZ M, COULIBALY G *et Coll* - Données fournies par l'autopsie de 70 sujets décédés de sida en milieu pneumologique ivoirien : impact de la tuberculose. *Med Trop* 1995 ; **55** : 252-254.
- 3 - HEROIN P, ORIO L - Première observation de leishmaniose cutanée en Côte-d'Ivoire. *Rev Med* 1967 ; **3** : 82.
- 4 - DESJEUX P, PIOT B, O'NEILL K, MEERT JP - Co-infections à leishmanie / VIH dans le Sud de l'Europe. *Med Trop* 2001 ; **61** : 187-193.
- 5 - KUBAR J, MARTY P, LELIEVRE A - Visceral leishmaniasis in HIV positive patients: primary infection, reactivation and impact of CD4 + T-lymphocyte counts. *AIDS* 1998 ; **12** : 2147-2153.
- 6 - AOUN K, BOURATBINE A, HARRAT Z. - Confirmation de la présence de *Leishmania infantum* MON-80 en Tunisie. *Bull Soc Pathol Exot* 2000 ; **93** : 101-103.