

## LA LEISHMANIOSE CUTANÉE DE L'ENFANT EN TUNISIE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 60 CAS

S. FENNICHE, A. SOUISSI, R. BENMOUSLY, S. BEN JANNET, H. MARRAK, I. MOKHTAR

*Med Trop* 2006; **66** : 456-460

**RÉSUMÉ** • La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie parasitaire qui constitue un véritable problème de santé publique dans plusieurs pays dont la Tunisie. Le but de cette étude est de déterminer les particularités de la leishmaniose cutanée de l'enfant dans un centre hospitalo-universitaire à Tunis. Il s'agit d'une étude rétrospective de tous les cas de LC de l'enfant, observés au service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur durant 23 ans. Soixante enfants étaient colligés. L'âge moyen était de 9,2 ans et le sex-ratio H/F de 0,93. Tous les patients habitaient ou avaient séjourné en zone d'endémie. Une prépondérance automnale était notée (41,6 %). L'aspect clinique le plus fréquent était celui de nodule ulcéro-croûteux (53,3 %), unique (63,3 %) et siégeant à la face (65 %). Le diagnostic était évoqué cliniquement et confirmé par l'examen parasitologique direct (56,6 %) ou à l'examen histologique (35 %). Le Glucantime® représentait le traitement de choix, utilisé par voie intralésionnelle (70 %) ou intramusculaire. L'évolution était favorable dans tous les cas dans un délai variable de 2 semaines à 6 mois. Des séquelles étaient notées dans 9 cas (18 %) : cicatrices résiduelles pigmentées (7 cas) ou atrophiques (2 cas). La leishmaniose cutanée est relativement fréquente chez l'enfant en particulier au cours de la deuxième décennie. Elle est caractérisée par son évolution habituellement favorable et l'absence de particularités cliniques par rapport à l'adulte. L'abstention thérapeutique, quand elle trouve son indication, est recommandée de manière plus large chez l'enfant vu le caractère contraignant du traitement.

**MOTS-CLÉS** • Leishmaniose cutanée - Épidémiologie - Enfant - Tunisie.

### CHILDHOOD CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN TUNISIA: RETROSPECTIVE STUDY OF 60 CASES

**ABSTRACT** • Cutaneous leishmaniasis (CL) is a widespread parasitic disease that represents a major public health problem in several countries including Tunisia. The aim of this study was to determine the characteristics of childhood CL in a university hospital center in Tunis. The files of all children treated for CL in the Dermatology Department of Habib Thameur Hospital over a 23-year period were reviewed. A total of 60 children were included. The mean age was 9,2 years and the sex ratio was 0,93. All patients lived or had stayed in an endemic area. Infectious risk was highest in autumn (41,6%). The most frequent clinical finding consisted of crusted nodules (53,3%) that were most often the only manifestation (63,3%) and usually located on the face (65%). Clinical diagnosis was confirmed by either peripheral blood smear (56,6%) or histological examination (35%). The treatment of choice was Glucantime® administered by the intralesional route in 70% of patients or by intramuscular route in 30%. The outcome was favorable in all cases within 2 weeks to 6 months. Sequels were noted in 9 cases (18%) in the form of pigmented (7 cases) or atrophic (2 cases) residual scars. The frequency of childhood CL is relatively high especially during the second decade of life. Childhood CL is characterized by a generally favorable outcome and lack of distinguishing clinical characteristics from adult CL. If possible, therapeutic abstention is more widely in the children due to the high risk of adverse reactions.

**KEY WORDS** • Cutaneous leishmaniasis - Epidemiology - Child - Tunisia.

La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie parasitaire largement répandue à la surface du globe et constitue un véritable problème de santé publique dans certains pays. En Tunisie, elle sévit sous forme sporadique ou endémique et touche aussi bien l'adulte que l'enfant.

Dans le but de déterminer les particularités propres de la LC de l'enfant, nous avons réalisé une étude rétrospective dans un centre hospitalo-universitaire de la région du grand Tunis.

### PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude monocentrique et rétrospective de tous les cas de LC de l'enfant, observés au service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur de Tunis entre 1982 et 2004. Le diagnostic de LC a été retenu sur un ensemble d'arguments épidémiologiques, sur la positivité de l'examen parasitologique direct et/ou un aspect histopathologique évocateur.

• Travail du Service de dermatologie (S.F., Assistant hospitalo-universitaire; A.S., Médecin spécialiste en dermatologie; R.B., Assistante hospitalo-universitaire; S.B.J., Médecin spécialiste en dermatologie; H.M., Médecin spécialiste en dermatologie; I.M., Professeur, Chef de service), Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

• Correspondance : A. SOUISSI, 52, Rue Abou El kacem Ecchebi, Montfleury, 1008, Tunis, Tunisie • Fax : +216 71 628 477.

• Courriel : abauleth@hotmail.com

• Article reçu le 30/05/2006, définitivement accepté le 25/09/2006.

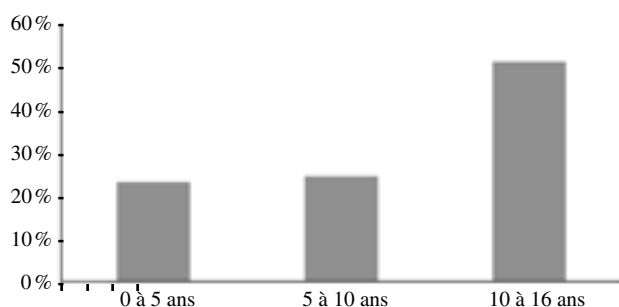


Figure 1 - Répartition des malades selon l'âge.

Nous avons précisé, dans chaque cas : l'âge, le sexe, l'origine géographique, la notion de séjour dans une zone endémique, les antécédents personnels ou familiaux de LC, la clinique ainsi que les différentes modalités thérapeutiques et évolutives.

## RÉSULTATS

Soixante enfants ont été colligés sur une période de 23 ans se répartissant en 31 filles et 29 garçons, soit un sex-ratio de 0,93. L'âge moyen était de 9,2 ans (8 mois à 16 ans). La distribution des patients selon l'âge est représentée sur la figure 1.

La plupart des patients avaient consulté en automne (41,6%) et en hiver (25%). Tous les patients habitaient ou avaient séjourné dans une zone d'endémie au Nord (65%) ou au centre du pays (35%).

Des antécédents familiaux de LC évolutive ou guérie étaient retrouvés dans 7 cas (10,1%). Il n'existait pas d'antécédent personnel de leishmaniose viscérale ou cutanée. Le délai moyen entre l'apparition des lésions et la première consultation était de 5 mois (15 jours à 3 ans). Les lésions étaient uniques dans 63,3% des cas et multiples (> 3 lésions) avec un maximum de 7 lésions dans 36,7% des cas (Fig. 2). Les lésions siégeaient au visage dans 39 cas (65%) avec une atteinte élective des joues (16 patients soit 26,6%) et aux membres dans 35 cas (58,3%). Une atteinte de la muqueuse labiale était notée dans 3 cas (Tableau I).

La taille des lésions était précisée dans 32 cas (53,3%). Elle était inférieure à 2 cm, dans la majorité des cas (19 cas soit 59,3%). Des lésions de grande taille (supérieure à 5 cm) étaient notées dans 3 cas (9,3%). Quatre aspects cliniques étaient rencontrés : la forme papulo-nodulaire (53,3%) (Fig. 3), en plaque ou placard érythémato-croûteux



Figure 2 - Lésions cutanées multiples du visage et du membre supérieur.

ou squameux (16,6%) (Fig. 4), furonculoïde (3,3%) (Fig. 5) et lupoiïde (1,6%).

Le diagnostic de LC a été évoqué cliniquement dans 56 cas. Un examen parasitologique direct a été pratiqué dans tous les cas et a permis la confirmation du diagnostic dans 35 cas mettant en évidence le parasite dans sa forme amastigote en intra ou en extra-macrophagique (Fig. 6). Dans les 21 cas restants, l'examen histologique a permis de confirmer le diagnostic en montrant un aspect évocateur à type d'infiltrat inflammatoire dermique polymorphe noté dans 14 cas et adoptant une disposition tuberculoïde dans 7 cas. Des corps de Leishman étaient retrouvés dans 11 cas (52,3%).

Dans 4 cas, l'aspect clinique était trompeur à type de plaque érythémato-squameuse faisant évoquer un psoriasis de l'enfant.

Sur le plan thérapeutique, 42 enfants (70%) ont été traités par le Glucantime® (antimoniote de meglumine) par voie intralésionnelle à raison d'une injection toutes les 2 semaines pendant une période moyenne de 7 semaines (2 à 12 semaines). Le Glucantime® par voie intramusculaire (60 mg/kg/j) a été préconisé en première intention chez 18 patients. Il s'agissait d'une localisation muqueuse dans 3 cas, de lésions multiples dans 6 cas et de localisations par-

Tableau I - Répartition des malades selon le siège des lésions.

Siège	Joue	Front	Nez	Paupière	Menton	Péri-oculaire	Demi-Muqueuse	Membres supérieurs	Membres inférieurs
Nombre	16	7	10	2	3	2	3	15	20
Pourcentage	26,6	11,6	16,6	3,3	5	3,3	5	25	33,3



Figure 3 - Nodule ulcéro-croûteux de la joue.

ticulières du visage (nez, paupière et front) dans 9 cas. Le traitement par voie générale était prescrit dans un cas après échec du traitement local.

L'évolution était favorable dans tous les cas avec une désinfiltration nette des lésions dans un délai variable de 2 semaines à 6 mois. Parmi les 60 patients, seuls 9 enfants ont été revus après la fin du traitement (suivi moyen de 4 mois).



Figure 4 - Plaque papuleuse érythémato-squameuse de la joue.

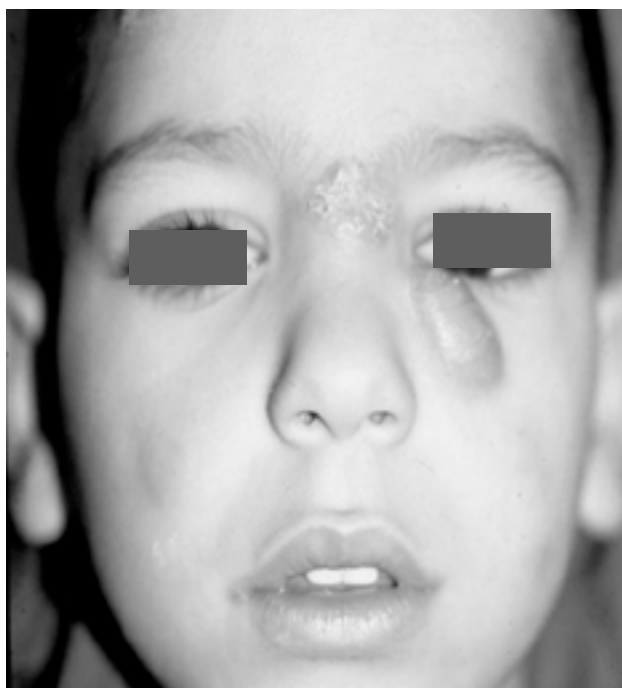


Figure 5 - Lésions furonculoïdes du visage.

Des séquelles étaient notées dans 9 cas (18 %) : cicatrices résiduelles pigmentées (7 cas) ou atrophiques (2 cas).

#### DISCUSSION

La LC est une maladie parasitaire largement répandue à la surface du globe, sévissant actuellement sur le mode endémique dans plus de 88 pays aussi bien dans le nouveau que l'ancien monde. Sa prévalence globale a été estimée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à 12 millions de cas pour une population exposée de 350 millions soit une incidence annuelle mondiale de 1 à 1,5 millions de cas (1).

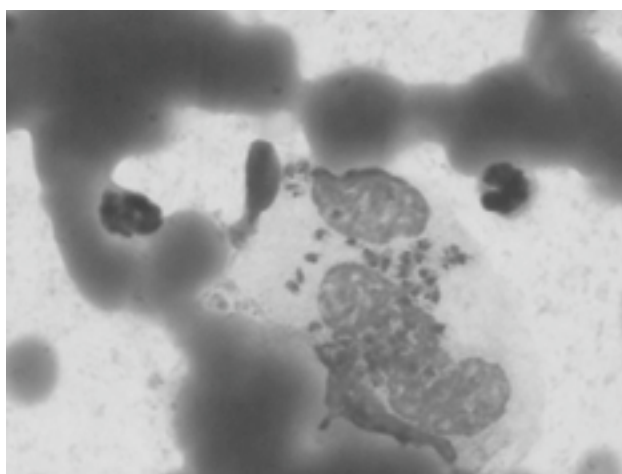


Figure 6 - Frottis dermique coloré au May-Grünwald-Giemsa : présence de corps de Leishman intra ou en extra-macrophagique.



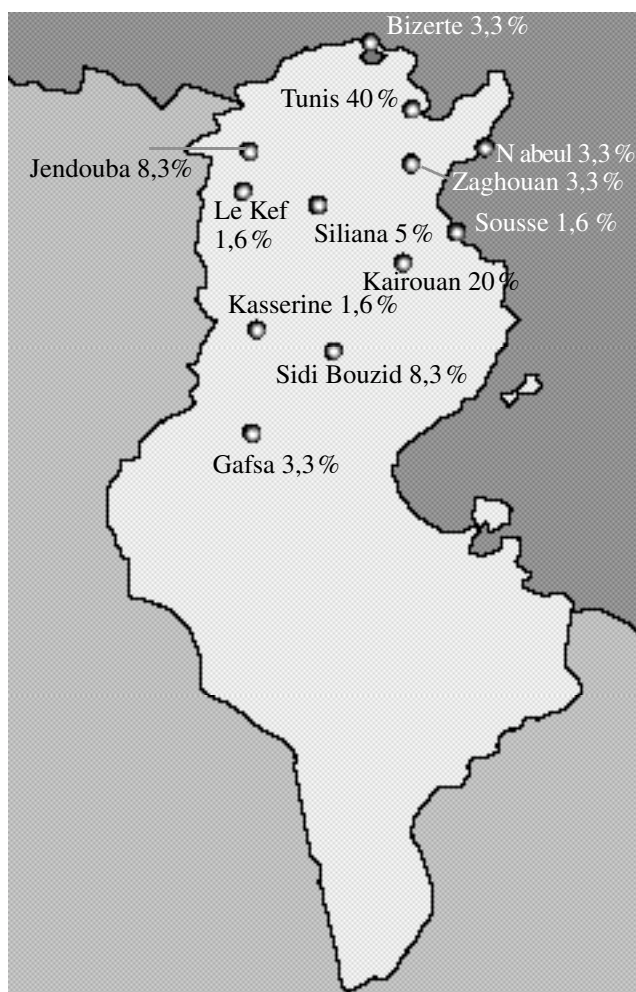


Figure 7 - Répartition géographique des patients.

En Tunisie, la LC est en nette recrudescence sur tout le territoire où elle sévit sous trois formes noso-géographiques distinctes : la LC sporadique retrouvée au nord du pays, provoquée par *Leishmania infantum*, la LC zoonotique endémo-épidémique au centre et au sud due à *Leishmania major* et la LC chronique évoluant en micro-foyers au sud-est du pays due à *Leishmania tropica* (2-4). Dans notre série, la LC de l'enfant représente 25 % de tous les cas de LC, tout âge confondu, avec une fréquence estimée à 0,43/1 000 consultants soit 2,6 cas/an. Cette fréquence semble moins élevée que celle signalée antérieurement dans une étude comparable réalisée par Kharfi *et Coll* (6) rapportant une incidence hospitalière annuelle de 11,7 cas. La plupart de nos patients proviennent du nord du pays (65 %) et en particulier de Jendouba, de Tunis et de sa ceinture rurale et de Siliana, en raison de la situation géographique de notre hôpital (Fig. 7). Nous relevons également la prédominance des formes sporadiques comme signalé dans des études antérieures (2, 3, 6). Comme constaté dans notre étude, la transmission de la LC possède un caractère saisonnier en particulier automno-hivernal étroitement lié aux vecteurs et aux réservoirs et principalement en rapport avec les conditions climatiques (7).

La LC touche tous les âges et l'enfant peut être exposé à la maladie dès les premiers mois de vie (8-10). Nous relevons une atteinte prédominante des enfants d'âge scolaire et en particulier ceux âgés de plus de dix ans (51,6 % des cas).

La distribution de la LC selon le sexe est diversement appréciée dans la littérature. Il ne semble toutefois pas exister de différence significative dans notre série ainsi que dans les autres séries tunisiennes (3, 4, 6).

Les délais tardifs de consultation dans la majorité des cas témoignent du caractère lentement insidieux, indolent et bénin des lésions.

Cliniquement, la LC de l'enfant comme celle de l'adulte, est caractérisée par un grand polymorphisme. Cette variabilité dans les formes cliniques est liée à la fois à l'espèce de leishmanie en cause, au type de réponse immunitaire de l'hôte et à certains facteurs géographiques et environnementaux. Dans notre série, l'aspect clinique de nodule ulcéro-croûteux était largement prédominant (53,3 %) et les lésions étaient le plus souvent uniques et de petite taille siégeant aux zones découvertes avec une atteinte élective du visage (65 %).

Dans un contexte d'endémie, le diagnostic est facilement évoqué sur l'aspect clinique et généralement confirmé par l'examen parasitologique. Cet examen a été pratiqué chez 93,3 % de nos patients et a permis de confirmer le diagnostic dans 62,5 % des cas.

Bien qu'invasive et douloureuse chez l'enfant, la biopsie cutanée est parfois nécessaire en cas de négativité de l'examen direct ou de doute diagnostique (11).

En effet plusieurs diagnostics différentiels peuvent être discutés devant une LC de l'enfant : piqûres d'insecte, furoncles, impétigo, prurigo, psoriasis, sarcoïdose...

Sur le plan thérapeutique, l'abstention peut être envisagée en cas de lésions peu gênantes, de petite taille et dont l'évolution rapidement favorable est prévisible (12,13).

Dans notre série, tous nos patients ont reçu un traitement spécifique afin de réduire le risque de séquelles et d'accélérer la résolution des lésions.

Plusieurs alternatives sont en effet proposés, par voie topique (antimoniote de meglumine par voie intralésionnelle, cryothérapie, laser CO<sub>2</sub>) ou systémique (antimoniote de meglumine, fluconazole, metronidazole...), dans le traitement des LC de l'ancien Monde (14).

L'antimoniote de meglumine par voie intralésionnelle représente le traitement de référence dans notre étude. Il n'existe toutefois pas de consensus bien établi quant aux modalités du traitement. Le protocole adopté dans notre série est un parmi les moins contraignants chez l'enfant.

Le traitement parentéral par antimoniote de meglumine a été prescrit en cas de résistance au traitement local, de multiplicité des lésions (plus de 5) ou de proximité du cartilage. Nos patients ont reçu 60 mg/kg/jour sans effets secondaires. L'emploi de doses plus faibles (30 mg/kg/jour) est recommandé par certains auteurs, chez l'enfant, afin de réduire le risque d'effets secondaires cardiaques (15).

Le traitement préventif collectif visant à lutter contre les phlébotomes et à détruire les réservoirs du parasite est également primordial mais semble difficile étant donné les risques de bouleversements écologiques et dans

certaines formes de LC dont le cycle parasitaire reste imparfaitement élucidé (12, 16).

En conclusion, la LC est une affection relativement fréquente chez l'enfant en particulier au cours de la deuxième décennie. Elle se distingue par son caractère bénin, son évolution habituellement favorable et l'absence de particularités cliniques par rapport à la LC de l'adulte. L'abstention thérapeutique, quand elle trouve son indication, est recommandée de manière plus large chez l'enfant en raison du caractère contraignant du traitement.

## RÉFÉRENCES

- 1 - DESJEUX P - Leishmaniasis. Public health aspects and control. *Clin Dermatol* 1996 ; **14** : 417-23.
- 2 - CHAFFAI M, BEN RACHID S, BEN ISMAIL R *et Coll* - Formes clinico-épidémiologiques des leishmanioses cutanées en Tunisie. *Ann Dermatol Venereol* 1988 ; **115** : 1255-60.
- 3 - BELHADJ S, DJAIET-BARAKET Z, JEMLI B, BENOSMAN A *et Coll* - Leishmanioses viscérales et cutanées du nord.- Etude rétroactive des cas diagnostiqués à l'hôpital La Rabta de Tunis. *Bull Soc Pathol Exot* 1996 ; **89** : 269-73.
- 4 - AOUN K, BOURATBINEA, HARRAT Z - Données épidémiologiques et parasitologiques concernant la leishmaniose cutanée sporadique du nord tunisien. *Bull Soc Pathol Exot* 2000 ; **93** : 101-3.
- 5 - GARBI MR, BEN SAIDA A - Leishmanioses cutanées. *Med Hyg* 1986 ; **44** : 745-54.
- 6 - KHARFI M, BENMOUSLY R, EL FEKIH N *et Coll* - Childhood leishmaniasis: Report of 106 cases. *Dermatol Online J* 2004 ; **10** : 6.
- 7 - UZUN S, ULULAR C., YUCEL A *et Coll* - Cutaneous leishmaniasis evaluation of 3074 cases in the Cukurova region of Turkey. *Br J Dermatol* 1999 ; **140** : 347-50.
- 8 - AOUN K, CHETOUI A, RHAJEM A, GHRAJ J *et Coll* - Early cutaneous leishmaniasis in a 7-day-old newborn. *Med Trop* 2005 ; **65** : 394-5.
- 9 - LE PONT F, BAYAZIT Y, KONYAR M, DEMIRHINDI H - Leishmaniose cutanée dans le foyer urbain de Sanliurfa (Turquie). *Bull Soc Pathol Exot* 1996 ; **89** : 274-5.
- 10 - DI ROCCO M, VIGNOLA S, BORRONE C *et Coll* - Cutaneous leishmaniasis in a 6-month-old girl. *J Pediatr* 1998 ; **132** : 748.
- 11 - GREVELINK S A, LERNER EA - Leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol* 1996 ; **34** : 257-72.
- 12 - MARKLE WH, MAKHOUL K - Cutaneous leishmaniasis recognition and treatment. *Am Fam Physician* 2005 ; **71** : 663-4.
- 13 - AYTEKIN S, ERTEM M, YAGDIRAN O, AYTEKIN N - Clinico-epidemiologic study of cutaneous leishmaniasis in Diyarbakir Turkey. *Dermatol Online J* 2006 ; **12** : 14.
- 14 - MINODIER P, NOEL G, BLANC P *et Coll* - Management of cutaneous leishmaniasis in adults and children. *Med Trop* 2005 ; **65** : 487-95.
- 15 - SELIM MM, VLASIN Z, JAROSKOVA L - Leishmaniasis. Currently recommended treatment. *Int J Dermatol* 1990 ; **29** : 318-21.
- 16 - MOSKOWITZ PF, KURBAN AK - Treatment of cutaneous leishmaniasis. Retrospectives and advances for the 21<sup>st</sup> Century. *Clin Dermatol* 1999 ; **17** : 305-15.

## Où l'on reparle du Chikungunya

Dans son bulletin du 14 octobre dernier, ProMED-mail post ([www.promedmail.org](http://www.promedmail.org)) nous livre un résumé mis à jour de la situation de l'épidémie de Chikungunya à La Réunion. Ce message a été rédigé par le Dr. Flahault qui dirige à Paris (Hôpital Tenon, AP-HP) la cellule de recherche sur la dengue et le chikungunya. Le Dr. Flahault est directeur du centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance électronique des maladies.

De mars 2005 à la fin septembre 2006, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS, Paris, France) a estimé à 266 000 le nombre de cas de chikungunya survenus à La Réunion (France) sur 760 000 habitants. Deux cent soixante treize (273) cas graves (mettant immédiatement en jeu le pronostic vital) ont été rapportés parmi tous les cas, chez des patients âgés de plus de 10 jours (59 % avaient plus de 65 ans). Le chikungunya a été confirmé parmi 246 cas graves ; 101 patients présentaient des co-morbidités et 27 % des cas confirmés sont décédés. De plus, 44 cas de transmission mère-enfant ont été rapportés et parmi eux 40 ont été confirmés (un cas est décédé).

A ce jour, parmi les 248 certificats de décès, le virus chikungunya a été rapporté comme cause directe ou indirecte du décès avec un âge médian de 79 ans, un rang de 0 à 102 ans et un sex-ratio (H/F) de 0,95. L'InVS, en collaboration avec l'Inserm a aussi rapporté (au 6 juin 2006) un excès significatif de mortalité (toutes causes confondues) durant l'épidémie principale qui est survenue de décembre 2005 (plus 10 %) à avril 2006 (10,1 %) avec un pic de surmortalité apparu en février 2006 (plus 34,4 %) concomitamment au pic d'incidence.

Jean-Marie Milleliri