

La leishmaniose cutanée est une grande simulatrice... la tuberculose l'est aussi !

Hanane Bay Bay¹, Ihssan Souaf², Mounia Rimani³, Kaoutar Moustaid¹, Sara Elloudi¹, Zakia Douhi¹, Fatima Zahra Memissi¹

¹ Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc
<hananebaybay@gmail.com>

² Laboratoire d'anatomopathologie Yossr, Fès, Maroc

³ Laboratoire d'anatomopathologie Hassan, Rabat, Maroc

Une petite fille de 5 ans se présente avec une plaque érythémateuse surmontée d'une croûte hémorragique au visage. La clinique, la dermoscopie et l'histologie indiquent une leishmaniose. Le traitement de référence, à base de glucantime, amène une amélioration suivie d'une aggravation. Une association de tuberculose est suspectée, sans élément microbiologique (PCR négative pour *Leishmania* et bacille de Koch). Un traitement par rifampicine, isoniazide et pyrazinamide amène une guérison sans rechute à un an.

Mots clés : leishmaniose cutanée, tuberculose cutanée, endémie, dermoscopie, PCR

Une plaque ulcérocroûteuse au niveau d'une zone découverte, telle que le visage, chez un enfant vivant au Maroc fait suspecter en premier une leishmaniose cutanée. La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic. L'histologie le confirme. Le traitement par glucantime permet la régression dans la plupart des cas. Nous rapportons un cas déroutant chez une fillette, responsable d'un retard de prise en charge de un an à cause de l'association d'une tuberculose cutanée et d'une leishmaniose cutanées sur une même lésion du visage chez un enfant.

Observation

Il s'agit d'une petite fille de 5 ans, habitant la région rurale du nord-ouest du Maroc, avec pour antécédent familial un mal de Pott traité chez sa sœur. L'enfant et sa mère rapportent une piqûre d'insecte au niveau de la racine du nez, suivie de l'apparition d'une papule érythémateuse augmentant progressivement de

taille depuis huit mois, devenant prurigineuse et ne régressant pas sous traitement antibiotique. L'examen clinique objectivait une plaque érythémateuse surmontée d'une croûte hémorragique de 5 cm s'étendant de la racine du nez jusqu'au cantus interne de l'œil gauche (figure 1). La dermoscopie montrait un aspect lipoïdique avec présence de croûtes, une vascularisation à type de vaisseaux en épingles à cheveux avec un aspect en larmes (figure 2). L'ensemble des signes évoquaient une dermatose granulomateuse type leishmaniose cutanée. Le frottis cutané à la recherche de corps de *Leishmania* était négatif. Une biopsie cutanée était effectuée en évoquant principalement une granulomatose type leishmaniose cutanée, une tuberculose type lupus vulgaire ou une sarcoïdose. L'histologie cutanée avait montré un épiderme hyperplasique surmonté d'une orthokératose ou une exocytose intraépidermique à polynucléaires neutrophiles. Le derme abrite un infiltrat inflammatoire polymorphe diffus, dense et lichénoïde, fait de lymphocytes, de



Tirés à part : H. Bay Bay

doi : 10.1684/met.2019.0768



Figure 1. Plaque érythématoviolacée, surmontée de squames et de croûtes hémorragiques, de 5 cm, s'étendant de la racine du nez jusqu'au cantus interne de l'œil gauche.

plasmocytes, de polynucléaires et de nombreux histiocytes dont certaines renferment de multiples parasites basophiles arrondis ou ovalaires correspondant aux corps de *Leishmania*, ce que confirme par la coloration Giemsa (figure 3). L'enfant est hospitalisée pour bilan. L'examen ophtalmologique montre une infiltration du canal lacrymal. Un traitement est démarré : antimoniate de méglumine glucantime 60 mg/kg/j en IM pendant deux mois et chlortétracycline 3 % en pommade en application locale. L'évolution est marquée par une amélioration partielle, suivie d'une aggravation. Une deuxième hospitalisation est pratiquée, pour commencer un traitement à base d'antimoniate de méglumine glucantime 75 mg/kg/j en IM pendant deux mois, associé à la clarithromycine 15 mg/kg/j pendant

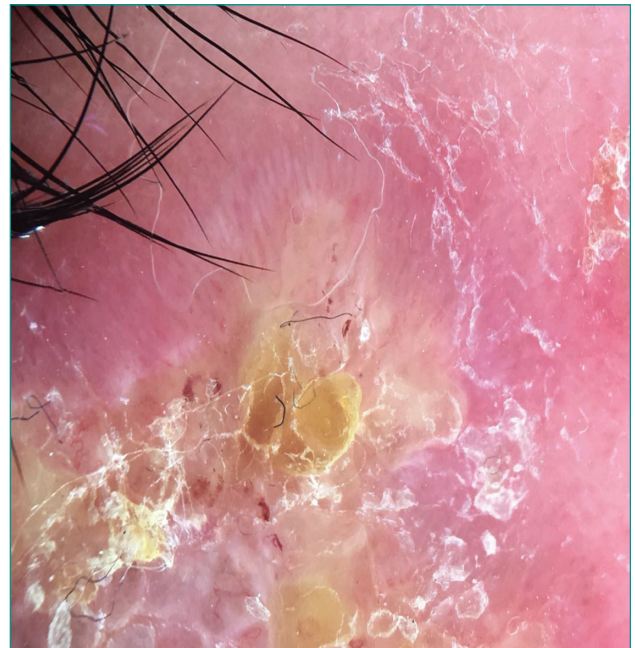


Figure 2. Dermoscopie : aspect lupoïdique avec présence de croûtes, de vascularisation type vaisseaux en épingles à cheveux avec un aspect en larmes.

10 j/mois pendant trois mois ; une amélioration partielle est notée, suivie cette fois encore d'une aggravation. L'extension se fait vers les paupières avec une dépilation des cils et des sourcils (figure 4). La dermoscopie montre la persistance de l'aspect en larmes. Une troisième hospitalisation est programmée, pour un bilan à la recherche d'une extension oculaire et systémique, qui est négatif. En effet, la dacryo-

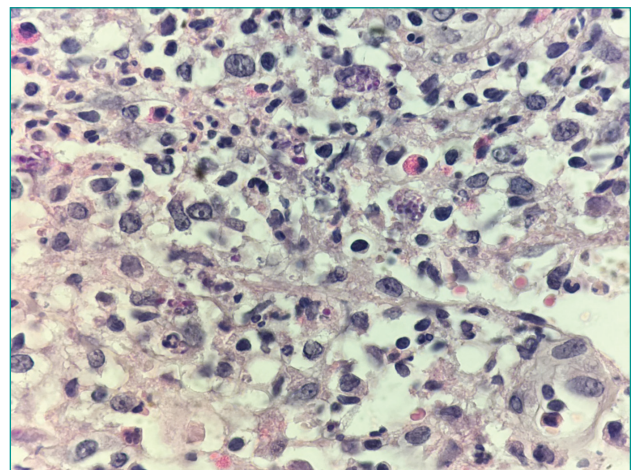


Figure 3. Infiltrat dermique, inflammatoire, polymorphe, diffus, dense, et lichénoïde, fait de lymphocytes, de plasmocytes, de polynucléaires et de nombreux histiocytes dont certains renferment de multiples parasites basophiles arrondis ou ovalaires correspondant aux corps de *Leishmania*, comme confirmé par la coloration de Giemsa ($\times 100$).



Figure 4. Régression partielle avec bordure érythémateuse et centre tendant à la cicatrisation.

IRM montre une infiltration du canthus interne de l'œil gauche sans obstruction. La PCR à la recherche de leishmaniose cutanée est négative, ainsi que le dépistage par PCR de tuberculose (GenExpert). Une nouvelle biopsie cutanée a été effectuée, en élargissant les diagnostics évoqués à la lèpre, au granulome annulaire et aux mycoses profondes. L'histologie objective une dermite granulomateuse végétante d'allure infectieuse avec atteinte hypodermique septale sans orientation vers l'agent causal.

L'aspect ne peut écarter une leishmaniose cutanée chronique dans sa forme lupoïde, qui représente une réponse tuberculoïde exagérée à de très rares organismes ou peut être seulement un antigène leishmanial. Une tuberculose de type lupus vulgaire d'aspect non typique et sans nécrose caséeuse, ou une mycobactériose



Figure 5. Rémission complète avec cicatrice atrophique.

atypique. L'histologie cutanée a confirmé l'absence de mycose ou de vascularite et n'est en faveur ni d'une sarcoïdose, ni d'une lèpre, ni d'un granulome annulaire. La décision est prise de démarrer un traitement d'épreuve thérapeutique de traitement antibacillaire : deux mois de rifampicine, isoniazide et pyrazinamide suivis de quatre mois de rifampicine et isoniazide (schéma 2RHZ/4RH). L'évolution était favorable avec régression complète au bout du traitement et présence d'une cicatrice atrophique, avec un recul sans récurrence de un an (figure 5).

Discussion

Cette observation illustre combien l'anamnèse est incertaine chez l'enfant. L'aspect clinique, déroutant, est en faveur d'une leishmaniose cutanée. Géographiquement, le Maroc est une zone d'endémie aussi bien de leishmaniose cutanée que de tuberculose cutanée comme [1, 2]. La dermoscopie n'est pas spécifique au cours de la leishmaniose cutanée [1], et l'histologie cutanée est à analyser avec prudence. La résistance au traitement de référence, bien que de plus en plus rapportée dans la littérature, doit nous inciter à rediscuter le diagnostic. La PCR, bien que spécifique pour la leishmaniose cutanée et la tuberculose cutanée, elle n'est pas sensible, ce qui rend son interprétation limitée dans les cas négatifs [1-3]. Nous sommes conduits à envisager l'origine tuberculose cutanée, type lupus vulgaire, devant la topographie, l'antécédent familial de mal de Pott chez la sœur du sujet, et l'évolution centrifuge. La coexistence d'une leishmaniose cutanée et d'une tuberculose cutanée, avec la même localisation, est jugée vraisemblable devant l'aspect histologique initial et ultérieur, la régression partielle de la lésion sous l'antimoniote de méglumine glucantime et la régression complète sous traitement antibacillaire. La réalisation d'une biopsie permet surtout de confirmer le diagnostic de granulomatoses tout en écartant la présence de vascularite. La corrélation clinico-histologique et surtout évolutive est fondamentale pour ce type de pathologie devant la sensibilité réduite des examens moléculaires quand ils sont négatifs. Une épreuve thérapeutique peut être justifiée dans un pays endémique de tuberculose, d'une part si les arguments sont insuffisants, et d'autre part devant la gravité de l'atteinte qui n'autorise pas de se tenir à une simple surveillance. En effet, le Maroc est un pays d'endémie tuberculeuse et compte de nombreux gîtes de *Leishmania*

[4]. L'association de ces deux infections sur une même lésion est, dans la littérature, rapportée chez un homme âgé de 78 ans. Notre cas pédiatrique est une association exceptionnelle des deux pathologies, dont l'aspect trompeur peut masquer une autre atteinte, qu'il faut savoir rechercher face à une évolution prolongée [4].

Conclusion

La tuberculose cutanée, au même titre que la leishmaniose cutanée, fait figure de simulatrice parmi les granulomatoses cutanées. Ni la clinique ni la dermoscopie ne sont spécifiques pour ces deux entités. L'histologie est fondamentale pour le diagnostic étiologique, mais pas suffisante dans certains cas. Nous soulignons l'intérêt de la corrélation clinico-histologiques et évolutives à travers notre observation.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Naciri A, Aqil N, Bay Bay H, Mernissi FZ. Cutaneous leishmaniasis in Moroccan children: about 12 cases. *J Pediatr Neonatal Care* 2018 ; 8(3):135-7.
2. Akhdari N, Kaoutar Z, Habibeddine S, Lakhdar H. Tuberculose cutanée au Maroc : étude de 30 cas. *Arch Pediatr* 2006 ; 13 : 1098-110.
3. Jabri H, Lakhdar N, El Khattabi W, Afif H. Les moyens diagnostiques de la tuberculose. *Rev Pneumol Clin* 2016 ; 72(5):320-5.
4. El Alami J, Hocar O, Akhdari N, Amal S, Moutaj R, Rais H. Lésion verruqueuse du dos de la main révélant l'association d'une tuberculose et d'une leishmaniose cutanées. *Ann Dermatol Venerol* 2017 ; 144(Suppl. 12):S293-4.