

**K. Aoun, Z. Habboul , I. Ben Abda, R. Ben Abdallah,
E. Siala, M. Gastli M & A. Bouratbine**

Service de Parasitologie, LR 11-IPT-06, Institut Pasteur de Tunis



**HM, tunisien de 28 ans, né et ayant toujours vécu en Tunisie,
sans ATCD notables en dehors d' épisodes diarrhéiques depuis 6
mois**

**Hospitalisé pour fièvre évoluant depuis 3 semaines avec asthénie et
amaigrissement non chiffré**

**Examen : fièvre (constante entre 38°C et 39°C), splénomégalie à 2
TD et HMG avec FH à 14 cm**

NFS : anémie normochrome normocytaire à 10,2 g d' Hb

GB à 3800/mm³ et plaquettes à 46000/mm³

VS à 68 la 1^{ère} heure

Radio thorax normale

**Quel(s) diagnostic(s) est (sont)
compatible(s) avec cette observation ?**

- 1. Brucellose**
- 2. Paludisme**
- 3. Leishmaniose viscérale**
- 4. Amibiase hépatique**
- 5. Maladie de Hodgkin**

1. Brucellose

2. Paludisme

3. Leishmaniose viscérale

4. Amibiase hépatique

5. Maladie de Hodgkin

Quel(s) examen(s) prescrivez vous pour confirmer le(s) diagnostic(s) suspectés ?

- 1. Ponction splénique**
- 2. Ponction de moelle osseuse**
- 3. Frottis sanguin et goutte épaisse**
- 4. Sérologie de Widal & Félix**
- 5. PCR de la leishmaniose sur le sang**
- 6. Cultures sur milieu de Sabouraud**

1. Ponction splénique

2. Ponction de moelle osseuse

3. Frottis sanguin et GE

4. Sérologie de Widal Félix

5. PCR leishmaniose sang

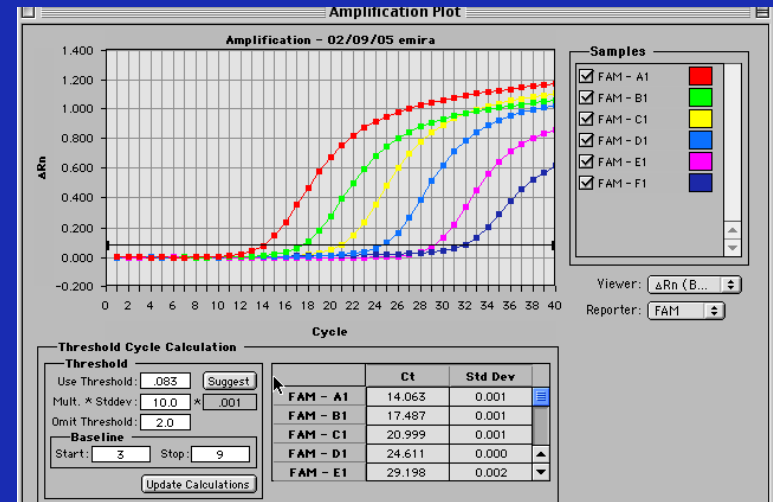
6. Culture sur Sabouraud

- Moelle : formes amastigotes de *Leishmania*

- PCR leishmaniose positive

- Parasitémie : 18 leishmanies / ml de sang total

= leishmaniose viscérale



La LV en Tunisie

- Due à *Leishmania infantum*
- Endémique : 150 cas/an
- Forme infantile : environ 80% des cas ont moins de 5 ans
- Uniquement 5 à 10 cas d'adultes/an : sujets souvent fragilisés, VIH, transplantés, IRC

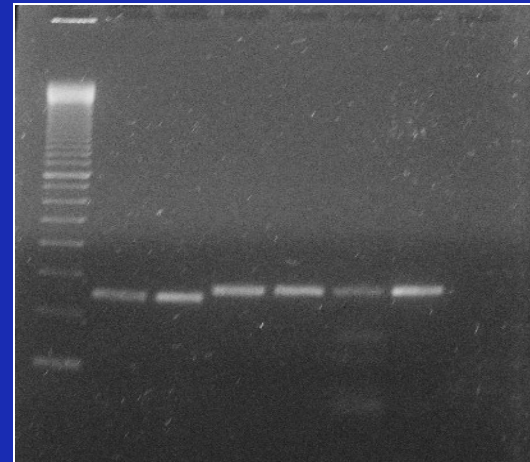
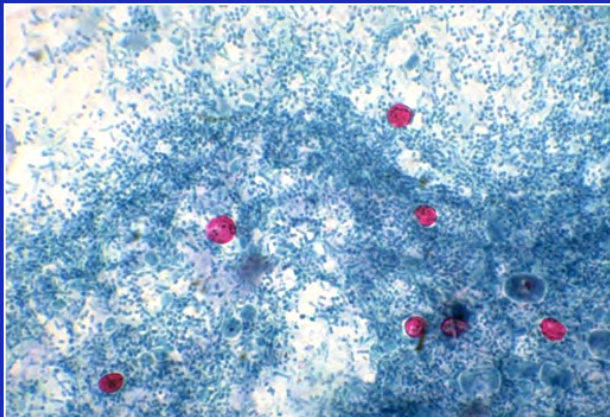


Chez Monsieur HM :

Facteurs de risque d'infection par le VIH (interrogatoire) :
bisexualité (rapports non protégés) & usage occasionnel de DIV

Suspicion confirmée biologiquement :
sérologie du VIH positive et CD4+ : 146/mm³

Exploration des épisodes diarrhéiques : cryptosporidiose
intestinale (coloration de Ziehl Neelsen et PCR sur les selles
positives)



Quelle est l'origine de cet épisode de LV ?

(réponse multiple possible)

- 1. Piqûre d'anophèles**
- 2. Piqûre de phlébotome**
- 3. Réactivation de leishmanies intra-cellulaires**
- 4. Echange de seringues**
- 5. Contact avec des chiens «leishmaniens»**
- 6. Transmission sexuelle**

1. Piqûre d'anophèles

2. Piqûre de phlébotome

3. Réactivation de leishmanies intra-cellulaires

4. Echange de seringues

5. Contact avec des chiens «leishmaniens»

6. Transmission sexuelle

- Anophèle (moustique) vecteur du paludisme
- Phlébotome (Psychodidé) vecteur des leishmanioses
- Transmission possible par les seringues souillées
- Réactivation de leishmanies (le plus probable) : forte proportion de porteurs asymptomatiques
- Chien réservoir mais pas de transmission directe ou indirecte à l'homme décrite
- Transmission sexuelle non retenue même si un cas (éventuel) a été rapporté



Co-infection VIH-leishmaniose

- Problème majeur en Afrique de l'Est
Occident moins concerné actuellement mais Incidence importante en Europe du Sud dans les années 90
- Phlébotomes, sang mais également reviviscences
(1 seul voyage très ancien suffit)
- Tableau clinique moins typique : fièvre et splénomégalie inconstantes, infections concomitantes, localisations inhabituelles (intestins, poumons)
- Problèmes de diagnostic biologique : sérologie négatives (50%)
- Problèmes thérapeutiques : toxicité , résistance
- Rechutes de règle

Traitement de M. HM : antimoniate de méglumine x 28 jours

Evolution rapidement favorable (défervescence à J4, amélioration NFS et régression SPM à J28)

Que recommandez vous pour la prise en charge post thérapeutique ?

- 1. Contrôles trimestriels de la moelle**
- 2. Surveillance clinique**
- 3. Prophylaxie secondaire**
- 4. Surveillance régulière avec PCR sur le sang**
- 5. Vaccination**

1. Contrôles trimestriels de la moelle

2. Surveillance clinique

3. Prophylaxie secondaire

4. Surveillance régulière avec PCR sur le sang

5. Vaccination

Contrôle de la LV (*Leishmania infantum*)

Complicqué car zoonose : chien très infectés et
phlébotomes omniprésents

- Elimination des chiens infectés ou colliers répulsifs : bénéfice controversé
- Insecticides : illusoire, toxique et non recommandé
- Vaccination : en perspective...

Un dépistage précoce reste le meilleur moyen

Le gros problème au Maghreb reste la leishmaniose cutanée

