

Ministère de l'Education Nationale

Université des Sciences Techniques
Et des Technologiques de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2012-2013

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU
CERTIFICAT D'ETUDE SPECIALISEE (C.E.S) EN
DERMATO-LEPRO-VENEREOLOGIE**

**ASPECTS CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES DE LA
LEISHMANIOSE CUTANEE AU CNAM
DE 2009 à 2012**

Présenté et Soutenu Par Dr Koreïssi TALL

JURY :

**Président : Pr KEITA Somita
Membre : Dr BERTHE Siritio
Co Directeur : Dr DICKO Adama
Directeur : Pr FAYE Ousmane**

Bismillahi Rhamani Rahim

Au nom de Dieu, clément et miséricordieux

Je dédie cette thèse

A ALLAH Soubanah wa t'Allah

Lis, au nom de ton seigneur qui a créé,

Qui a créé l'homme d'une adhérence,

Lis ! Ton seigneur est très noble,

Qui a enseigné par la plume « le Calame »,

A enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas.

Sourate 96 « l'adhérence » verset 1 à 5.

Par ta miséricorde, ta bonté et ta grâce, tu m'as assisté tout au long de ma vie,

Je te prie Seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma

reconnaissance et de ma foi. Fasse que je me souvienne toujours de Toi en toutes

et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « CHAHADA ».

A tous les malades du monde,

A tous ceux qui souffrent, Je ne vous demande, ni vos opinions, ni vos croyances, ni votre religion, mais quelle est votre souffrance ?

A mon père El hadj Macki Aguibou TALL

Qu'Allah vous garde encore longtemps à nos côtés. **AMEN.** Merci TALL.

A mon oncle et homonyme feu Colonel Koureissy Aguibou TALL

Le tout puissant ALLAH vous a arraché à notre affection alors que nous avons beaucoup à vous rendre. **DORMEZ EN PAIX PAPA. AMEN.**

A mes mamans (Mariam TIGANA, Selly TALL, Assanatou TALL, Araba CISSE et Dicko BA)

A ma chère épouse Néné Satourou TALL

A mes enfants Madina et Cheick Oumar

Au Pr KEITA Somita et famille

MES REMERCIEMENTS VONT :

-A la direction et au corps enseignant de la FMPOS.

-A la direction et à tout le personnel du CNAM.

-A tout le personnel du service de dermatologie.

-A tous mes maîtres de stage : Pr Keita Somita, Pr Ousmane Faye, Pr Marc GENIAUX , Pr Hervé DARIE, Dr Traoré Pierre , Dr Karim Coulibaly, Dr Dicko et Dr Siritio BERTHE . Merci pour tout ce que vous m'avez donné comme formation.

-A Mr CISSE Moumini (Technicien de laboratoire).

-A Mme Dako Sanata Koné, Mme Sogoba Jokebed, Mme Martha Samaké.

-A tout le personnel médical et para médical du service de dermatologie : le Major Guimba Camara, Siaka Sanogo, Alexis Tienou, les infirmiers et infirmières.

-Au personnel des unités de recherche labo leishmaniose et GIS/MRTC :

Pr Seydou DOUMBIA et toute son équipe.

-A mes collègues C.E.S: Dr Hawa SAGARA ; Dr Tamadian KEITA ; Dr Lassine CISSE ; Dr KEITA Binta GUINDO ; Dr OUANARGOUM Alima KEITA ; Dr SIDIBE Amos ; Dr NANACASSE Boubacar et à tous nos cadets CES.

A NOS MAITRES ET JUGES

« Chaque homme réunit en lui un certain nombre d'ignorances auxquelles il lui appartient de remédier s'il le désire.

Et le simple alors est de recourir aux bons offices d'un maître compétent ».

(GEORGES GUSDORF)

A notre Maître et président du jury : Professeur SOMITA KEITA

Professeur titulaire de l'université en Dermato-Lepro-Vénérologie.

Chef du département Dermato-Lépro-Vénérologie à la FMOS

Chevalier du mérite de la santé

Chef du département clinique au CNAM.

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet.

Vous êtes toujours resté disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

A notre Maître et codirecteur: Dr DICKO Adama

Spécialiste en dermatologie, maître assistant à la FMOS

Cher maître vous avez toujours été à l'écoute de vos élèves. Votre savoir, votre rigueur dans le travail, votre attention, sans pareils vis à vis des autres vous valent toute notre admiration.

Recevez, à travers cette thèse, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

A notre Maître et juge : Dr BERTHE Siritio

Spécialiste en dermatologie

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre incitation au travail, vos qualités humaines et vos connaissances scientifiques nous ont toujours émerveillés. Vous avez accepté avec plaisir de juger ce modeste travail et nous vous exprimons notre profonde gratitude.

A notre Maître et directeur: Pr OUSMANE FAYE.

Spécialiste en dermatologie et en anatomopathologie dermatologique.

Maitre de conférences à la FMOS

Chef de service de l'unité dermatologie et chargé de recherche au Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM).

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

ABREVIATIONS ET SIGLES :

CNAM : Centre National d' Appui à la lutte contre la maladie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TDR: Tropical Diseases Research

IDR: Intradermoréaction

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

PED : Pays en développement

UI : Unité internationale

NNN : Novy Neal Nicolle

IFI : Immunofluorescence

µl/ml : microlitre par millilitre

Na cl : Chlorure de sodium

Log : Logarithme

Ag : Antigènes

SPSS : Statistic Package Social Science

UV : Ultraviolet

IR : Infrarouge

TCL /LST : Test Cutanée à la Leishmanine/ Leishmanine Skin Test

EPST : Etablissement public à caractère scientifique et technologique

OCCGE : Organisation pour la Coopération et la Coordination dans la lutte contre les Grandes Endémies

FMC: Formation médicale continue

GIS-RS/MRTC: Geographic Information System-Remount Sensing /Malaria Research Training Center

FMPOS: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

MGG: May-Grunwald Giemsa

NFS: Numération formule sanguine

LC : Leishmaniose cutanée

SOMMAIRE :

1-INTRODUCTION

2-OBJECTIFS

4-MATERIELS ET METHODE :

5 RESULTATS :

6 COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

CONCLUSION :

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RECOMMANDATIONS

1-INTRODUCTION

Les leishmanioses font parties d'un groupe de maladies appelées antroponose observées chez l'Homme et chez certains animaux, notamment les rongeurs sauvages et les chiens domestiques. Elles sont provoquées par un parasite appelé leishmanie, comportant plusieurs espèces, est transmis par la piqûre d'un moucheron nommé Phlébotome. Ce vecteur a pour gîtes les terriers, les termitières et les trous creusés dans les bois morts. Le climat tropical est propice au développement de ces vecteurs et du parasite. La maladie provoquée chez l'homme appelée leishmaniose, comporte un spectre clinique allant de la forme cutanée isolée appelée « Bouton d'orient », à la forme multisystémique ou Leishmaniose viscérale appelée « Kala-azar ».

On estime que 350 millions de personnes dans le monde sont exposées au risque de piqûre des phlébotomes et que 12 millions de personnes sont infectées par les différentes espèces de Leishmanie en 2000 (incidence annuelle \approx 600000). Les leishmanioses font parti des six maladies prioritaires du programme Tropical Diseases Research (TDR) de l'organisation mondiale de la santé (OMS). [1]

Au Mali, seul le « Bouton d'orient » est la forme clinique la plus observée. Avec l'immunodépression provoquée par le VIH ou d'autres pathologies similaires, plusieurs présentations cliniques parfois déroutantes et très graves, peuvent être observées. Le taux moyen d'incidence annuelle de la leishmaniose cutanée a été approximativement estimé au CNAM à 6,27 cas pour 10000 en 2003 [2] et le recensement effectué à partir de nos registres de consultation nous a permis de noter 5 pour 1000 cas en 2005. Cette fréquence a atteint 5,1 pour 1000 cas en 2008[3]. Les cas proviennent de presque toutes les régions économiques du pays et sont insuffisamment pris en charge au niveau périphérique, notamment par un personnel médical mal ou non formé à cet effet. Les molécules utilisées pour le traitement, notamment les dérivés de l'antimoine ne sont souvent pas disponibles partout dans le pays. En outre, elles ne sont pas dénuées d'effets secondaires nécessitant la prudence dans leur utilisation. La validation d'un traitement alternatif des cas et la mise au point d'un vaccin contre cette maladie seraient salutaires.

Le but de ce travail est de rapporter quelques aspects cliniques et la prise en charge des cas observés au CNAM (Bamako).

OBJECTIFS

2-OBJECTIFS

2-1 Objectif général :

Rapporter les aspects cliniques et thérapeutiques de la leishmaniose cutanée au Mali

2-2 Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractères épidémiologiques et sociodémographiques des cas inclus dans l'étude.
- Décrire les caractéristiques cliniques des cas.
- Décrire les modalités de prise en charge des cas et leurs résultats.

MATERIELS ET METHODE

4- METHODES :

4-1 Lieu :

Notre étude s'est déroulée dans le service de dermato-vénérologie du centre National d'Appui à la lutte contre la maladie (CNAM) Ex Institut Marchoux

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique

(EPST) rattaché au secrétariat Général du Ministère de la Santé, créé par l'ordonnance N°036 du 15 Août 2001, ratifiée par la loi N° 02-009 du 04 Mars

2002 en lieux et place de l'Institut Marchoux après la disparition de l'OCCGE.

Ses missions principales sont : la formation médicale continue (FMC), la recherche opérationnelle et vaccinologique, l'appui au programme de lutte contre la maladie.

Son domaine d'action couvre la lèpre, la dermatologie, les Infections Sexuellement Transmissibles et SIDA (IST/SIDA), la tuberculose, le paludisme et les autres maladies endémo-épidémiques.

L'unité de dermatologie se compose de 6 salles de consultation, un laboratoire d'histopathologie, une salle réservée à la chirurgie dermatologique et à la biopsie, une salle de cryothérapie, une salle de réunion, une salle VIP d'hospitalisation, un pavillon d'hospitalisation et de soins externes.

4-2 Type et durée de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective de tous les cas de leishmaniose cutanée vus dans le service de dermatologie de 2009 à 2012.

4-3 Population d'étude :

Tous les malades venus consulter pour ulcération cutanée dans le service quelque soit l'âge, le sexe, et la provenance des malades.

4-4 Echantillonnage :

Définition du cas:

Tout patient présentant une ou des lésion(s) suivantes : Papule ou nodule ou plaque croûteuses, ulcérées ou non rebelles aux traitements antibiotiques et dont le prélèvement à la recherche des corps de Leishman a été positif ou non.

Critères d'inclusions :

Tout malade correspondant à cette définition ou malade suspect acceptant de participer à l'étude.

Critères de non inclusions :

Tout patient présentant une dermatose non ulcérate, une ulcération d'une autre étiologie et dont le prélèvement à la recherche des corps de Leishman a été négatif.

4-5 Procédures d'inclusions :

Tout patient inclus a fait l'objet d'un interrogatoire, un examen clinique complet. En outre des examens paracliniques suivants étaient pratiqués : Frottis, NFS, Glycémie, Créatininémie.

L'interrogatoire permettait de recueillir les données sociodémographiques, épidémiologiques, la date de début des lésions, les antécédents morbides et les traitements reçus.

Au cours de l'examen clinique, l'on recherchait les caractères cliniques des lésions : nombre, diamètre, topographie, type de lésion.

Un examen muqueux à la recherche d'atteinte muqueuse et de muguet sur la langue.

Une palpation des trajets lymphatique à la recherche de nodules disposés en chapelet.

Examen des autres appareils à la recherche de signes en faveur d'une pathologie associée.

Pour la recherche des corps de LEISHMAN on effectuait un frottis à partir des produits provenant du grattage des bords et un autre par ponction aspiration des lésions suspects. Ce frottis était ensuite coloré au MGG puis observé au microscope à l'objectif 100 sous immersion.

La lame était considérée comme positive lorsque l'on observait à l'intérieur des macrophages des capsules ovoïdes de deux à six microns de diamètre, son cytoplasme est bleu, il contient un noyau teinté en rouge violacé et pourvu d'un gros caryosome central, à côté du noyau. On distingue un appareil flagellaire rudimentaire composé d'un blépharoplaste rhizoplaste.

Traitement :

Le traitement était essentiellement basé sur l'un des moyens suivants :

- Molécules utilisées par voie générale : antimoniate de méglumine (Glucantime®)

Glucantime® était utilisé :

- soit en infiltration intra lésionnelle hebdomadaire à l'aide d'une seringue à insuline jusqu'à la guérison des lésions ;

- soit en injection intramusculaire à la dose de 20 mg/kg/semaine dans la forme lymphangitiques.

- Soins locaux : Pour éviter la surinfection.

Une antibiothérapie par voie générale a été associée à ce traitement local devant les cas surinfectés.

- Moyens physiques :

La thermothérapie à l'aide du ThermoMed TM Model 1.8, une machine électrique fabriqué aux Etats Unies et ayant fait ses preuve dans le traitement de la leishmaniose cutanée à Kabul en Afghanistan. Après une anesthésie locale avec de la xylocaine à 2%, on appliquait le bout de la thermo machine sur les bordures de la lésion. La température utilisée était à 50°C maintenue pendant 30 secondes. Ce traitement était hebdomadaire jusqu'à la guérison de la lésion.

Les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été notées sur une fiche d'enquête.

4-2-5. Analyse des données :

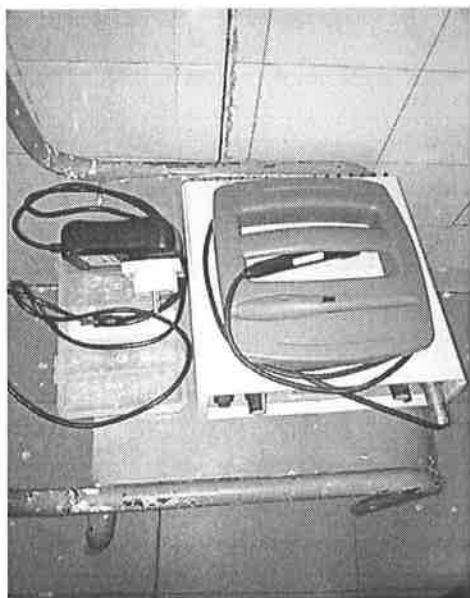
Ces données ont été analysées avec le logiciel SPSS (statistic package for social sciences), notamment à l'aide de la fonction « statistique descriptive ».

4-2.6. Considérations éthiques :

Un formulaire de demande de consentement était rempli et signé par chaque patient. Au cours de l'étude les patients ont bénéficié d'un traitement gratuit basé sur la thermothérapie.

Avant l'injection de Glucantime et l'application de la thermomachine, une dose de xylocaïne à 2% était administrée sur le site de traitement pour minimiser la douleur générée par l'intervention.

Le personnel soignant était protégé par des gants et des blouses.



THERMOMACHINE

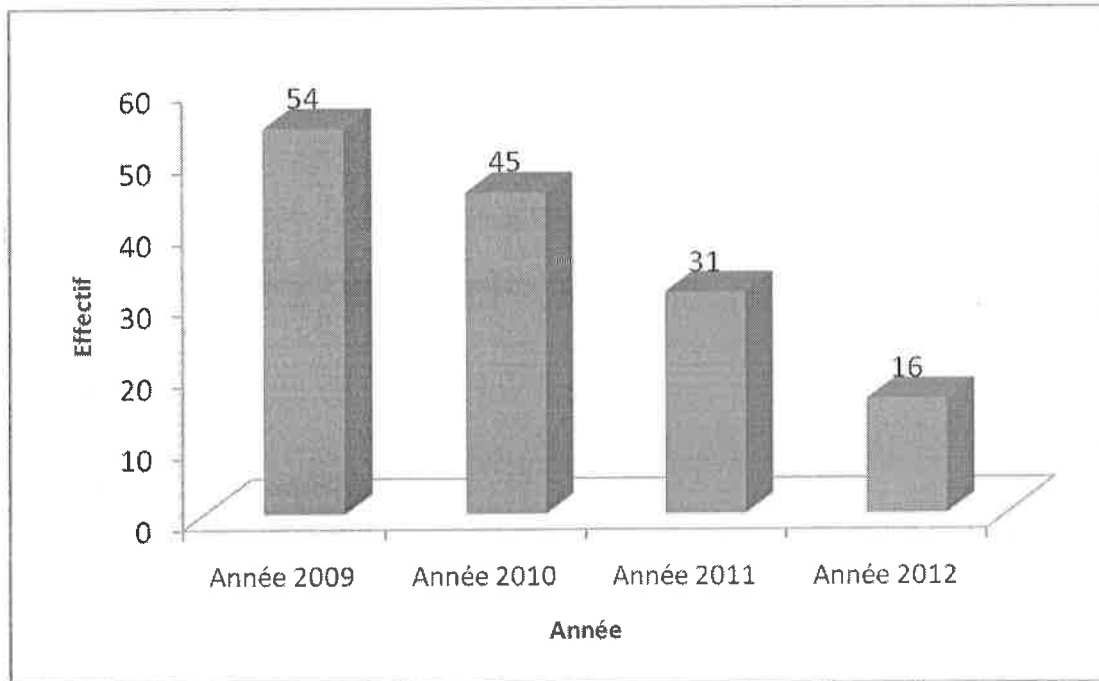
RESULTATS

5-Résultats :

Au total 146 malades ont été inclus sur 203 dossiers colligés dans le registre leishmaniose du service de dermatologie du CNAM de 2009 à 2012. Les données recueillies se présentent comme suit :

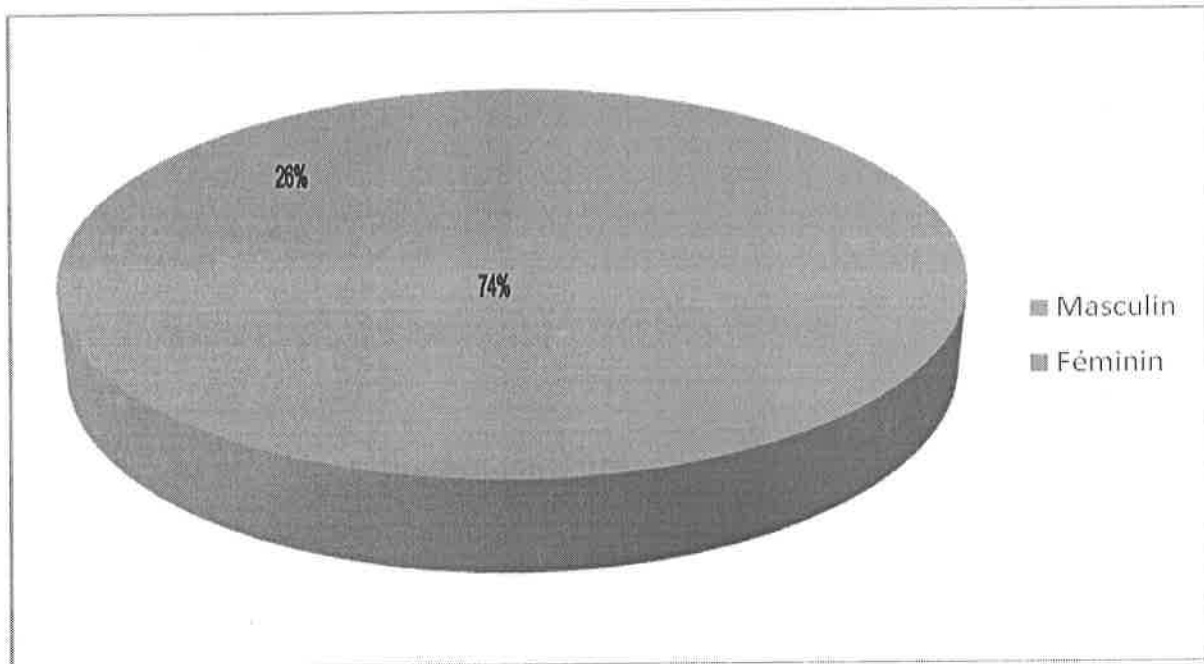
5-1 Caractéristiques sociodémographiques :

Figure 1 : Répartition des malades en fonction des années



La majorité des malades ont consultés en 2009 au début de l'étude.

Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe



Ratio M/F : 2,84

Les hommes étaient majoritaires avec 74%

Tableau I : Répartition des malades en fonction de l'âge

Tranches d'âge (ans)	fréquence	Pourcentage(%)
0-9	14	9,59
10 à 19	38	26,03
20 à 29	51	34,93
30 à 39	15	10,27
40 à 49	9	13,01
50 et plus	19	13,01
Total	146	100

Moyenne = **26,88** médiane = **23,50** min = **1**, max = **78**

70,55% des malades avaient moins de 30 ans et les enfants représentaient 9,6% des cas.

Tableau II : Répartition des malades selon la Profession.

Professions	Fréquence	Pourcentage(%)
Elève	41	28,08
Ménagère	22	15,07
Cultivateur	18	12,33
Commerçant	15	10,27
Enfant	11	7,53
Enseignant	8	5,48
Berger	4	2,74
Autres	27	18,49
Total	146	100

Les élèves étaient représentés 28,08% des cas.

Tableau III : Répartition des malades selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage(%)
Sarakolé	35	23,97
Peulh	34	23,31
Bambara	29	19,86
Malinké	14	9,58
Sonrhäï	12	8,22
Autres ethnies Mali	16	10,96
Etranger	6	4,10
Total	146	100

Les principales ethnies recensées étaient Sarakolés (23,97%), peulh (23,31%) et bambara (19,86%).

Tableau IV : Répartition des malades en fonction de la provenance

REGIONS	fréquence	Pourcentage(%)
Kayes	42	28,77
Koulikoro	30	20,55%
Bamako	26	17,81%
Mopti	15	10,27%
Ségou	12	8,22%
Tombouctou	7	4,79%
Sikasso	4	2,74%
Gao	2	1,37%
Autres	8	5,48%
Total	146	100,0%

Les malades des régions de Kayes ; Koulikoro et Bamako représentaient respectivement 28,77% ; 20,55% et 17,81%.

*** Guinée, Mauritanie, Gambie, cote d'ivoire, Sénégal**

Tableau V : Répartition des malades selon la provenance étrangère.

Guinée	2	33,33%
Mauritanie	1	16,67%
Gambie	1	16,67%
C.I	1	16,67%
Sénégal	1	16,67%
Total	6	100,0%

Les étrangers provenaient des pays limitrophes du Mali

Tableau VI : Repartition des malades selon les années et selon la provenance.

ANNEE/PROVENANCE	2 009		2 010		2 011		2 012		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kayes	13	31,0	12	28,6	11	26,2	6	14,3	42	100
Koulikoro	10	33,3	10	33,3	6	20,0	4	13,3	30	100
Sikasso	0	0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100
Ségou	5	41,7	5	41,7	1	8,3	1	8,3	12	100
Mopti	6	40,0	3	20,0	4	26,7	2	13,3	15	100
Tombouctou	1	14,3	2	28,6	2	28,6	2	28,6	7	100
Gao	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	100
Kidal	0		0		0		0		0	100
Bamako	12	46,2	10	38,5	3	11,5	1	3,8	26	100
Autres	6	75,0	1	12,5	1	12,5	0	0,0	8	100
Total	54	37,0	45	30,8	31	21,2	16	11,0	146	100

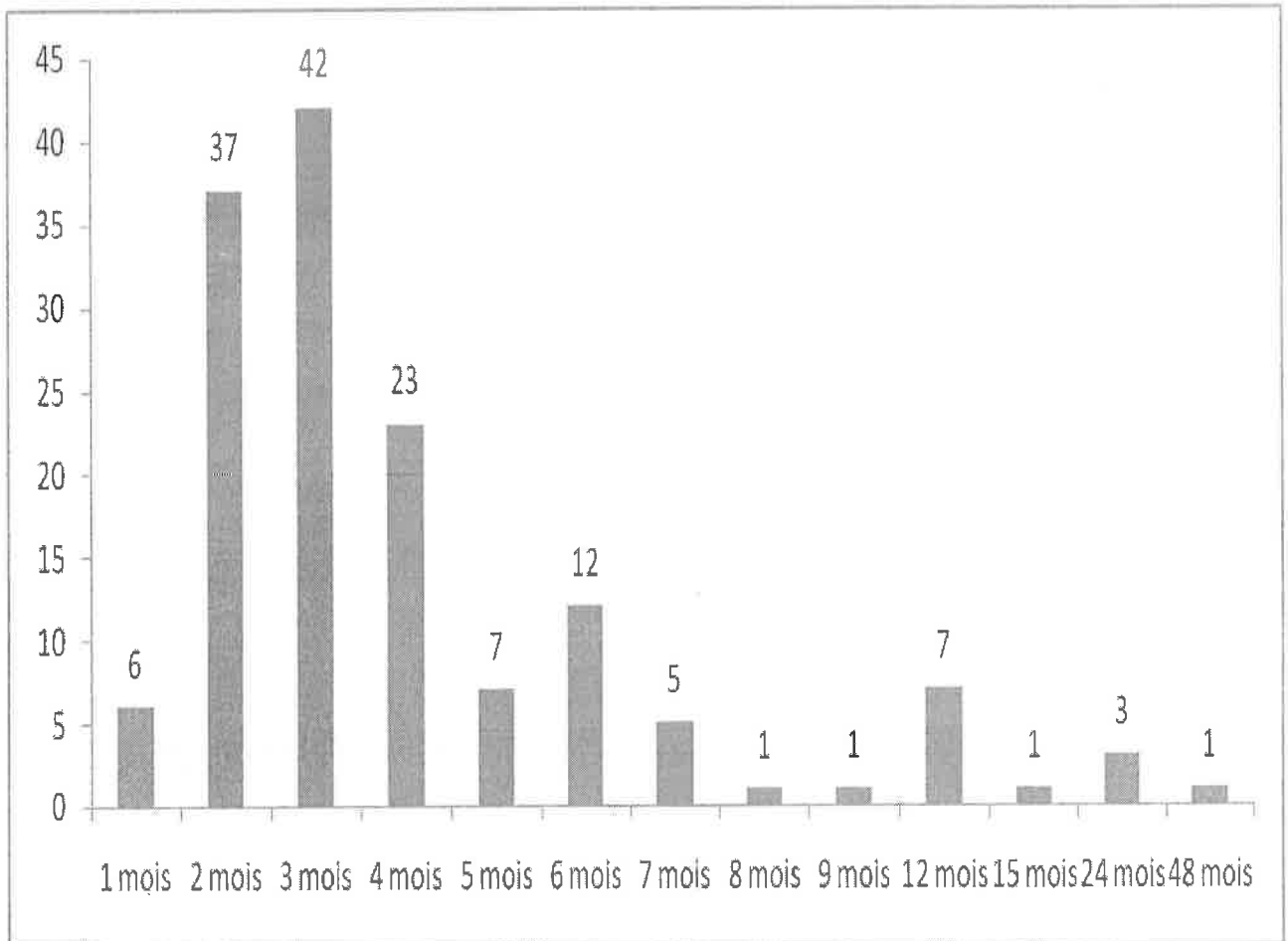
Les malades provenant de la région de Kayes étaient majoritaires durant toute l'étude (4ans).

Déclaration des malades sur l'existence d'autres cas dans la famille et dans le village.

- 2,05 % des cas ont signalés d'autres cas dans la famille.
- 10,27% des cas ont signalés d'autres cas dans le village.

5-2 Aspects cliniques :

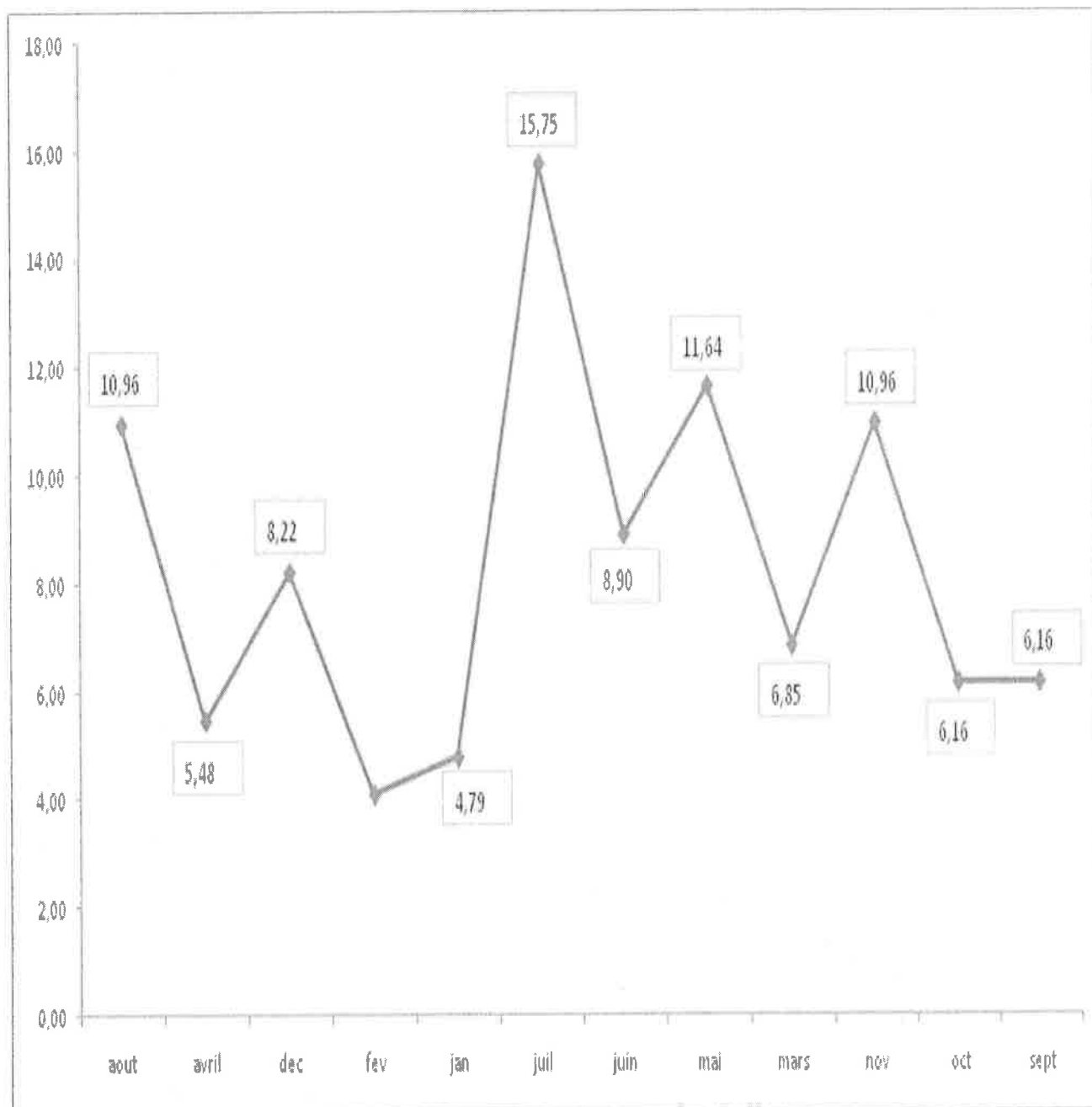
Figure3 : Répartition des malades selon la durée évolutive de la maladie avant consultation



Moyenne= 4,63 Médiane = 3,00 Min = 1 Max = 48

Les malades consultaient 3 mois après le début de la maladie ; 28,77(%) des cas.

Figure4 : Répartition saisonnière des malades



La maladie débutait surtout au mois de juillet.

- Des signes fonctionnels comme le prurit et douleur étaient présents chez 17,1% des cas.
- Des pathologies comme le VIH et Diabète étaient associées dans 2,7% des cas.

Tableau VII : Répartition des malades selon le nombre de lésion

Nombre de lésions	fréquence	Pourcentage(%)
Multiple	120	82,19
Unique	26	17,81
Total	146	100

La majorité de nos patients avaient des lésions multiples dans 82,19% des cas.

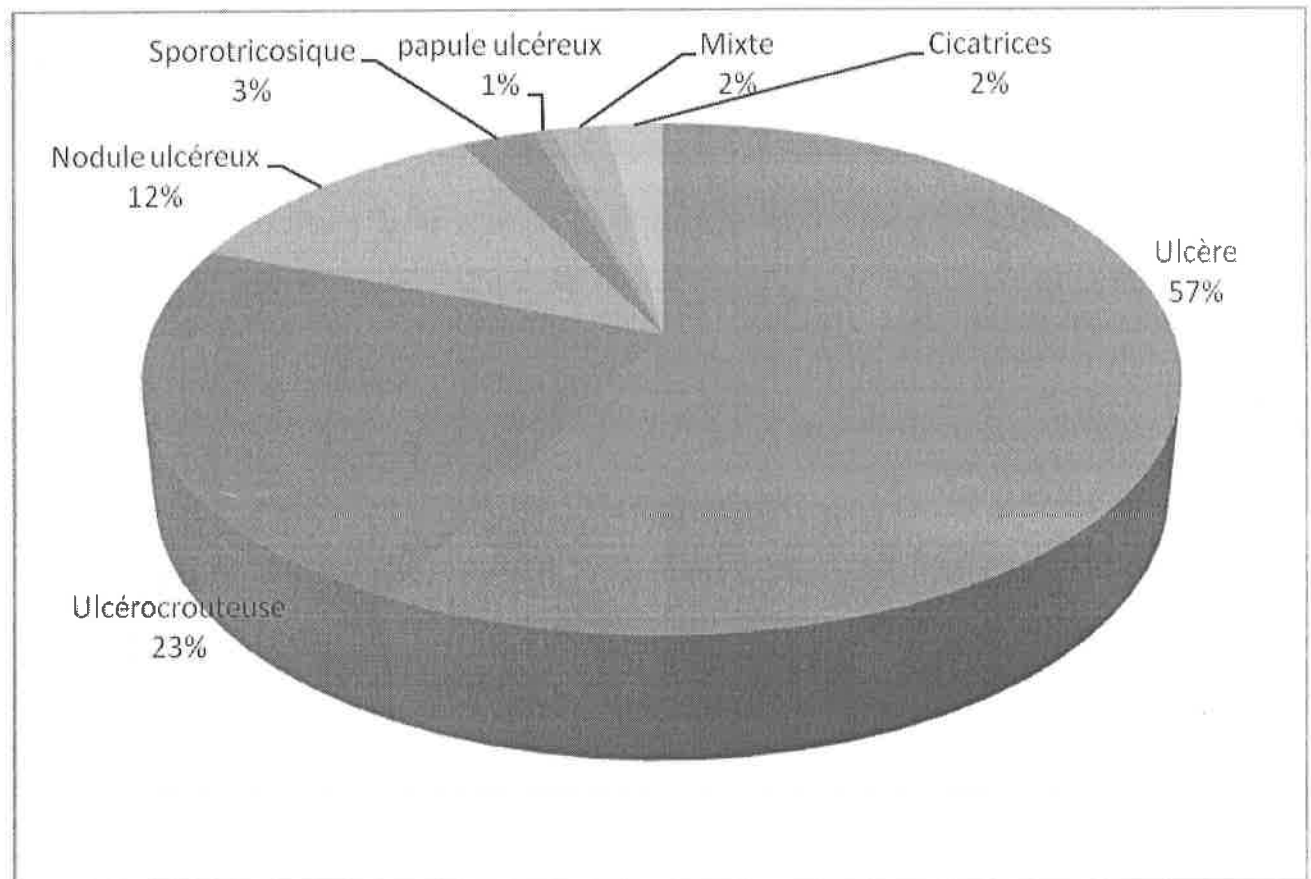
Tableau VIII : Répartition des malades selon la topographie des lésions

Topographie des lésions	fréquence	Pourcentage(%)
Membres supérieurs	63	43
Membres inférieurs	40	27
Visage	12	8
Cou	1	1
Dos	1	1
Mixte**	29	20
Total	146	100

Les localisations aux parties découvertes représentaient 80% des cas.

** Membre supérieur+membre inférieur ; membre supérieur+visage ...

Figure5 : Répartition selon le type de lésion



La forme ulcèreuse dominait avec **57,53%** des cas.

Tableau IX : Répartition selon le résultat du grattage

Résultat du grattage	Fréquence	Pourcentage(%)
Positif	103	72,0
Négatif	40	28,0
Total	143	100

72% des lames étaient positif au grattage.

Tableau X : Répartition selon le résultat de la Ponction

Résultat de la ponction	Fréquence	Pourcentage(%)
Négatif	119	83,2
Positif	24	16,8
Total	143	100

La majorité des lames étaient négatives à la ponction 83,2% des cas.

5-3 Aspects thérapeutiques :

Tableau XI : Répartition des malades selon les traitements antérieurs reçus

Traitement antérieur	Fréquence	Pourcentage(%)
Antiseptiques	6	4,11
Antiseptiques +ATB per os	11	7,53
ATB injectables	23	15,75
Corticoïdes locales et générales	7	4,79
Traitements indigènes	36	24,66
Indéterminés	63	43,15
Total	146	100

43,15% de nos patients avaient un traitement indéterminé avant la consultation.

Tableau XII : Répartition selon le traitement utilisé

Traitement	Fréquence	Pourcentage(%)
Thermomachine	98	67,6
Glucantime	46	31,7
Mixte	1	0,7
Total	145	100

La thermothérapie était le traitement le plus utilisé avec 67,6%.

Tableau XIII : Répartition selon la durée de guérison

Durée de guérison	Fréquence	Pourcentage(%)
Moins 1 Mois	135	94,4
Plus 1 Mois	8	5,6
Total	143	100

Le taux de guérison avant 1 mois était de 94,4%.

ICONOGRAPHIE



Photos 1-2 : Forme ulcéreuse humide



Photos 3-4-5 : Forme sèche



Photos 6-7-8-9 : Forme ulcère-croûteuse



Photos 10-11 : Forme nodulaire



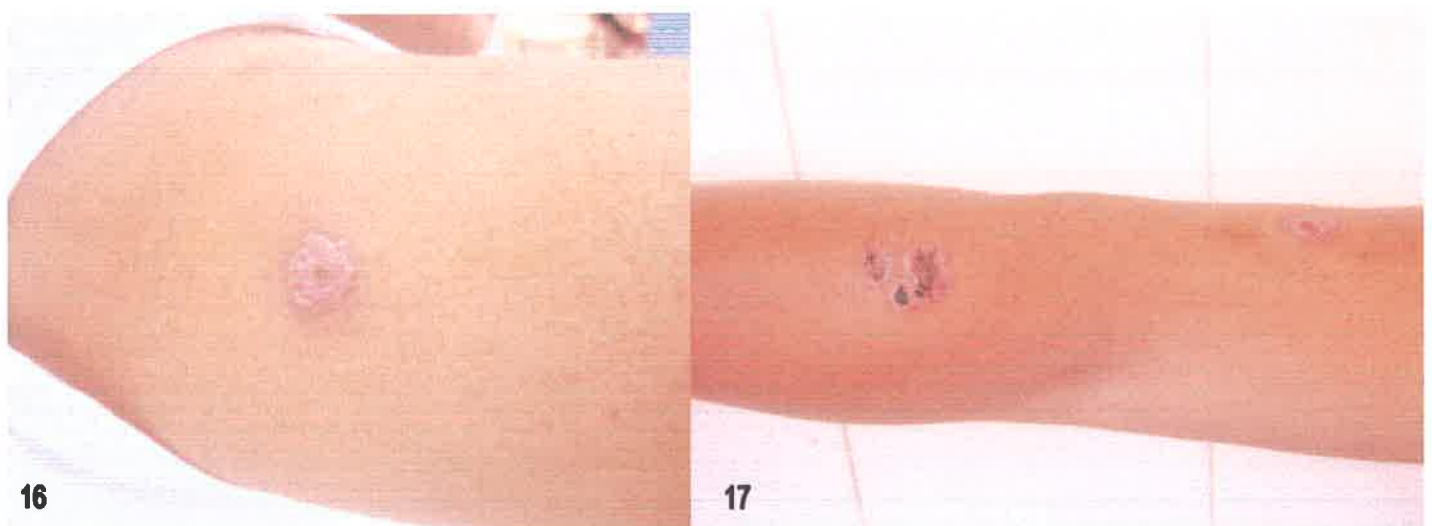
Photos 12-13 : Forme papuleuse



Photo 14 : Forme lymphangitique



Photo 15 : Forme anfractueuse liée au VIH



Photos 16-17 : Patient avant et J7 après traitement par thermothérapie



Photos 18-19 : CICATRICES INDELIBULES ET INESTHETIQUES DE LC

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Discussion méthodologique :

Nous avons voulu faire une étude exhaustive de tout les cas de leishmaniose cutanée venus consulter dans le service durant les 4ans de l'étude. Nous n'avons pu inclure que 146 cas. Cette limitation de la taille de l'échantillon s'est expliquée par les perdus de vue lors du suivi. Certains malades se voyant améliorés après le traitement par la thermomachine ne se sont plus présentés. Cependant notre étude prospective a pu inclure un nombre de cas plus appréciable que les études rétrospectives antérieurement menées par Keita et al qui ont inclus 251 cas en cinq ans [2] et 126 cas en 21mois [6].

Discussion épidémiologique : Notre échantillon de 146 malades représente 6‰ des malades dermatologiques observés dans le service.

-Selon les années :

On notait une décroissance du nombre de cas selon les années.

TRAORE et al. En 2001 à Ouagadougou [7] a rapporté une évolution croissance des cas au cours son étude.

-selon l'âge et le sexe : La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-29 ans (34,93%). Les malades observés au cours de notre étude étaient relativement jeunes (26,88 ans). La leishmaniose cutanée a été observée par plusieurs autres auteurs chez cette tranche d'âge [2,5,6]. Tall K. au CNAM en 2008[3] a rapporté la prédominance de la tranche d'âge de 10-19 ans.

Le sexe masculin représente 74% des cas, avec une sex-ratio égale à 2,84 en faveur du sexe masculin. De nombreux auteurs ont noté une prédominance masculine [2,3, 6,7]. La plus forte activité rurale de la population de cette tranche d'âge semble expliquer cette prédominance de cas liés à une forte exposition aux piqûres des phlébotomes.

- Selon la résidence et la profession : Nos patients résidaient surtout dans les régions de Kayes (28,77%) et de Koulikoro (20,55%). Six cas survenant chez des étrangers on été noté venant surtout des pays limitrophes du Mali.

Ceci pourrait s'expliquer par leur proximité relative du centre de référence dermatologique qui se trouve à Bamako et probablement par la forte prévalence de la leishmaniose cutanée dans ces régions notamment dans la région de Kayes.

La prédominance de ces régions a été notée par beaucoup d'autres auteurs [2,3,6]

Les élèves étaient majoritaires avec 28,08% des cas. Tall K. au CNAM en 2008[3] a rapporté la prédominance des élèves 25% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils étaient des sujets neufs dans une aire géographique dont t-ils ne sont pas souvent originaires. Par ailleurs ces élèves pendant la saison hivernale, période de vacances et période de prolifération des vecteurs, exercent des travaux champêtres et de gardiennage des animaux.

-Selon l'ethnie :

Les Sarakolés (23,97%) et les peulhs (23,31%) étaient majoritaires. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils occupent les régions à forte prévalence de leishmaniose cutanée comme la région de kayes.

Discussion clinique :

-Selon le mois de début des lésions :

Nous avons noté deux pics de survenue de la leishmaniose cutanée dans l'année : mai-juillet-aout (saison pluvieuse) et novembre (saison froide). Cette distribution saisonniere de la maladie s'expliquerait par une forte densité de phlébotomes et une forte exposition des populations au cours des travaux champêtres pendant ces périodes de l'année. On peut aussi penser que pendant la saison froide, le fait d'allumer des feux de bois la nuit pour se réchauffer attirent les vecteurs.

Certains auteurs ont rapporté des résultats similaires [2,7].

- Selon la durée évolutive de la maladie avant consultation :

Nos patients ont consulté en moyenne environ 5 mois après le début de la maladie. 28,77% de nos patients ont consulté au troisième mois de la maladie.

Certains auteurs [3,7] ont rapporté que la majorité des patients consultent en général vers le deuxième mois et presque toujours avant le quatrième mois si les lésions ne guérissent pas avant.

Le long délai de consultation est à relier à l'itinéraire thérapeutique des malades et peut être aussi à l'accessibilité géographique.

-selon le nombre de lésions chez les malades:

Dans notre étude, la localisation multifocale chez un même patient était fréquente (82.19% des cas).

Keita et al. en 2003 au CNAM [2] et Tall K. en 2008 au CNAM [3] ont rapporté des taux similaires 80,1% et 82,1%.

Ceci pourrait s'expliquer par la forte transmission de la maladie et le manque de mesures de protection vestimentaire des malades.

-Selon le type de lésion :

Notre étude a révélé que 57,53% de nos patients ont présenté des ulcères et

2,74% des patients ont présenté une dissémination lymphatique. Les cas associés au VIH ont présenté des formes cliniques assez sévères à type de pyoderma gangrenosum ou de nodules disséminés d'aspect de lèpre lépromateuse, de lymphome cutané ou de sarcoïdose.

Certains auteurs ont rapporté des résultats similaires [2,3].

-Selon la topographie des lésions :

Dans notre étude nous avons observé plusieurs topographies des lésions : membre supérieur, membre inférieur, visage, et mixte. 43% de nos patients avaient une topographie mixte aux membres supérieurs. La localisation palmoplantaire a été observée chez un enfant d'une année.

TRAORE et al. en 2001 à Ouagadougou [7] qui ont rapporté 53% des membres supérieurs et 47% des membres inférieurs.

KEITA. en 2005 au CNAM [6] a rapporté 41,27% des cas pour membres supérieurs et 30,15% des cas pour membres inférieurs.

Tall. en 2008 au CNAM [3] a rapporté 52,7% de localisation mixte.

Notre étude s'accorde avec ces études antérieures pour reconnaître que ce sont les parties découvertes du corps qui sont la cible de piquûre des vecteurs et de ce fait le siège des lésions.

- Selon le résultat du laboratoire :

L'examen direct de frottis au microscope ordinaire après coloration au MGG a permis d'observer des corps de LEISHMAN dans 72% des cas au grattage et 16,8% à la ponction. Il semblerait que les résultats obtenus par grattage des bords des lésions donnent plus de positivité que ceux obtenus par ponction aspiration de la lésion.

Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude de KEITA. en 2005 au CNAM [6] qui a rapporté 84% de positivité. Tall. En 2008[3] a rapporté 94,6% de positivité.

Ces résultats semblent refléter une concordance appréciable du diagnostic clinique et parasitologique.

Discussion thérapeutique :

Un traitement traditionnel ou médical non spécifié a été observé chez la majorité de nos cas. Le Glucantime® n'avait jamais été prescrit à nos patients avant leur admission dans le service. Le fer chaud ou la braise ardente sont utilisés par certaines de nos populations pour le traitement des cas de leishmaniose cutanée.

TRAORE et al. en 2001 à Ouagadougou [7] ont rapporté l'automédication et la forte prescription des antibiotiques par voie générale dans les formations sanitaires (70,3%). TALL au CNAM en 2008[3] a rapporté 69,6% de traitement traditionnel ou médical non spécifié.

Les deux groupes (Glucantime®) et thermomachine) étaient comparables par rapport aux variables suivant : Sexe, Tranche d'âge, Provenance des patients, Nombre lésion, Topographie de lésion, Type de lésion

Nous avons noté une supériorité de la thermothérapie (guérison de 94,4% des cas en moins d'un mois) sur le Glucantime® (guérison de 5,6% des cas en plus d'un mois) dans le traitement des cas de leishmaniose.

Ces résultats se rapprochent de ceux obtenus par certains auteurs :

Reithinger et al. à Kabul en Afghanistan en 2003 [8], TALL au CNAM en 2008[3].

CONCLUSION :

Le polymorphisme lésionnel et les difficultés de prise en charge nous ont incités à mener cette étude sur les aspects cliniques et thérapeutiques de la leishmaniose cutanée dans le service de dermatovénérologie du CNAM.

Cette étude a permis de révéler :

- La distribution des cas de leishmaniose cutanée dans toutes les régions du pays, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural avec une forte concentration dans la région de Kayes 28,77% des cas.
- Toutes les tranches sont atteintes avec une prédominance chez 20-29 ans avec une sex-ratio de 2,84 en faveur des hommes.

Les leishmanioses présentent une grande diversité d'espèces parasitaires et un polymorphisme clinique parfois déroutant.

- Les ulcères ont constitué les types de lésions les plus fréquentes avec 57,53% des cas chez les patients.
- Nous avons noté une rapidité de la guérison chez les malades traités par thermothérapie 94,4% des cas en moins d'un mois.

Références :

1- OMS Maladie tropicales, Progrès de la recherche 1989-1990 Deuxièmes rapports du programme TDR p 79-87

2- Keita S. Faye O, Ndiaye H.T, Konare H.D. Epidémiologie et polymorphisme Clinique de la leishmaniose cutanée observe au CNAM (Ex Institut MARCHOUX) Bamako Mali. Mali-médical. 2003 ; Tome (VIII) (1-2)-30p.

3-TALL K. Etude épidémio-clinique et prise en charge de la leishmaniose cutanée à Bamako et dans deux villages endémiques du Mali. Thèse de médecine 2008. www.keneya.net/fmpos/theses/2008/med/pdf/08M357.pdf -

4- Thérèse Duriez, Lucien Dujardin, Daniel Afchain, (2002) cours de parasitologie. Laboratoire de parasitologie Faculté de Pharmacie Lille.

Site : <http://archosia.univ-lille2.fr/labos/parasito/Internat/courspar/leishman.html>

5- Sawadogo N.O, Guiguemde T.R, Bories C, et AL. Mise au point sur le foyer actuel de leishmaniose cutanée de Ouagadougou (Burkina Faso).

Bulletin de la Société Française de Parasitologie. 2001 ; vol19 (1).*

6- KEITA F. La leishmaniose cutanée chez les patients reçus a l'unité biologie du CNAM de Janvier 2002 à Octobre 2004. These de médecine 2005.

7- Traoré K.S, Sawadogo N.O , Traoré A, Ouedraogo J.B, Traoré K.L, Guiguemdé T.R. Etude préliminaire de la leishmaniose cutané dans la ville de Ouagadougou de 1996 à 1998. Bull Soc Pathol Exot. 2001 Mar;94(1):52-5.

8- Reithinger R, Mohsen M, Wahid M, Bismullah M, Quinnel R.J, Davies C.R, Kolaczinski J, David J. R. Efficacy of Thermoherapy to Treat Cutaneous Leishmaniasis Caused by *Leishmania tropica* in Kabul, Afganistan:

A Randomized, Controlled Trial. Clin Infect Dis. 2005 Apr 15;40(8):1148-55. Epub 2005 Mar 16.

Fiche signalétique

Nom : TALL

Prénom : Koreissi

Nationalité : Malienne

Titre : Aspects clinique et prise en charge de la leishmaniose cutanée au CNAM.

Année universitaire : 2012 / 2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé : Notre travail est une étude descriptive avec recueil prospectif des données menée dans le service de dermato-vénérologie du CNAM de 2009 à 2012 sur tous les malades consultant pour leishmaniose cutanée.

Au cours de ce travail nous nous sommes proposés de déterminer les caractéristiques socio- démographiques et épidémiologiques des malades vus pour leishmaniose cutanée, de décrire les aspects cliniques observés et de rapporter les modalités de prise en charge des cas ainsi que les résultats du traitement.

La saisie et l'analyse ont été faite sur SPSS et nous a permis de noter :

- * Une prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio de 2,84.
- * Une fréquence élevée de la LC chez la tranche d'âge 20-29 ans.
- * les patients provenaient de toutes les régions du pays et certains pays limitrophes avec une forte concentration dans la région de Kayes.
- * L'ulcère constituait le type de lésion le plus fréquent.
- * La majorité des patients avaient des lésions multifocales.
- * L'utilisation de la thermomachine raccourcissait le délai de guérison des malades.

Mots clés : CNAM, épidémiologie, leishmaniose cutanée, traitement.

Questionnaire clinique

Date de visite :

Prénom et Nom :

Contact :

Lieu de provenance :

Le numéro d'identification du patient :

Age : Sexe : Profession :

Lésion active : Oui [] Non []

Autres cas dans la famille ? : Oui [] Non []

Autres cas dans le village/Quartier : Oui [] Non []

Si oui combien de cas ?

Nombre de lésions :

Topographie des lésions/nombre :

Extrémité : Pied= Jambe= Cuisse=

Main= Avant-bras= Bras=

Tête : Visage= Cou= Crane=

D'autres parties du corps :

Type de lésion :

- Classique -Lipoïde -Sporotricosique

-Eczéma -Cutanée diffuse -Lésion mixte

Stade des lésions :