

Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la leishmaniose cutanée dans le Service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Ouagadougou, Burkina Faso

Epidemiological profile, clinical and therapeutic cutaneous leishmaniasis in the Department of Dermatology at University Hospital in Ouagadougou, Burkina Faso

S. Bamba¹, F. Barro-Traoré², M.K. Drabo³, A. Gouba¹, A. Traoré² et T.R. Guiguemdé¹

¹Institut supérieur des sciences de la santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo Dioulasso, Burkina Faso, ²UFR Sciences de la santé, Université de Ouagadougou, C.H.U. Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso, ³Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS), Bobo Dioulasso, Burkina Faso

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le Service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (C.H.U.-YO). Elle a consisté à répertorier les 251 cas cliniques de leishmaniose notifiés dans les registres de santé dudit service de janvier 1999 à décembre 2007.

La prévalence hospitalière était de 1,1 %. Les femmes représentaient 53 % contre 47 % d'hommes. L'âge moyen des patients était de 22,78 ans ± 12,1.

Les formes cliniques les plus fréquentes étaient celles ulcéro-croûteuses (40,2 %), papulo-ulcéreuses (16,7 %) et papulo-nodulaires (13,9 %). Les lésions siégeaient le plus souvent sur les membres inférieurs (33 %) et sur les membres supérieurs (45 %).

Sur le plan thérapeutique, l'antimoniote de méglumine (Glucantime®) étant le médicament de première intention ne représentait que 25,9 % des prescriptions.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 392-6

ABSTRACT

It is a retrospective study in the Service of Dermatology at the University Hospital Center Yalgado Ouédraogo of Ouagadougou (C.H.U.-YO). This study aimed to list the leishmaniasis clinical cases reported in the registers of this department from January 1999 to December 2007.

In total, 251 leishmaniasis clinical cases have been reported. The hospital prevalence was 1,1 %. Women represented 53 % versus 47 % men. The average age of patients was 22,78 ans ± 12,1.

The most frequent clinical forms were those often crusted (40,2 %), papulo ulcerative (16,7 %) and papulonodular (13,9 %).

Lesions most often sat on the lower limbs (33 %) and thoracic limbs (45 %).

On the therapeutic level, the first line treatment meglumine antimonite (Glucantime®) accounted for only 25,9 % of prescriptions.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 392-6

Key words : epidemiological, clinical, cutaneous leishmaniasis, treatments, Ouagadougou, Burkina Faso

INTRODUCTION

Les leishmanioses sont des parasitoses dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania*. Il s'agit d'une parasitose à distribution mondiale¹. Elles sont transmises lors de la piqûre d'un insecte, le phlébotome, du genre *Phlebotomus*². La population exposée est estimée à 350 millions de personnes et la prévalence mondiale est de 12 millions de cas par an¹. Environ 400.000 nouveaux cas de leishmaniose cutanée apparaissent chaque année, ce qui amène l'O.M.S. à la classer au 6^e rang des plus importantes maladies tropicales¹.

Sur le plan clinique, il y a trois formes de leishmaniose : cutanée, cutanéomuqueuse et viscérale. La leishmaniose cutanée qui nous intéresse ici, touche surtout les jambes et les bras mais aussi le visage^{3,4}. Elle est généralement bénigne. Cependant, elle laisse souvent une cicatrice responsable d'un préjudice esthétique du fait de sa localisation préférentielle sur une région découverte.

L'antimoniote de méglumine ou Glucantime®, commercialisé depuis 1946, reste le traitement de première intention de la leishmaniose cutanée¹.

En Afrique de l'Ouest, Desjeux *et al.* notifiaient que la leishmaniose cutanée était une affection présente de longue date¹.

Au Burkina Faso, où peu d'études ont été menées pour apprécier sa prévalence, les premiers cas de leishmaniose furent notifiés en 1960 par Oddou⁶. *Leishmania major* a été identifié en 1998 comme l'espèce responsable de la leishmaniose cutanée au Burkina Faso⁷.

Depuis 1996, les cas de leishmaniose cutanée augmentent dans la ville de Ouagadougou. Une étude menée entre 1996 et 1998 a recensé 1.847 cas et a permis d'établir une carte de distribution de la maladie dans la ville de Ouagadougou⁸. Une autre étude menée en 2002 a trouvé une prévalence de 13 % pour la co-infection VIH - leishmaniose tégumentaire dans la ville de Ouagadougou⁹. De ces études, des recommandations ont été faites aux autorités sanitaires et à la population dans le cadre de la lutte contre la maladie.

En 2006, le premier cas de leishmaniose cutanée associée au VIH avec extension à la moelle a été notifié dans le Service de Dermatologie du C.H.U.-YO de Ouagadougou au Burkina Faso¹⁰.

Les buts de la présente étude étaient d'étudier le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cas de leishmaniose cutanée dans le Service de Dermatologie du C.H.U.-YO après les recommandations faites suite aux études antérieures.

MATERIELS ET METHODES

Site d'étude

La commune de Ouagadougou, qui abrite la capitale du Burkina Faso, avec 1.300.000 habitants, a servi de site pour la présente étude. Au Burkina Faso, le taux d'alphabétisation est très faible et représentait 21,7 % en 2007¹¹. La population est très jeune ; l'âge moyen est de 21,7 ans et le taux d'accroissement annuel est de 6,8 %. La population du Burkina Faso est à 52 % féminine¹¹. Plus de 44,5 % de la population au Burkina Faso vit en dessous du seuil de pauvreté¹¹.

Les données ont été collectées dans le Service de Dermatologie du C.H.U.-YO de Ouagadougou, premier hôpital de référence au Burkina Faso. Il est fonctionnel depuis 1991, et reçoit, outre les malades de Ouagadougou, ceux référés par les autres formations sanitaires du pays.

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2007. Elle a porté sur les cas de leishmaniose recensés par le Service de Dermatologie du C.H.U.-YO de Ouagadougou. Le diagnostic de leishmaniose cutanée a été basé sur des arguments cliniques confirmés par le diagnostic parasitologique direct des frottis confectionnés à partir du suc dermique des lésions.

Nous avons considéré comme cas clinique de leishmaniose cutanée, toute lésion papulo-nodulaire, creusée au centre par une ulcération recouverte d'une croûte adhérente, indolore, résistante aux antiseptiques usuels et siégeant sur une zone découverte¹.

Technique de collecte de données

La collecte des données a été faite à partir des registres et des fiches de consultations du Service de Dermatologie du C.H.U.-YO de Ouagadougou. Tous les cas de leishmaniose cutanée enregistrés lors de consultations et confirmés par le diagnostic parasitologique direct ont été colligés sur des fiches d'enquête.

Tous les cas répertoriés ont fait l'objet de prélèvement par raclage en bordure des lésions à l'aide de vaccinostyle ou d'écouvillon dans le cas de sérosités.

Ces prélèvements ont été analysés au Laboratoire de Parasitologie - Mycologie du C.H.U.-YO de Ouagadougou.

Un examen parasitologique à la recherche des leishmanies a été fait pour chaque prélèvement après confection de frottis minces puis colorés au *May Grunwald Giemsa*. La lecture a été faite au microscope optique (*Olympus*) à l'objectif x 100. Ce diagnostic parasitologique a confirmé la présence des leishmanies

dans 100 % des cas.

Analyse des données

Pour chaque patient, les éléments suivants ont été pris en compte : le sexe, l'âge, le type de lésion, leur siège et les traitements utilisés. Les données ont été traitées par les logiciels *Epi 6.04 fr*, *Epi info 3.3* et *Excel*. Le test Chi² avec un seuil de signification à $p = 0,05$ a été utilisé pour la comparaison des résultats de l'étude.

Considérations éthiques

Nous avons respecté l'anonymat pour chaque dossier consulté pendant le traitement, l'analyse et la diffusion des résultats. Chaque dossier a été affecté d'un code à cet effet.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, 251 cas de leishmaniose cutanée ont été colligés sur 12.708 patients ayant consulté dans le Service de Dermatologie du C.H.U.-YO de Ouagadougou ; la prévalence hospitalière (dermatologie) de la leishmaniose cutanée était de 1,1 %.

Profil épidémiologique

Il s'agissait de 133 femmes (53 %) et de 118 hommes (47 %). Le *sex ratio* était de 0,89. L'âge des patients variait de 1 à 94 ans.

La moyenne d'âge était 22,78 ans \pm 12,1. Les proportions de patients étaient de 27,1 %, 51,8 % et 21,1 % respectivement chez les moins de 15 ans, ceux de 15 à 30 et de plus de 30 ans.

Profil clinique

Nous avons recensé 13 formes cliniques chez 251 patients (tableau 1), les formes ulcéro-croûteuses (40,2 %), papulo-ulcéreuses (16,7 %) et papulo-nodulaires (13,9 %), étant les plus fréquemment observées (tableau 1).

Dix cas de leishmaniose cutanée diffuse ont été mentionnés (tableau 1). Un état d'immunodépression relative au VIH était associé à cette forme diffuse chez 6 patients (6/10). Le taux moyen de CD4 était de 183 CD4/mm³ de sang. Les 4 (4/10) autres patients n'ont pas accepté le dépistage du VIH.

Le nombre de lésions par patient variait de 1 à 30 avec une moyenne de 5,3.

Les localisations des lésions étaient précisées chez 249 patients sur les 251 cas colligés. Elles étaient fréquemment observées sur les membres supérieurs, 45 % des cas contre 33 % au niveau des membres inférieurs (tableau 2).

Tableau 1 : Répartition des différentes formes cliniques de leishmaniose cutanée chez les 251 patients.

Formes cliniques	Effectifs	Pourcentage (%)
Ulcéro-nodulaire	10	3,9
Papulo-ulcéreuse	42	16,7
Papulo-nodulaire	35	13,9
Ulcéro-croûteuse	101	40,2
Ulcéro-suintante	16	6,3
Ulcéro-végétante	1	0,4
Pseudo-lépromateuse	16	6,3
Cutanée diffuse	10	3,9
Sporotrichoïde	4	1,6
Lupoïde	1	0,4
Squamo-croûteuse	1	0,4
Nodulo-exsulceré suintante	4	1,6
Papulo-exculceré	10	3,9
Total	251	100

Tableau 2 : Répartition des cas selon la localisation des lésions chez les 249 patients.

Localisations des lésions	Effectifs	Pourcentage (%)
Tête	25	10
Tronc	30	12
Membres supérieurs	112	45
Membres inférieurs	82	33
Total	249*	100

*Les localisations des lésions étaient précisées chez 249 patients sur 251 dossiers colligés.

Profil thérapeutique

Parmi les médicaments prescrits, les anti-septiques locaux représentaient 28,5 % des prescriptions, l'antimoniote de méglumine (Glucantime®) en ampoule injectable, 25,6 % ; les antibiotiques par voie générale, 17,4 % et les anti-parasitaires, 13 %, composés essentiellement de métronidazole, d'albendazole, du mebendazole et de tinidazole.

Dans la présente étude, l'antimoniote de méglumine (Glucantime®) était administrée à des doses de 15 à 20 mg/kg/jour par voie intramusculaire ou directement dans les lésions cutanées¹.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

Le *sex ratio* de 0,89 obtenu dans la présente étude montre une prédominance féminine. Notre observation diffère de celles de Qasmis *et al.*¹² au Maroc et de Safar *et al.*¹³ en Iran qui enregistraient respectivement des *sex ratio* de 5,5 et 1,2. Elle diffère aussi de la quasi égalité des sexes rapportée au Burkina Faso par Traoré *et al.*⁸ et en Tunisie par Fenniche *et al.*¹⁴ et Masmoudi¹⁵. Dans la présente étude, la fréquence élevée des lésions chez les femmes serait relative à leur plus grand nombre (52 %) dans la population générale au Burkina Faso¹¹. Cette prédominance féminine pourrait aussi être liée au

caractère inesthétique et indélébile des lésions de leishmaniose cutanée localisées au visage, aux oreilles et sur les membres, ce qui amènerait les femmes à consulter plus facilement.

La moyenne d'âge rapportée de 22,78 ans \pm 12,1 et la prédominance des tranches d'âge de 16 à 30 ans (51,8%) sont en accord avec les observations précédentes de Traoré⁸ et Niamba *et al.*¹⁷ au Burkina Faso, et de Keita *et al.* au Mali¹⁸. La moyenne d'âge de notre population d'étude reflète la jeunesse de la population générale du Burkina Faso qui a un âge moyen de 21,7 ans¹¹. La prédominance des jeunes dans la présente étude pourrait aussi être liée au contexte épidémiologique de la leishmaniose. Les phlébotomes ayant une activité nocturne^{2,19}, les jeunes auraient tendance à être plus exposés à leurs piqûres lors de leur sortie nocturne (fréquentation des lieux de loisirs, activité professionnelle nocturne).

Aspects cliniques

La prédominance des formes ulcéro-croûteuses (40,2 %) est comparable à celle de 68,2 % notée par Traoré *et al.* au Burkina Faso⁸, à celle de 53,1 % enregistrée par Keita *et al.* au Mali¹⁸, enfin à celle de 77,3 % notifiée par les travaux de Fathy *et al.* en Lybie⁴. La prédominance de ces formes cliniques (tableau 1) dans la présente étude est conforme aux données de la littérature où *Leishmania major*, espèce la plus rencontrée au Burkina Faso^{2,7}, réalise typiquement des lésions de ce type^{8,17,18,20}.

Les lésions siégeaient à la tête, au tronc et sur les membres, avec une prédominance sur les membres supérieurs (tableau 2). Ces observations sont comparables à celles de Traoré et Niamba au Burkina Faso^{8,17}, à celle notifiée en Iran par les travaux de Safar¹³ et à celle enregistrée par l'étude de Fathy en Lybie⁴. Cela serait consécutif à la piqûre préférentielle des parties découvertes du corps par les phlébotomes^{2,19}.

Aspects thérapeutiques

Les antiseptiques locaux représentaient 28,5 % des prescriptions, le Glucantime® en ampoule injectable, 25,6 %, les antibiotiques par voie générale, 17,4 % et les antiparasitaires, 13 %.

L'O.M.S. préconise deux médicaments en première intention pour le traitement de la leishmaniose cutanée¹ : les dérivés de l'antimoine (Glucantime®) par voie générale ou par infiltration péri-lésionnelle et la pentamidine (Pentacarinat®) par voie générale.

L'antimoniote de méglumine (Glucantime®) a été utilisé avec succès dans la présente étude par voie intramusculaire de 20 mg par kg de poids corporel et par jour, jusqu'à guérison ou disparition des parasites. D'autres études réalisées dans le même service ont noté l'efficacité de l'antimoniote de méglumine (Glucantime®)^{10,17}. La même molécule a été notifiée par

d'autres travaux en Ethiopie par Padova²⁰, en Tunisie par Masmoudi¹⁶ et au Maroc par Qasmis¹². Cependant, des études ont notifié les effets indésirables de l'antimoniote de méglumine (Glucantime®) en Tunisie par Mlika²¹.

Toutefois, dans notre étude, le taux d'utilisation de 25,6 % de l'antimoniote de méglumine (Glucantime®) reste faible. Ce constat pourrait être lié au coût élevé du Glucantime®, au faible pouvoir d'achat des populations, et au fait que la leishmaniose cutanée peut guérir spontanément sans traitement au bout de 6 mois en moyenne. Aussi, une stratégie de traitement alternatif a été mise en place ; il s'agit de la prévention des infections microbiennes par la prescription des antiseptiques et des antibiotiques dans la présente étude pour assurer une cicatrisation de bonne qualité.

Ailleurs, des études de Dondji *et al.*²² avaient utilisé la combinaison amphotéricine B (application locale) et le métronidazole (voie orale) avec succès. De même, des travaux ont notifié l'utilisation avec succès du pentastamin en intralésion en Lybie⁴ et du stibogluconate au Canada²³.

Aussi, l'itraconazole peut être aussi utilisée en alternative thérapeutique à l'antimoniote de méglumine (Glucantime®)^{24,25}.

CONCLUSION

Dans la présente étude, au total, 251 cas de leishmanioses cutanées regroupés en 13 formes cliniques ont été notifiés de 1999 à 2007 dans le Service de Dermatologie du C.H.U.-YO à Ouagadougou. Les formes les plus fréquentes étaient celles ulcéro-croûteuses et papulo-nodulaires. Pour augmenter l'accessibilité à l'antimoniote de méglumine (Glucantime®) dans nos formations sanitaires, il serait judicieux de revoir à la baisse le prix du traitement. La leishmaniose étant de plus en plus associée à l'immunodépression (VIH/Sida), il serait nécessaire de réaliser la sérologie pour le VIH à tout patient consultant pour une leishmaniose cutanée dans toute formation sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé : Lutte contre la leishmaniose. Rapport du secrétariat conseil exécutif cent dix-huitième session. Genève, O.M.S., 2006 ; 118 : 1-7
2. Sangare I, Gantier JC, Koalaga G, Deniau M, Ouari A, Guiguemdé RT : Sandflies of the south part of Ouagadougou City, Burkina Faso. Parasite 2009 ; 16 : 231-3
3. Paz C, Doumbia S, Keita S, Sethi A : Cutaneous leishmaniasis in Mali. Dermatol Clin 2011 ; 29 : 75-8
4. Fathy FM, El-Kasah F, El-Ahwal AM : Emerging cutaneous leishmaniasis in Sirte-Libya : epidemiology, recognition and management. J Egypt Soc Parasitol 2009 ; 39 : 881-905
5. Desjeux P, Waroquy L, Dedet JP : La leishmaniose cutanée humaine en Afrique de l'ouest. Bull Soc Pathol Exot 1981 ; 4 : 414-25

6. Oddou A : Leishmaniose cutanée en Haute Volta.
Bull Soc Med Afrique Noire langue Française 1960 ; 7 : 284-7
7. Harrat Z, Pralong F, Benikhlef R, Lami P, Belkaid M, Dedet JP : *Leishmania major* Mon-74 as a causative agent of cutaneous leishmaniasis in Burkina Faso.
Trans R Soc Trop Med Hyg 1998 ; 92 : 355
8. Traoré KS, Sawadogo NO, Guiguemé RT : Etude préliminaire de la leishmaniose cutanée dans la ville de Ouagadougou de 1996-1998. Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 : 52-5
9. Guiguemé RT, Sawadogo OS, Boris C : *Leishmania major* and HIV co-infection in Burkina Faso.
Trans R Soc Trop Med Hyg 2003 ; 97 : 168-9
10. Barro-Traoré F, Preney L, Traoré A : Premier cas de leishmaniose cutanée à *Leishmania major* avec extension viscérale à la moelle chez un patient infecté par le VIH au Burkina Faso.
Ann Dermatol Venerol 2007 ; 134 : 42-3
11. Institut national de démographie et statistiques (INDS) : Résultats définitifs du recensement général de la population et de l'habitat.
http://www.Depliant_Resultats_Definitifs_du_RGPH_2007
12. Qasmi S, Elguelbazouri N, Belgnaoui FZ *et al.* : Childhood cutaneous leishmaniasis : Experience of a Moroccan unit of dermatology. Dermatol Online J 2008 ; 15 : 18
13. Talari SA, Talaei R, Shajari G, Vakili Z, Taghaviardakani A : Childhood cutaneous leishmaniasis : report of 117 cases from Iran. Korean J Parasitol 2006 ; 44 : 355-60
14. Fenniche S, Souissi A, Benmously R : La leishmaniose cutanée de l'enfant en Tunisie : étude rétrospective de 60 cas.
Med Trop 2006 ; 66 : 456-60
15. Masmoudi A, Kitar A, Rebai M : La leishmaniose cutanée de la face dans la région de Gafsa, Tunisie.
Bull Soc Pathol Exot 2005 ; 98 : 5
16. Masmoudi A, Maalej N, Mseddi M *et al.* : Glucantime® par voie parentérale, bénéfique versus toxicité.
Médecine et Maladies Infectieuses 2005 ; 35 : 42-5
17. Niamba P, Goumbri-Lompo O, Traoré A : Leishmaniose cutanée chez les malades infectés par le VIH : aspects cliniques et thérapeutiques. Ann Dermatol Venereol 2006 ; 133 : 537-42
18. Keita S, Faye O, Ndiaye HT, Konare HD : Epidémiologie et polymorphisme clinique de la leishmaniose cutanée observée, au CNAM (ex-institut.MARCHOUX) Bamako (Mali).
Mali Med 2003 ; XVIII (1-229) : 1-2
19. Anderson JM, Samake S, Jaramillo-Gutierrez G *et al.* : Seasonality and Prevalence of *Leishmania major* Infection in *Phlebotomus duboscqi* Neveu-Lemaire from Two Neighboring Villages in Central Mali. PLoS Negl Trop Dis 2011 ; 5 : e1139
20. Padovese V, Terranova M, Toma L, Barnabas GA, Morrone A : Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis in Tigray, northern Ethiopia : clinical aspects and therapeutic concerns.
Trans R Soc Trop Med Hyg 2009 ; 103 : 707-11
21. Mlika BR, El Aïdli S, Ben Brahim M *et al.* : Les effets indésirables liés au traitement systémique la leishmaniose cutanée par utilisation du Glucantime : un rapport de la Tunisie.
Med Trop 2008 ; 68 : 499-501
22. Dondji B : Leishmanioses et phlébotomes du Cameroun : le point sur les données actuelles.
Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 : 277-9
23. Abadir A, Patel A, Haider S : Systemic therapy of New World cutaneous leishmaniasis : A case report and review article.
Can J Infect Dis Med Microbiol 2010 ; 21 : e79-83
24. Baroni A, Aiello FS, Vozza A *et al.* : Cutaneous leishmaniasis treated with itraconazole. Dermatol Ther 2009 ; 22 : S27
25. Saleem K, Rahman A : Comparison of oral itraconazole and intramuscular meglumine antimoniate in the treatment of cutaneous leishmaniasis.
J Coll Physicians Surg Pak 2007 ; 17 : 713-6

Correspondance et tirés à part :

S. BAMBA
 Université Polytechnique de Bobo Dioulasso
 Institut supérieur des Sciences de la santé (INSSA)
 BP 1091 Bobo Dioulasso
 Burkina Faso
 E-mail : hsanata@yahoo.fr

Travail reçu le 17 juin 2011 ; accepté dans sa version définitive le 19 juillet 2013.