

Après incubation de plusieurs semaines voire plusieurs mois (6 sem à 6 mois)
La maladie peut se déclarer plus tôt : après 10 à 14 jours après la contamination
Le début est insidieux et progressif et parfois brutal
Fièvre, AEG, des troubles digestifs.

L'examen clinique retrouve qu'un ballonnement abdominal et une SPM discrète

- Phase d'état :

Triade : fièvre+ PALEUR+HEPATO-SPLENOMEGALIE

Fièvre « fièvre folle » c'est le signe le plus constant, au long cours

Pâleur est intense

SPM souvent très volumineuse une des plus grosses rate infantile, elle est en équerre
ferme mobile et indolore

L'hépatomégalie constante parfois plus importante que le SPM, le plus souvent elle
modérée indolore régulière et ferme

Autres signes : Malnutrition, Adénopathies, Un syndrome hémorragique, Un ictère
Un syndrome œdémateux avec ascite, Des manifestations pulmonaires
Néphrite ou souvent protéinurie

Examens complémentaires

Formule sanguine : Pancytopenie

VS très souvent accélérée :> 50 mm la première heure

L'électrophorèse des protéines :

Hypoalbuminémie avec hyper gamma globulinémie majeure ; le rapport albumine/ δ
globuline < 1

Dyslipémie : Hypocholestérolémie et hypertriglycémie

L'immunoélectrophorèse on a une augmentation importante d'IgG

Les réactions immunologiques :

La réaction d'immunofluorescence indirecte : le plus utilisée en raison de sa
sensibilité et sa spécificité positive taux $\geq 1/80$

Technique immuno-enzymatique ELISA

La recherche d'antigène soluble dans les urines

Les examens de certitudes :

L'examen direct :

Le parasite est retrouvé sous sa forme amastigote intra ou extra cellulaire

- La Ponction de moelle osseuse : examen clé le parasite est identifié après coloration par le may-grumwald-giemsa (MGG)
- Ponction splénique et la ponction biopsique hépatique rare et dangereuse surtout si grosse rate
- Ponction ganglionnaire et biopsie intestinale

La culture du parasite : se fait sur un milieu de culture NNN (novy, macneal, nicolle) ensemencement à 25° pendant 21 jours la lecture montre des formes promastigotes.

La PCR : (polymérase Chain réaction) détecte l'ADN du parasite

Le test leishmania nested PCR (Ln PCR) récent fait le diagnostic et le monitoring du traitement

2. Autres formes cliniques :

- Forme du grand enfant : forme assez rare ; la symptomatologie est pauvre et souvent trompeuse
- Formes chroniques : évoluent lentement sur plusieurs mois et sont très peu fébrile
- Formes aiguës : installation brutale et tableau clinique rapidement évolutif
- Formes hémorragiques : tableau évoquant une hémopathie maligne
- Formes splénomégalique sans atteinte hématologique
- Forme apyrétique : rare
- Forme œdémateuse : en rapport avec l'anémie sévère et l'hypoprotidémie
- Forme ictérique
- Forme avec atteinte rénale : très rare
- Forme oculaire : kératite, iritis hémorragie rétinienne
- Formes associées : paludisme, TBC osseuse, FT, hémoglobinopathie, surinfection pulmonaire bactérienne

IV. Diagnostic différentiel : on discute essentiellement une splénomégalie fébrile

Maladies infectieuses : FT, MNI, CMV, brucellose, paludisme, hépatite virale

Hémopathie maligne : LMNH, maladie d'Hodgkin, une histiocytose X, leucose aigüe,

V. Traitement :

But : stériliser l'organisme du parasite

Traitement symptomatique :

- Transfusion
- Antibiothérapie
- Restauration de l'état général : PEC de la malnutrition, des troubles hydro électrolytiques avant de débiter le traitement spécifique

Traitement spécifique :

a) Les dérivés de l'antimoine :

Le glucantime* : amp inj de 5 ml contient 425 mg d'antimoine

Posologie : 20 mg/ kg/j en 2 inj /j en IM profonde

Le traitement par le glucantime peut provoquer des signes de :

- stibio-intolérance : éruption cutanée, myalgies, diarrhée, vomissement, hémorragies graves, syndrome bulbaire fait de toux coqueluchoïde, hyperthermie, tachycardie

Ces manifestations imposent l'arrêt du traitement

- Stibio-intoxication : plus tardive en fin de traitement et même après l'arrêt
Rénales : tubulaires ou glomérulaires, myocardite, hépatiques et polynévrites
Les contre-indications : insuffisance cardiaque, Les maladies rénales et hépatiques graves, syndrome hémorragique, tuberculose pulmonaire
- Durée du traitement :

La durée totale de la cure est d'au moins 1 mois ou mieux 15 j après la stérilisation de la moelle qui est refait au 15^{ème} jour du traitement stibié

Le stibiogluconate de sodium : pentostam* utilisé dans les pays Anglo-Saxon

b) Autres traitement :

L'amphotéricine B : fungizone*

L'amphotéricine B liposomale : Ambisome*

Allopurinol

Critères de guérison : critères de Giraud

- Apyrexie de plus de 2 mois
- Reprise pondérale
- Absence de parasite à la ponction de moelle osseuse
- Négativation de la réaction d'immunofluorescence indirecte
- Réaction positive de l'IDR de Monténégro

VI. Prophylaxie :

1. LE RESEVOIR :

Le réservoir primaire : animal sauvage : rongeurs canidés impossible à atteindre

Le réservoir secondaire : abattages des chiens malades ou errant

2. les vecteurs :

- suppression des sites
- Urbanisation bien conduite
- usage d'insecticides
- La protection des sujets réceptifs
 - Phlébotomaires à mailles plus serrées
 - Produits répulsifs
 - Isolement du chien dans un endroit protégé en fin de journée et durant la nuit pendant toute la saison chaude

VII. Conclusion :

La LV est une maladie relativement fréquente en Algérie

Affection dont l'évolution spontanée est mortelle, pour laquelle il existe un traitement spécifique efficace qui assure une guérison totale et définitive dans une grande majorité des cas.