

Leishmaniose pseudo-lépromateuse mimant une sarcoïdose, circonstance de découverte d'une infection à VIH2

Introduction

La leishmaniose pseudo-lépromateuse pose souvent un problème de diagnostic différentiel avec certaines granulomatoses cutanées d'origine infectieuse ou non. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une leishmaniose pseudo-lépromateuse mimant une sarcoïdose, et constituant la circonstance de découverte d'une infection à VIH2.

Observation

Un patient de 54 ans, résidant à Dakar depuis 35 ans, sans notion de voyage dans les autres régions du Sénégal ou à l'extérieur, avait consulté pour des lésions papulo-nodulaires évoluant depuis 5 mois. Il présentait un bon état général et il n'y avait pas de fièvre. A l'examen dermatologique, il existait des papules et des nodulaires asymptomatiques, disséminées, prédominant à la face, avec une atteinte des oreilles, et donnant un aspect lymphœdémateux à l'avant-bras gauche. En plus, on objectivait des nodules sous-cutanés disposés en « chapelet » aux membres supérieurs. Il n'y avait pas d'atteintes muqueuses. Ailleurs, il existait de micro-adénopathies inguinales d'allure non spécifiques. L'intradermoréaction à tuberculine était anergique. La bacilloscopie était négative. La radiographie du thorax et l'échographie abdomino-pelvienne étaient normales. La calcémie était normale. L'histopathologie cutanée, effectuée à 3 reprises, était en faveur d'une leishmaniose cutanée dans 2 cas et d'une sarcoïdose dans un cas. La glycémie à jeun était supérieure à 1,26g/l à deux reprises, et la sérologie HIV2 était positive. Devant ce tableau, le diagnostic de leishmaniose pseudo-lépromateuse sur Diabète et infection à VIH était retenu. Le taux de CD4 initial était à 50 /mm³. Le patient était mis sous antimoniate de méglumine avec une évolution favorable, mais ce traitement était arrêté à J14 du fait d'une toxicité rénale. Il est actuellement sous itraconazole 400 mg par jour et ARV depuis 4 mois avec une bonne évolution des lésions cutanées.

Discussion

Notre observation est particulière du fait du problème diagnostique qu'elle pose. En effet, ce tableau clinique fait aussi évoquer un lymphome, une lèpre lépromateuse et une sarcoïdose. Cependant, l'absence d'atteinte pulmonaire, la calcémie normale, la bascilloscopie négative et les résultats de l'histopathologie répétée ne sont pas en faveur de ces pathologies. Dans la littérature, il est décrit que l'histopathologie des lésions de leishmaniose cutanée peut mimer un granulome sarcoïdosique. Devant ce dilemme diagnostique, la PCR constitue l'examen discriminatif. Par ailleurs, chez notre malade, l'immunodépression rend difficile la prise en charge thérapeutique avec risque de chronicité des lésions et de rechute après rémission complète.

Primary author: Dr DIOP, Assane (Dermatologie Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar)

Co-authors: Mr DIOP, Khadim (Hopital Aristide Le Dantec); Dr NDIAYE, Mame Tene (Dermatologie Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar); Dr SECK, Biram (Dermatologie Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar); Dr DIOUF, Astou (Dermatologie Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar); Prof. LY, Fatimata (Dermatologie Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar)

Presenter: Dr DIOP, Assane (Dermatologie Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar)