

A crushing ulcerous lesion of the internal angle of the right eye: Cutaneous leishmaniasis is one of the causes

Laouali Salissou¹, Moussa Doulla¹, Maimouna M Ouedraogo¹, Souleymane Brah², Mamane Daou², Djibo Ali³, Eric Adehossi²

¹Department of Dermatology, National Hospital Niamey, Niamey, Niger; ²Internal Medicine, National Hospital Niamey, Niamey, Niger Service; ³Department of Infectious Diseases, National Hospital Niamey, Niamey, Niger

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

ABSTRACT

Niger is a tropical country where leishmaniasis is endemic. The first case was reported in 1911. *Leishmania major* is practically the pathogen found in Niger, a country lying between 8° and 20° north latitudes from the Atlantic to the Chadian border. We report a case of cutaneous leishmaniasis in the type of ulcerative lesion, characterized by its localization at the internal angle of the right eye posing a diagnostic problem. The diagnosis of leishmaniasis was made by parasitological examination. Anatomipathologic examination eliminated cutaneous tuberculosis, pyogenic granuloma, molluscum contagiosum and basal cell epithelioma. Metronidazole management has accelerated healing. Thus in a tropical country, in front of any chronic, painless ulcerative lesion and resistant to all therapeutics, the diagnosis of cutaneous leishmaniasis must be evoked, for a consequent management after confirmation.

Key words: Cutaneous leishmaniasis; Internal right eye angle; Niger

How to cite this article: Salissou L, Doulla M, Ouedraogo MM, Brah S, Daou M, Ali D, Adehossi E. A crushing ulcerous lesion of the internal angle of the right eye: Cutaneous leishmaniasis is one of the causes. Our Dermatol Online. 2018;9(2):203-206.

Submission: 28.06.2017; **Acceptance:** 30.09.2017

DOI: 10.7241/ourd.20182.26

Lésion ulcérocroûteuse de l'angle interne de l'œil droit: la leishmaniose cutanée en est une cause

Laouali Salissou¹, Moussa Doulla¹, Maimouna M Ouedraogo¹, Souleymane Brah², Mamane Daou², Djibo Ali³, Eric Adehossi²

¹Department of Dermatology, National Hospital Niamey, Niamey, Niger; ²Internal Medicine, National Hospital Niamey, Niamey, Niger Service; ³Department of Infectious Diseases, National Hospital Niamey, Niamey, Niger

Corresponding author: Dr. Laouali Salissou, E-mail: danmata@yahoo.com

RÉSUMÉ

Le Niger est un pays tropical où la leishmaniose sévit de façon endémique. Le premier cas a été rapporté en 1911. *Leishmania major* est pratiquement l'agent pathogène retrouvé au Niger, pays situé dans une bande comprise entre les 8° et 20° latitudes nord allant de l'Atlantique à la frontière tchadienne. Nous rapportons une observation de leishmaniose cutanée à type de lésion ulcérocroûteuse, caractérisée par sa localisation à l'angle interne de l'œil droit posant un problème de diagnostic. Le diagnostic de leishmaniose était posé par un examen parasitologique. L'examen anatomopathologique a permis d'éliminer la tuberculose cutanée, le granulome pyogénique, le molluscum contagiosum et l'épithélioma basocellulaire. La prise en charge par le métronidazole a permis d'accélérer la guérison. Ainsi dans un pays tropical, devant toute lésion ulcérocroûteuse chronique, indolore et résistante à toute thérapeutique, le diagnostic de la leishmaniose cutanée doit être évoqué, pour une prise en charge conséquente après confirmation.

Mots clés: Leishmaniose cutanée; Angle interne œil droit; Niger

How to cite this article: Salissou L, Doulla M, Ouedraogo MM, Brah S, Daou M, Ali D, Adehossi E. Lésion ulcérocroûteuse de l'angle interne de l'œil droit: a leishmaniose cutanée en est une cause. *Our Dermatol Online*. 2018;9(2):203-206.

Submission: 28.06.2017; **Acceptance:** 30.09.2017

DOI: 10.7241/ourd.20182.26

INTRODUCTION

Le Niger est un pays tropical où la leishmaniose sévit de façon endémique. C'est une parasitose transmise à l'homme et à certains animaux par la piqure d'un insecte hématophage, le phlébotome. Les formes cutanées sont fréquemment vues en consultation surtout à type de lésions ulcérées ou ulcérocroûteuses [1]. Le parasite quand il est mis en évidence est le *Leishmania major* qui également fait parti de ceux qui sont en cause de la leishmaniose cutanée dans le Mahgreb tels que: le *Leishmania infantum* et le *Leishmania tropica* [2]. Nous rapportons une observation d'une localisation au niveau de l'angle interne de l'œil droit.

OBSERVATION

Il s'est agit d'un garçon de 7 ans qui présentait une lésion ulcérocroûteuse de l'angle interne de l'œil droit évoluant depuis plus de 6 mois, sans notion de traumatisme. Cet enfant vivait dans un des quartiers périphériques de la communauté urbaine de Niamey (capital du Niger) où les patients atteints de leishmaniose cutanée nous parviennent. Devant cette évolution chronique et le caractère réfractaire aux traitements locaux et par l'antibiothérapie générale (amoxicilline en particulier), nous avons évoqué le diagnostic clinique de la leishmaniose cutanée. C'était une lésion de 1 cm de diamètre, à toit ulcérocroûteux reposant sur un nodule inflammatoire (Fig. 1). Cette lésion était indolore mais inquiétante, car augmentant de taille progressivement. Sur le plan général, il n'y avait pas de fièvre, ni d'altération de l'état général. La recherche d'adénopathie ou autre organomégalie était négative. La numération formule sanguine était normale. L'examen parasitologique mettait en évidence la présence de leishmanies amastigotes sans spécifier l'espèce. La recherche des BAAR était négative. L'examen anatomopathologique montrait un infiltrat inflammatoire granulomateux épithéloïde et géantocellulaire sans nécrose caséuse, ayant permis d'éliminer: une tuberculose cutanée, un granulome pyogénique, un molluscum contagiosum et autre processus malin. Le traitement par métronidazole en raison de 25 mg/Kg/jour en deux prises, pendant 8 semaines a accéléré la guérison en laissant une cicatrice indélébile (Fig. 2).

DISCUSSION

La leishmaniose est une maladie parasitaire caractérisée sur le plan clinique par des lésions papulonodulaires



Figure 1: Lésion ulcérocroûteuse avant le traitement.



Figure 2: Guérison avec cicatrice indélébile après le traitement.

qui évoluent le plus souvent vers une ulcération ou une ulcération croûteuse [3,4]. Le caractère clinique de cette lésion observée chez notre patient à type d'ulcération croûteuse est classique de celui des données de la littérature dans leur nombre et leur localisation [5-7]. Cependant cette localisation au visage et précisément à l'angle interne de l'œil droit est rare, faisant évoquer d'autres pathologies telles que: lymphome cutané, la tuberculose cutanée et le granulome pyogénique. Les espèces des parasites mis en évidence sont variables [8,9]. Dans cette observation l'espèce n'a pas été déterminée; Il ressort cependant des travaux de certains auteurs [1,10] que les espèces de leishmanies isolées seraient de type *Leishmania major*, du fait que le Niger est inclus dans le foyer ouest-africain où les rongeurs constituent le réservoir à cet agent responsable de cette zoonose. L'effet du

métronidazole est attesté depuis la première étude mondiale au Mexique sur *Leishmania mexicana*, malgré que ce produit ne constitue pas une indication dans le traitement de la leishmaniose [11]. Les résultats obtenus à partir de cette étude mexicaine ont incité d'autres travaux sur le *Leishmania major* avec des résultats variables [11-14]. Certains auteurs défendent l'abstention thérapeutique, étant donné l'évolution vers la guérison spontanée dans plus de la moitié des cas en moins de 3 mois [15]. De nouveaux traitements ont été rapportés mais avec une variabilité des résultats et une taille petite des séries [16,17]. Différentes études au Niger utilisant le kétoconazole [10] l'antimoniote de méglumine [1] ont montré leur efficacité. Dans cette observation tout comme dans un travail que nous avons effectué [18], nous avons obtenu une accélération de guérison avec le métronidazole en 8 semaines. Le métronidazole accélère la guérison dans certains cas, après l'échec de traitement par l'antimoniote de méglumine [19].

CONCLUSION

La localisation à l'angle interne de l'œil d'une lésion de leishmaniose est rare; dans tous les cas toutes lésions ulcérocroûteuse indolore, chronique et résistante aux soins locaux et traitement général par antibiothérapie, doit faire évoquer une leishmaniose. Le métronidazole fait partie des molécules qui accélèrent la guérison.

REFERENCES

1. Develoux M, Blanc L, Garba S, H, Ravisse P, Cenac A. Etude clinique et épidémiologique de la leishmaniose cutanée au Niger. Cahiers Santé. 1999; 130-4.
2. Aoun K, Ben Abda I, Bousslimi N, Beltaib J, Siala E, Ben Abdallah R, et al. Caractérisation comparative des trois formes de leishmaniose cutanée endémiques en Tunisie. Ann Dermatol Vénéreol. 2012;139:452-8.
3. Chang P, Meaux T, Calderon G, Bay L. Ulcerated Cutaneous Leishmaniasis. Our Dermatol Online. 2015;6:92-3.
4. Tamer F, Yuksel ME. A distinct cutaneous leishmaniasis lesion on the tip of the patient's nose. A visual warning for European colleagues. Our Dermatol Online. 2017;8:108-9.
5. Strobel M, N'Diaye B, Renault. Steens C, Dedet JP, Marchand JP. Traitement de la leishmaniose cutanée par le métronidazole. Med Mal Infect. 1978;8:98-101.
6. Hjira N, Frikh R, Marcil T, Lamsyah H, Oumakhi S, Baba N, Bouli M. Aspects épidémiologiques et évolutifs chez 157 cas de leishmaniose cutanée au Maroc. Pan Afr Med J. 2014;17:272.
7. Solomon M, Trau H, Schwartz E. Leishmaniose cutanée de l'Ancien Monde: une maladie ancienne en attente de nouveaux traitements. Ann Dermatol Vénéreol. 2008;135:357-9.
8. Lenvers P, Marty P, Peyron F. Ulcération chronique du visage: penser à une leishmaniose cutanée métropolitaine due à *leishmania infantum*. Ann Dermatol Vénéreol. 2013;140:704-7.
9. Soumia C, Widad S, Tarik M, Meriem R, Hakima B. Les leishmanioses cutanées à *Leishmania major* et à *Leishmania tropica* au Maroc: aspects épidémiocliniques comparatifs de 268 cas. Pan Afr Med J. 2014;19:160.
10. Develoux M, Blanc L, Cenac A. Traitement de la leishmaniose cutanée par le kétoconazole en République du Niger. Med Mal Infect. 1987;4:156-8.
11. Beltran H, Gutierrez M, Biagi F. Utilité de métronidazole dans le traitement leishmaniose cutanée mexicaine. Bull Soc Pathol Exot. 1967;60:61-4.
12. Belhadjali H, Elhani I, Youssef M, Babba H, Zili J. Traitement leishmaniose cutanée par le métronidazole: 30 cas. Pres Med. 2009;38:325-6.
13. Masmoudi A, Dammak A, Bouassida S, Elleuch N, Akrouf F, Turki H, Zahaf A. Intérêt du métronidazole dans le traitement leishmaniose cutanée. Soc Fr Pharmac Thera. 2007;62:68-9.
14. Kassa-Kelembho E, Kobangue L, Huerre M, Morvan JM. Premier cas de leishmaniose cutanée d'importation à Bangui, métronidazole en République Centrafricaine: efficacité du métronidazole. Med Trop. 2003;63:597-600.
15. Buffet P. Leishmaniose cutanée: peut-on déterminer l'espèce infectante sur la seule clinique ? Ann Dermatol Vénéreol. 2012;139:515-7.
16. Weibel Galluzo C, Epero G, Mauris A, Chappuis F. Leishmaniose cutanée de l'Ancien monde. Rev Med Suisse. 2013;9:990-4.
17. Van Thiel PP, Leenstra T, Kager PA, De vries HJ, Van Vugt M, Van der Meid WF, et al. Miltefosine treatment of leishmania major infection: An Observational Study Involving Dutch Military Personnel Returning from Northern Afghanistan. Clin Infect Dis. 2010;50:80-3.
18. Salissou L, Brah S, Sani Maman L, Daou M, Assane F, Balaka A, et al. Traitement de la leishmaniose cutanée par le métronidazole: à propos de 78 cas au Niger. J Rech Sci Univ Lomé (Togo). 2016;18:301-6.
19. Ben Lagha I, Mokni S, Yaakoub A, Aounallah A, Saïdi W, Bousofara L, et al. Echec thérapeutique de la leishmaniose cutanée (LC) par glucantime par voie orale: émergence d'une résistance: à propos de 5 observations. Poster N° 258 JDP 2016.

Copyright by Laouali Salissou, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared.