



Forme mutilante de leishmaniose cutanée à localisation nasale : A propos d'un cas au service de Dermatologie-Vénéréologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger.

Mutilating form of cutaneous leishmaniasis with nasal localization : A case report from the dermatology-Venereology department of the National Hospital of Niamey, Niger.

Laouali S^{1,2}, Laouali Idi MS^{2*}, Ouédraogo Mamadou M³, Ousmane S², Halidou Sidibé R⁴, Inouss Issa A⁵, Abdourahmane ATA², Ango A³, Abdoulaye M⁶, Harouna M⁴.

Reçu le 23-12-2024

Accepté le 22 -08-2025

Publié le 30-09-2025

Mots-clés

Leishmaniose, parasitose, nasale, lésions, ulcéro-bougeonante, leishmania.

Résumé

Introduction : La leishmaniose cutanée est une dermatose parasitaire due à un parasite du groupe leishmanie, transmise à l'homme par la piqûre d'un insecte hématophage, le phlébotome. Certaines de ses formes cliniques peuvent être mutilantes. L'objectif de ce travail était de rapporter un cas de leishmaniose cutanée de localisation nasale dans sa forme ulcéro-croûteuse et bourgeonnante, diagnostiquée chez une patiente et prise en charge au service de Dermatologie-Vénéréologie de l'Hôpital National de Niamey.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 16 ans, résidente en milieu rural et présentant des lésions ulcéro-croûteuses et bourgeonnantes, indolores, œdématisées avec déformation du nez. Le frottis du suc dermique réalisé chez la patiente a mis en évidence des leishmanies. Le diagnostic de leishmaniose cutanée a ainsi été retenu. Cette forme à localisation nasale peut être confondue à une tuberculose cutanée verruqueuse, à un rhinophyma ou à un carcinome basocellulaire. La prise en charge avec le métronidazole avait permis d'obtenir une cicatrisation complète des lésions, laissant cependant une hyperpigmentation indélébile et inesthétique.

Conclusion : La leishmaniose cutanée est une pathologie parasitaire tropicale fréquente au Niger. Les formes ulcéro-croûteuses peuvent parfois être mutilantes. Une prise en charge adéquate avec des antibiotiques donne des résultats satisfaisants.

Keywords

Leishmaniasis, parasitic disease, lesions, nasal, ulcerative, Leishmania.

Abstract

Introduction : Cutaneous leishmaniasis is a parasitic skin disease caused by a parasite of the *Leishmania* group, transmitted to humans by the bite of a blood-sucking insect, the sandfly (*phlebotomus*). Some of its clinical forms can be mutilating. The objective of this work was to report a case of cutaneous leishmaniasis with nasal localization in its ulcerocrustous and budding form, diagnosed in a patient and managed at the Dermatology-Venereology department of the Niamey National Hospital.

Observation : We report the case of a 16-year-old female patient, residing in a rural area, presenting with ulcerocrustous and budding, painless, edematous lesions with nasal deformation. A smear of the dermal fluid performed on the patient revealed leishmania. The diagnosis of cutaneous leishmaniasis was thus confirmed. This form with nasal

localization can be mistaken for verrucous cutaneous tuberculosis, rhinophyma, or a basal cell carcinoma. Management with metronidazole allowed for complete healing of the lesions, leaving, however, an indelible and unaesthetic hyperpigmentation...

Conclusion: Cutaneous leishmaniasis is a common tropical parasitic disease in Niger. The ulcerocrustous forms can sometimes be mutilating. Adequate management with antibiotics yields satisfactory results.

Introduction

La leishmaniose cutanée représente un problème majeur de santé publique dans des nombreuses régions tropicales et subtropicales, dont le Niger. Le premier cas de leishmaniose cutanée au Niger a été décrit en 1911 [1]. C'est une anthroponose due à un parasite protozoaire flagellé du groupe leishmanie, transmise à l'homme par la piqûre d'un insecte le phlébotome (moucheron à activité crépusculaire et nocturne dont la femelle seule est hématophage) [1-3]. Il existe plusieurs espèces des leishmanies dans le monde, mais les espèces couramment dermatotropes en Afrique sont le *leishmania Major* (*L. Major*), le *leishmania Tropica* (*L. tropica*) et le *leishmania Aethiopica* (*L. aethiopica*) [3-5]. Les manifestations cliniques de la leishmaniose chez l'homme peuvent être cutanées, cutanéomuqueuses ou viscérales. Les formes cutanées peuvent être localisées, diffuses ou disséminées [3,4]. Certaines formes localisées sont sévères, destructrices et inesthétiques particulièrement lorsqu'elles siègent au niveau du visage. La localisation nasale représente alors une des formes les plus redoutables, en raison de son potentiel mutilant et de son retentissement psychosocial majeur [2,4]. L'objectif de ce travail était de rapporter un cas de leishmaniose cutanée de localisation nasale dans sa forme ulcéro-croûteuse et bourgeonnante, diagnostiquée chez une patiente et prise en charge au service de Dermatologie-Vénérologie de l'Hôpital National de Niamey.

Patiente et observation

Mlle M.A, 16 ans, élève, résidente d'une zone rurale (Téra), sans antécédents pathologiques connus, était reçue en consultation pour des lésions ulcéro-croûteuses, suintantes, indolores localisées sur le nez. La patiente rapportait que l'évolution a duré plus de 7 mois. Les lésions étaient localisées sur la pointe et l'aile droite du nez, progressivement atteignant les autres parties du nez et la joue droite. Il n'y avait pas de notion de rhinorrhées, d'épistaxis, d'obstruction nasale, de fièvre, d'amaigrissement et d'asthénie. Au cours de ses nombreuses consultations, elle aurait reçu comme traitement et sans succès de l'ivermectine, de l'amoxicilline et de la flucloxacilline, sans déterminer la durée de ce traitement.

Affiliations :

1. Université Abdou Moumouni de Niamey-Niger,
2. Dermatologie Vénérologie, Hôpital National de Niamey-Niger
3. Dermatologie- Vénérologie, Hôpital National de référence de Niamey
4. Centre Dermato-Lèpre Boukoki Niamey-Niger,
5. Dermatologie-Vénérologie, Hôpital Amirou Boubacar de Niamey
6. Centre National de lutte contre les IST/Niamey-Niger

*Auteur correspondant : Dr Laouali Idi Mamane Sani ; E-mail : limsani1@yahoo.fr
Téléphone: + 227 98 04 04 47; Dermatologue – Vénérologue, Hôpital National de Niamey.

A l'examen dermatologique on retrouvait : un placard ulcérocroûteux, bourgeonnant, suintant, œdématié, bien limité, reposant sur une base inflammatoire ; à la palpation ce

placard était douloureux et couvrait la pointe et l'aile droite du nez ; ce placard était secondé d'une lésion nodulaire hyperchromique de plus de 1 cm de diamètre, également indolore et localisée sur la joue droite (**Figure 1 (A, B) : avant le traitement**). L'examen oto-rhino-laryngologique ainsi que l'examen des aires ganglionnaires cervico-faciales étaient normaux. L'examen clinique des autres appareils et systèmes était sans particularité. Sur le plan paraclinique la recherche des leishmanies au frottis dermique était revenue positive (sans préciser la souche de leishmanie). L'IDR à la tuberculine et la sérologie rétrovirale étaient négatives.

La numération formule sanguine, la glycémie, les transaminases hépatiques étaient normales. Le diagnostic de leishmaniose cutanée ulcérocroûteuse et bourgeonnante était retenu sur la base des arguments cliniques et paracliniques.



Figure 1 (A, B) : J0 (Admission) : A : placard ulcérocroûteux, œdématié du nez (face) ; B: placard ulcérocroûteux, œdématié du nez (profil droit)

Le traitement comportait des soins locaux (trolamine émulsion) et un traitement général (métronidazole : 30 mg/kg/24h réparties en deux prises) durant 6 semaines. Après 2 semaines de traitement, le tableau clinique était marqué par une réduction de l'œdème nasal, une cicatrisation progressive des lésions ulcérocroûteuses et un affaissement de la lésion nodulaire (**Figure 2 (A, B) : J 14 du traitement**).



Figure 2 (A, B) : J14 du traitement ; A: placard ulcérocroûteux en phase de cicatrisation (face) ; B : placard ulcérocroûteux en phase de cicatrisation (profil droit)

La cicatrisation complète de toutes les lésions était obtenue après 6 semaines de traitement, laissant une hyperchromie post-cicatricielle inesthétique (**Figure 3 (A, B) : J 42 du traitement**).



Figure 3 (A, B) à J42 du traitement. A : Cicatrisation complète des lésions (face). B : Cicatrisation complète des lésions (profil droit)

Discussion

La leishmaniose cutanée est une parasitose fréquente dans le milieu rural au Niger [1] comme le témoigne la provenance de notre patiente. Même si le type de leishmania n'est pas déterminé chez cette patiente, il ressort des nombreuses études que la principale souche de leishmania fréquemment rencontrée au Niger est le *L. Major* [1,5]. Le principal vecteur de ce parasite est le phlébotome, insecte diptère, actif au crépuscule et la nuit ayant une prédilection pour les zones exposées du corps humain. Le visage particulièrement le nez est aussi une cible préférentielle [2, 3].

La localisation nasale chez notre patiente illustre bien cette description. Après inoculation du parasite (forme promastigote), une incubation d'une durée variable (quelques semaines à plusieurs mois) est nécessaire pour permettre son passage à la forme amastigote, permettant ainsi sa multiplication et sa diffusion dans le derme ; d'où l'apparition des premiers signes cliniques sur le site d'inoculation [1-3]. Les manifestations cliniques de la leishmaniose cutanée sont nombreuses et variées. Chez notre patiente il s'agissait d'une forme ulcéro-croûteuse et bourgeonnante sans atteinte de la muqueuse nasale telle confirmée par l'examen otorhinolaryngologique. Cette forme ulcéro-croûteuse, bourgeonnante constitue une des formes cliniques la plus rapportée [1-6]. La localisation nasale, affichante et mutilante n'est pas rare comme le démontrent les données de littératures [7-9]. Mais la difficulté diagnostique de cette forme clinique réside dans le risque de confusion avec une tuberculose nasale [10], un rhinophyma [11,12] ou un carcinome basocellulaire du nez [13]. Le métronidazole a été prescrit en première intention chez notre patient. Des études réalisées au Niger [1,14] ont montré son efficacité dans la prise en charge de la leishmaniose cutanée, avec une durée de traitement allant de 4 à 6 semaines. Chez cette patiente, la cicatrisation complète des lésions était obtenue après 6 semaines de traitement ; seules persistaient des lésions séquellaires atrophiques pigmentées post-inflammatoires sur le nez et la joue. Ces types de lésions séquellaires atrophiques sont également rapportées dans certaines publications [1, 7,14].

Conclusion

La leishmaniose cutanée est une pathologie parasitaire tropicale fréquente au Niger. Les formes ulcéro-croûteuses peuvent parfois être mutilantes. La prise en charge avec le métronidazole pendant 6 semaines donne des

résultats satisfaisants avec très souvent des séquelles inesthétiques.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. 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*. 2016;18(1):151–6. doi:10.4314/jrsul.v18i1.
2. Mokni M. Leishmanioses cutanées (Cutaneous leishmaniasis). *Ann dermatol venereol*. 2019; 146 (3): 232 – 246.
3. Develoux M, Blanc L, Garba S, Mamoudou H, Ravisse P, Cenac A. Étude clinique et épidémiologique de la leishmaniose cutanée au Niger. *Cah Etudes Rech Francoph Santé*. 1991;1(2):130–4..
4. Soares VB, Almeida AS, Sabroza PC, Vargas WP. Epidemiological surveillance of tegumentary leishmaniasis: local territorial analysis. *Rev Saude Publica*. 2017 ; 26;51:51. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006614.
5. Blaizot R, Lamine MM, Saout M, Issa K, Laminou IM, Duvignaud A, Demar M, Douthi M. Molecular detection of *Leishmania major* human infections in the Zinder area, Niger. *BMC Infect Dis*. 2025 Jul 1;25(1):871. doi: 10.1186/s12879-025-11229-2.
6. Gilkey T, Ulman CA, McGwire B, Plaza JA. Cutaneous *Leishmania aethiopica* diagnosed in the United States. *Dermatol Online J*. 2021 Aug 15;27(8). doi: 10.5070/D327854705.
7. Qasmi S, Elguelbazouri N, Belgnaoui FZ, Marcil T, Bouhllab J, Senouci K, et al. Childhood cutaneous leishmaniasis: Experience of a Moroccan unit of dermatology. *Dermatol Online J*. 2008 Dec 15;14(12):18.
8. Gilkey T, Ulman CA, McGwire B, Plaza JA. Cutaneous *Leishmania aethiopica* diagnosed in the United States. *Dermatol Online J*. 2021 Aug 15;27(8). doi: 10.5070/D327854705.
9. El Kartouti A, Elbenaye J, Miloudi M. Leishmaniose cutanée érysipéloïde: à propos d'une observation clinique. *Pan Afr Med J*. 2015 May 25;21:54. doi:10.11604/pamj.2015.21.54.5967.
10. Doulla M., Salissou L., Korsaga/Some N., Ouédraogo M., Aminou L., Zaki H., et al. (2022).

- Warty cutaneous tuberculosis of the nose: A rare localization. *Our Dermatol Online*. 2022;13(1):50–52. doi:10.7241/ourd.20221.11..
11. Bari AU, Ejaz A. Rhinophymous leishmaniasis: A new variant. *Dermatol Online J*. 2009 Feb;15(3):10. doi:10.5070/D36GG453Q7.
12. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, Severity, Impact and Management. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020; 11;13:537-551. doi: 10.2147/CCID.S201290.
13. Ramli I, Hassam B. Cas historique de carcinome basocellulaire du nez. *Pan Afr Med J*. 2014, 27;19:326. doi:10.11604/pamj.2014.19.326.4393.
14. Salissou L, Doulla M, Ouedraogo MM, Brah S, Daou M, Ali D, et al. Lésion ulcérocroûteuse de l'angle interne de l'œil droit: la leishmaniose cutanée en est une cause. *Our Dermatol Online*. 2018;9(2):203–206. doi:10.7241/ourd.20182.26.