

LA LEISHMANIOSE CANINE



www.sfcyno.com

La leishmaniose canine est une maladie due à un protozoaire : *Leishmania infantum* transmise par un moustique : le phlébotome. On parle de maladie vectorielle inoculable. C'est également une zoonose, ce qui signifie que l'Homme peut être atteint et développer une leishmaniose.

Après une description de la maladie chez le chien, des modalités diagnostiques et des traitements, un bilan sera fait sur la transmission et l'émergence de cette maladie.

A) DESCRIPTION DE LA LEISHMANIOSE GÉNÉRALE CANINE.

On a constaté récemment que quelques mois après la piqûre de phlébotome infecté, se développe un chancre localisé à la truffe, au chanfrein, ou à la face interne des conques auriculaires, qui évolue vers la guérison spontanée en 4 à 8 mois sans laisser de cicatrice.

Classiquement, une forme chronique se développe. Les motifs d'appel sont très polymorphes, et c'est souvent un ensemble de symptômes qui conduit à une suspicion de leishmaniose. Il arrive néanmoins que certains signes « caractéristiques » soient totalement absents, rendant le diagnostic encore plus subtil.

Les signes généraux sont :

-Modification du caractère : lié à un **abattement marqué**, pouvant aller jusqu'à un état de torpeur.

-**Amaigrissement** : souvent très marqué, donnant au chien un aspect misérable, avec des saillies osseuses ; en particulier l'atrophie des muscles du crâne lui donne une «tête de vieux».

-Modifications sanguines : **anémie, leucopénie**, monocytose, thrombopénie, forte augmentation de la globulinémie, diminution de l'albuminémie, inversion du rapport albumine/globuline.

-**Perte de poils** : sur le pourtour des yeux, les oreilles, le chanfrein, cou, coudes, jarrets, queue ; parfois sur tout le corps. Diffuse, ou au contraire bien délimitée. Très souvent accompagnée d'un **squamosis abondant et généralisé** (zones non dépilées également touchées) d'aspect très fin caractéristique. (Ne répond pas aux traitements habituels et ne provoque pas de démangeaisons).

-**Hypertératose** : observable notamment sur le **chanfrein et la truffe** (souvent craquelée), sur le bord des oreilles, sur les coudes, les ischions, les jarrets. Parfois allongement des griffes.

-Ulcérations : laissant suinter une sérosité riche en leishmanies ; se recouvrent d'une croûte jaunâtre. Principalement sur la tête et les membres ; les plus caractéristiques

s'observent à l'angle des narines, sur la face externe des oreilles, sur les coussinets plantaires. Ulcérations possibles également dans les cavités nasales et sur la muqueuse buccale.

-Ganglions lymphatiques : hypertrophiés, surtout en début de maladie. Chez le chien, la plupart des ganglions superficiels deviennent très perceptibles, notamment les sous glossiens, pré scapulaires, poplités ; palpation non douloureuse.

-Rate : splénomégalie modérée, mais palpation parfois douloureuse.

-Des troubles oculaires (kératite bilatérale parfois accompagnée d'ulcère cornéen).

-Troubles locomoteurs, et en particulier des cas de **polyarthrite leishmanienne** (3 à 5 % des cas) d'apparition aiguë.

B) EVOLUTION.

Lors de formes aiguës (rares), les animaux en général âgés de moins de 18 mois présentent une hyperthermie franche ($>41^{\circ}\text{C}$), des tremblements et décèdent en quelques jours.

L'évolution de la forme chronique est lente, de quelques mois à quelques années, avec des poussées d'aggravation des symptômes : troubles rénaux et hépatiques, diarrhées hémorragiques...La mort survient dans 80 à 90% des cas. **Les animaux présentant une guérison clinique restent porteurs du parasite et représentent le réservoir naturel de la maladie.**

C) TRAITEMENT.

De nombreux protocoles ont prouvés leur efficacité (allopurinol, antimoniate de méglumine...) mais leur coût et leur durée est un facteur souvent limitant.

Les rechutes sont possibles, et encore une fois, les animaux restent porteurs du parasite.

D'autres molécules telles que l'amphotéricine B, l'aminosidine et la miltéfosine ne doivent pas être employées (recommandation de l'OMS) pour réserver leur usage à la médecine humaine et éviter l'émergence de souches résistantes.

D) DIAGNOSTIC.

Les méthodes de référence pour le diagnostic de leishmaniose étaient des techniques d'isolement du parasite dans les ganglions ou la moelle osseuse. La recherche dans le sang s'avère peu satisfaisante du fait de la présence relativement rare des parasites dans le plasma.

Les méthodes sérologiques consistent à rechercher et quantifier les anticorps produits par l'animal contre les parasites. Or si l'animal est fraîchement contaminé, les résultats peuvent être négatifs (manque de sensibilité). De même un animal guéri ou porteur non malade peut présenter des anticorps résiduels. Cette méthode sur sang n'est donc intéressante qu'en renouvelant les analyses à quelques semaines d'intervalle pour apprécier le caractère dynamique de l'évolution de la quantité d'anticorps.

La méthode PCR consiste à identifier dans un prélèvement la présence du matériel génétique du parasite recherché. Moelle osseuse et ponction des ganglions sont les prélèvements de choix. Ce procédé est à la fois plus sensible et plus spécifique que les autres méthodes.

On considère que 2 PCR négatives à 6 mois signent un animal guéri.

E) CONSIDERATIONS EPIDEMIOLOGIQUES.

La leishmaniose est classiquement décrite comme une maladie du bassin méditerranéen et du Sud-Est de la France. Des études récentes montrent :

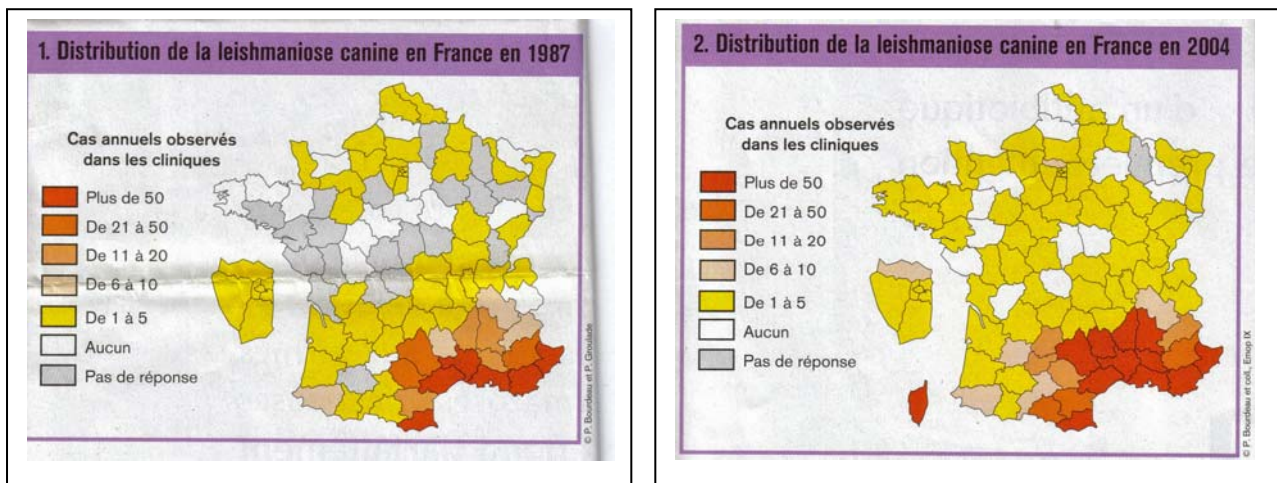
- Une extension de la maladie à de nouveaux départements (voir cartes).

La question de l'influence du changement climatique sur l'expansion de la maladie est légitime. Les foyers de leishmaniose sont étroitement intégrés à l'environnement. Néanmoins, il faudra noter que pour que de nouveaux foyers apparaissent, ils doivent regrouper les conditions de développement du parasite (*Leishmania Infantum*) dans un hôte adapté ET du vecteur (*Phlébotomus Perniciosus*). Dans ce cas, l'aire de répartition du réservoir dépasse largement celle du vecteur qui joue un rôle focalisateur. On parle de maladie à précellence vectorielle.

-Un nombre de cas croissant sur l'ensemble du territoire.

Qui peut s'expliquer par une capacité diagnostique croissante ainsi que par l'augmentation des voyages des animaux de compagnie dans le Sud. Comme évoqué précédemment, un chien ayant été contaminé à Marseille et qui développe une Leishmaniose à Paris n'a que très peu de chance de transmettre sa maladie et créer un foyer infectieux, faute de vecteur (maladie à précellence vectorielle).

NB : Si aucun autre arthropode que le phlébotome n'a été démontré comme vecteur de leishmaniose, des modalités accessoires de transmission sont décrites : coïtale, in utero, iatrogène (utilisation d'une même aiguille) et mécanique (contact entre la lymphe des lésions cutanées et les muqueuses d'un individu sain).



Source : « la leishmaniose canine semble s'étendre en France ». Dr Patrick Bordeaux. La semaine vétérinaire n° 1179. Avril 2005

F) PREVENTION.

Les mesures de prophylaxie contre la leishmaniose sont nombreuses et visent principalement à éviter le contact entre le vecteur (Phlébotome) et le chien.

A noter que ce moustique a surtout une activité crépusculaire, une première mesure consiste à éviter les sorties en zones infestées durant ces heures !

De nombreux produits insecticides efficaces contre *Phlébotomus perniciosus* sont disponibles, sous forme de collier (Scalibor®), de pulvérisateurs (Duowin®), de spot-on (Advantix®). Une récente étude présentée par la laboratoire Bayer à l'occasion d'un Symposium sur les maladies vectorielles canines (Paris 10 avril 2007) à montré l'efficacité de l'association imidaclopride 10% / perméthrine 50% en zone endémique.

(Efficacy of a combination of 10% imidacloprid / 50% permethrin for the prevention of leishmaniasis in kennelled dogs in an endemic area. D. Otranto et al. Veterinary Parasitology 144 (2007) 270-278)

G) LA LEISHMANIOSE : UNE ZOONOSE.

Le nom de *Leishmania Infantum* vient du fait que le parasite peut atteindre en particulier les enfants de moins de 5 ans en région méditerranéenne.

La forme clinique de la maladie est viscérale et se traduit par des pics d'hyperthermie, une splénomégalie, des muqueuses pâles, et des constantes biologiques fortement modifiées. La mort survient dans presque 90% des cas.

Depuis les années 80, de nombreux sujets adultes sont victimes de cette maladie : il s'agit de sujets immunodéprimés. Dans beaucoup de cas on trouve une co-infection *L. Infantum* / VIH.

Dans 70% des cas, il s'agit du groupe à risque des drogués intraveineux, ce qui suggère une transmission directe par échange de seringues.

A noter que dans le bassin méditerranéen, des études ont montré qu'une part non négligeable de la population (1%) était infectée de manière asymptomatique. La maladie n'apparaît que chez les sujets immunodéprimés. (HIV, greffe, chimiothérapie...)

Faut-il garder et soigner un chien leishmanien au sein d'une famille ? En tout état de cause, cela représente un risque, il incombe au vétérinaire de donner une information claire pour prendre une décision thérapeutique...ou non :

-A ce jour, aucun autre insecte que le phlébotome ne transmet la maladie du chien à l'homme...où vivent les propriétaires ?

-De très rares cas de transmission directe chien-homme sont **suspectés** par manipulation de plaies ou ulcères.

-Un homme sain peut être infecté par *L. Infantum* sans jamais développer de maladie.

-Le chien côtoie-t-il un individu immunodéprimé ou un enfant en bas âge ?

En tout état de cause, on considère que l'association d'une source de parasite, du vecteur et d'une personne immunodéprimée peut (doit ?) conduire à la décision par le propriétaire de l'euthanasie de l'animal.

Article de Antoine Bouvresse. Dr Vétérinaire
abouvresse@hotmail.com

Suite au communiqué du Dr Patrick Bordeaux.

La semaine vétérinaire n° 1179. Avril 2005 et Proceeding symposium BAYER du 10/04/07