

Une cause rare de paronychie chronique : la leishmaniose cutanée.

Lina, Bessaad, Résidente, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.
 Khadija, Sellami, Professeur agrégé, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.
 Sana, Bouzid, Résidente, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.
 Fatma, Hammami, AHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.
 Sonia, Boudaya, PHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.
 Abderrahmen, Masmoudi, PHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.
 Emna, Bahloul, Professeur agrégé, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.
 Hamida, Turki, PHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker Sfax, Tunisie.

Introduction :

- La leishmaniose cutanée (LC) est une infection parasitaire causée par un protozoaire du genre leishmania transmise à l'homme par la piqûre d'un insecte.
- Elle est fréquente dans notre pays posant **un problème de santé publique**. Elle touche habituellement les zones découvertes.
- La forme paronychiale est rare et peut être déroutante.
- Nous nous proposons de préciser ses particularités épidémiocliniques et thérapeutiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients suivis pour une LC paronychiale (LCP) sur une période de 19 ans (2004-2023). Le diagnostic était confirmé par frottis dermique ou PCR.

Résultats :

- Vingt patients
- L'âge variait de 16 à 72 ans (âge moyen = 53 ans)
- Ratio F/H : 1.
- Délai moyen de consultation : 2 mois (20 jours à 8 mois)
- Isolée : 4 cas / Associée à d'autres localisations : 16 cas
- Localisation : Orteils : 16 / Doigts : 5.
- Tableau clinique : plaque infiltrée périunguëale érythémato-papuleuse (10 patients) ulcéro-croûteuse (10 patients) / Nodules sporotrichoïdes : 7 patients.
- Complications : Fig1
- Traitement : Fig2
- Evolution : désinfiltration des lésions dans 95% des cas. Un seul patient était perdu de vue. Une seule patiente a développé une onychodystrophie secondaire.

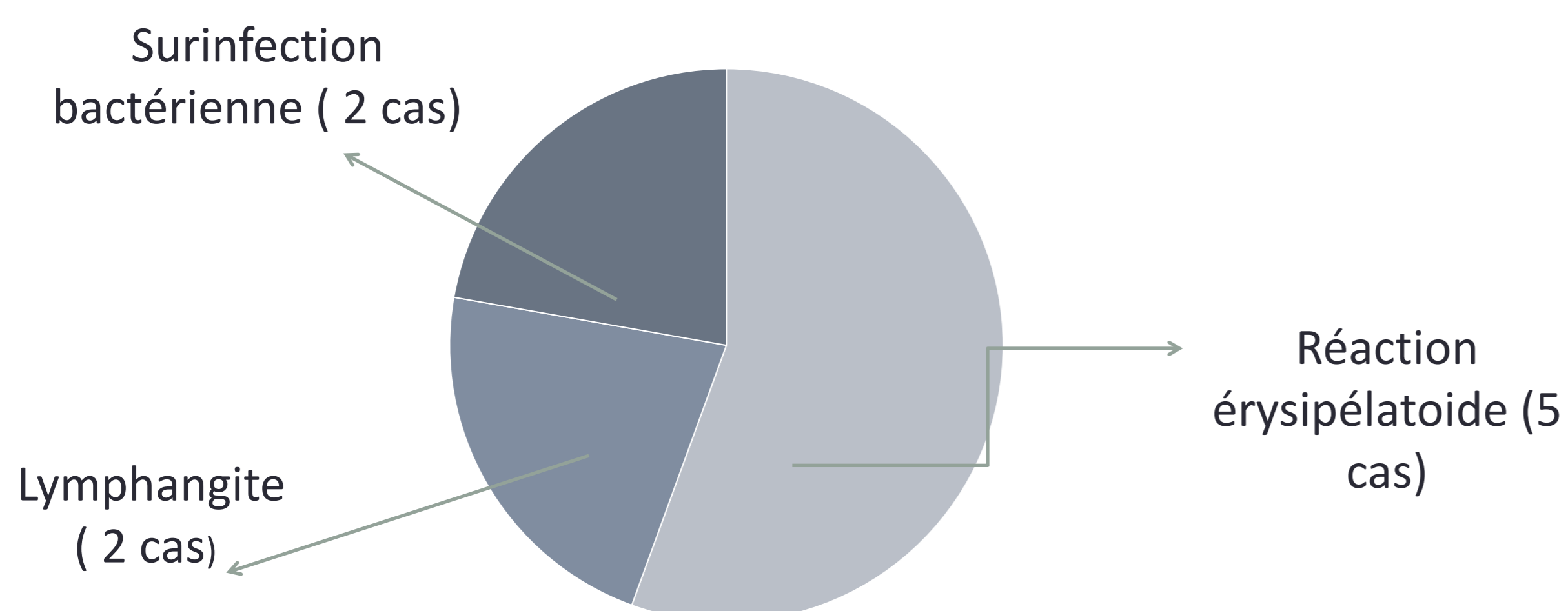


Fig1: Complications

Antimoniote de méglumine (Glucantime®) en intramusculaire (GIM)	13 cas
cryothérapie seule	5 cas
cryothérapie avec GIM	3 cas
métronidazole	1 cas
Antibiothérapie anti-staphylococcique	9 cas

Fig2 : Traitements



Fig 3 : Plaques ulcéro-croûteuses



Fig 4 : plaques érythémato-papuleuses

Discussion:

- La LC présente une multitude de variétés cliniques dont la plus fréquente en Tunisie demeure la forme ulcéro-croûteuse.
- La LCP est une forme particulière et rare de LC qui se manifeste par une inflammation des replis qui bordent la tablette unguéale.
- Elle pose souvent des difficultés diagnostiques avec les autres causes de paronychie chronique notamment mycosique surtout si les lésions sont isolées.
- Dans la littérature, cette forme clinique est plus observée sur les orteils que sur les doigts comme dans notre série.
- A travers ce travail, nous soulignons la fréquence importante de la dissémination sporotrichoïde (35% des cas) et des complications notamment la surinfection bactérienne (45% des cas).
- Le GIM constitue le traitement de choix essentiellement devant des lésions multiples ou en présence de nodules sporotrichoïdes. La cryothérapie seule ou associée au GIM semble donner de bons résultats.

Conclusion:

Quoique rare, la LCP doit être évoquée devant toute paronychie chronique traînante surtout en zone endémique comme notre pays.