

L'ULCERE DE BURULI

A l'occasion d'une mission de l'association Au Cœur Des Hommes à Pobé au Bénin du 8 au 15 octobre 2011, nous avons rencontré le docteur Marie-Françoise Ardant de la fondation Raoul et Madeleine Follereau. Nous lui avons exprimé nos hésitations diagnostiques devant les fréquentes plaies chroniques dont sont porteurs les patients que nous consultons dans les dispensaires de brousse. Notre crainte principale étant de passer à côté d'un Ulcère de Buruli, inconnu dans nos contrées et dont les séquelles esthétiques et orthopédiques sont effroyables. Celle-ci nous a permis d'assister à quelques consultations dermatologiques et de visiter les installations du Centre de Diagnostic et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (C.D.T.U.B.) de Pobé. C'est le prétexte de cet article destiné à aider nos confrères partant consulter en zone tropicale à reconnaître ce redoutable agent pathogène.

DEFINITION

L'ulcère de Buruli est une maladie provoquée par *Mycobacterium Ulcerans* agent de la même famille que les bactéries responsables de la tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) et de la lèpre (*Mycobacterium leprae*).

L'affection entraîne des destructions étendues de la peau et des tissus mous avec formation d'ulcères de grande dimension. La cicatrisation laisse des séquelles orthopédiques majeures par rétraction de la peau, des tendons et des capsules articulaires, voire par atteinte osseuse.

En l'absence de traitement précoce, la maladie peut laisser des incapacités fonctionnelles définitives. La précocité du diagnostic est donc cruciale.

TRANSMISSION

Le mode de transmission est inconnu. Le rôle de certains insectes aquatiques en Afrique et de celui d'un moustique des marais salés en Australie est évoqué.

EPIDEMIOLOGIE

La maladie est observée à proximité des plans d'eau, des rivières à débit lent, des mares, marais, lacs. Les activités à proximité de l'eau constituent un facteur de risque.

Elle atteint des patients de tous âges, quel que soit le sexe, avec une prédilection pour les enfants de moins de quinze ans.

Elle est signalée dans une trentaine de pays des régions tropicales ou subtropicales, d'Afrique, d'Asie, d'Amérique et du Pacifique.

DIAGNOSTIC

La maladie démarre le plus souvent par un nodule, grosseur sous cutanée mobile et indolore. Elle peut se présenter sous forme d'une zone d'induration ou de tuméfaction étendue. La maladie évolue le plus souvent sans fièvre ni douleur expliquant l'apparition d'ulcère et le retard diagnostic. Lors du diagnostic initial quatre formes principales peuvent être retrouvées:

- Nodulaire cutanée ou sous-cutanée,
- Placard induré plus ou moins étendu sous-cutané

- Forme œdémateuse froide d'un membre (évoquant un lymphœdème, gros bras ou grosse jambe au sein duquel est retrouvé un nodule ou une induration localisée),
- Plaie, Ulcère.

La confirmation, lorsqu'elle est possible, se fait par des prélèvements réalisés à l'écouvillon sur les ulcères en introduisant celui-ci sous la peau en bordure de la plaie ou à l'aiguille au sein des nodules lorsqu'il n'y a pas encore de plaie. Les prélèvements sont alors mis en culture et une PCR est réalisée par l'intermédiaire des centres de diagnostics et de traitements.

TRAITEMENT

Il associe antibiothérapie et chirurgie si nécessaire.

La durée de l'antibiothérapie est de huit semaines. L'association classique est Rifampicine/Streptomycine mais l'association Clarithromycine/Rifampicine, nettement mieux tolérée semble efficace et plus facilement utilisable chez l'enfant et la femme enceinte. Un essai thérapeutique va débuter dans les mois à venir, conduit par l'OMS.

L'antibiothérapie peut être utilisée en ambulatoire et peut se suffire à elle-même dans les formes débutantes.

La chirurgie de parage des tissus nécrosés n'est en principe, pas débutée, sauf exception, avant 4 semaines après le début de l'antibiothérapie afin d'être sûr que toutes les bactéries sont tuées (croissance lente).

Par la suite une greffe cutanée peut être nécessaire, réalisable au CDTUB.

Enfin dans certain cas une chirurgie orthopédique est réalisée sur les séquelles fonctionnelles, quand elle est possible et également au centre.

Parallèlement la kinésithérapie est indispensable pour limiter les séquelles fonctionnelles.

Dr. Bertrand Carles

Références

1/ Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli, Pobé, Bénin

2/ Résolution WHA 57.1 Ulcère de Buruli (Infection à Mycobacterium Ulcerans): surveillance et lutte
Genève Organisation Mondiale de la Santé (WHA57/2004.REC/1)

Crédit photos

Dr. B. Carles, Photos prises au CDTUB de Pobé, Bénin, 11/2011, avec l'aimable autorisation du Dr. Ardant de la Fondation Raoul et Madeleine Follereau.

Fig. 1 : Forme nodulaire avec ulcère débutant avant tout traitement

Notez l'induration sous cutanée entre les doigts de l'examineur !



Fig. 2 : **Forme ulcérée en cours de détersion**

Notez l'aspect de la peau autour de l'ulcère



Fig. 3 DéterSION de plaie chez une petite fille



Fig. 4 **Plaie détergée**

Notez le derme décollé en bordure de la plaie et l'aspect creusant.



Fig. 5 **Ulcère étendu en cours de détersion**

Notez l'œdème de l'avant-bras et de la main

