

Ulcère de Buruli céphalique : huit observations au CHU d'Abidjan, Côte d'Ivoire

Kouame K¹, Ecra E¹, Cisse M², Gbery I¹, Kacou E¹, Kassi K¹, Kouassi A¹, Ahogo C¹, Yoboue P¹, Kanga JM¹

1. Université de Cocody, Service de Dermatologie, CHU Treichville, Abidjan, République de Côte d'Ivoire.

2. Université Gamal Abdel Nasser, Service de Dermatologie-MST, CHU Donka, Conakry, Guinée.

Med Trop 2008; **68** : 643-644

RÉSUMÉ • Les localisations les plus couramment rencontrées de l'infection à *Mycobacterium ulcerans* ou ulcère de Buruli sont les membres (70%) et le tronc (20%). Les atteintes céphaliques, plus rares, sont susceptibles d'entraîner des séquelles graves : 8 observations (dont 7 enfants) du service de dermatologie du CHU d'Abidjan en Côte d'Ivoire sont décrites. Les complications oculaires ont été les plus fréquentes.

MOTS-CLÉS • Ulcère de Buruli céphalique. Chirurgie. Complications, Côte d'Ivoire.

BURULI ULCER INVOLVING THE HEAD: OUTCOMES AND THERAPEUTIC ASPECTS IN 8 CASES OBSERVED AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN ABIDJAN, COTE D'IVOIRE

ABSTRACT • Infection due to *Mycobacterium ulcerans* or Buruli ulcer usually occurs on the limbs (70%) or trunk (20%). Involvement of the head and neck region is less frequent but can lead to serious sequels. The purpose of this report is to describe 8 patients including 7 children who were treated for Buruli ulcers on the head in the dermatology department of the University Hospital Center in Abidjan, Cote d'Ivoire. Eye lesions and visual impairment were the most frequent sequels.

KEY WORDS • Buruli ulcer. Head and neck region. Surgery. Complications. Cote d'Ivoire.

L'infection à *Mycobacterium ulcerans* (IMU) représente la deuxième infection à mycobactérie après la tuberculose en Côte d'Ivoire.

Les atteintes céphaliques, bien plus rares que les localisations aux membres (ulcère de Buruli) ou au tronc, sont très peu décrites dans la littérature. Leur évolution se fait volontiers vers des nécroses palpébrales, nasales et des complications oculaires graves.

Nous avons colligé les dossiers de 8 patients hospitalisés dans le service de dermatologie du CHU de Treichville en Côte d'Ivoire de décembre 1997 à décembre 2007, soit sur une période de 10 ans.

Il s'agit principalement d'enfants (moyenne d'âge 12 ans et demi), le sexe ratio est de 1,6 (Tableau I). Les malades provenaient des différentes zones endémiques de la Côte d'Ivoire dont 4 de Yamoussoukro.

Le délai moyen de référence était de 7 mois avec des extrêmes à 2 mois et 16 mois. Les formes les plus graves ont été observées chez les patients qui ont consulté tardivement (6 cas). Ce retard à la consultation est retrouvé chez tous les auteurs (1, 2, 3).

Les atteintes exclusivement céphaliques ont représenté 5 patients et trois autres avaient des localisations secondaires : l'un au genou et à la cheville gauche, un autre au talon gauche et le troisième au membre supérieur droit.

Tous les patients avaient un oedème du visage, prédominant aux paupières avec occlusion palpébrale complète. Six patients

Tableau I. Traitement des huit observations d'ulcère de Buruli céphalique.

Obs N°	Age	Sexe	Traitement	Effets secondaires Traitement médical	Durée hospitalisation (mois)
1	16	F	R : 600 mg K : 0,5 ml L : 40 mg Greffe	Septicémie	13
2	13	M	R : 300 mg K : 0,5 ml	Surdité	6
3	12	M	R : 300 mg O : 400 mg L : 20 mg	RAS	10
4	5	F	R : 600 mg K : 0,5 ml	Surdité	8
5	21	F	R : 600 mg O : 400 mg L : 40 mg Greffe-lambeau	RAS	21
6	10	M	R : 300 mg O : 400 mg L : 40 mg	RAS	2
7	12	M	R : 300 mg O : 400 mg L : 40 mg Excision/Greffe	RAS	9
8	14	M	R : 300 mg O : 400 mg L : 40 mg Excision/Greffe Lambeau	RAS	6

Légende : K : Kanamycine R : Rifampicine F : Féminin
O : Ofloxacine L : Lovenox® M : Masculin

• Courriel : cissebibi@yahoo.fr

• Article reçu le 28/03/2008, définitivement accepté le 8/10/2008.



Figure 1. Œdème du visage avec début d'ulcération de la paupière inférieure.

étaient au stade d'ulcération. Ces ulcérations étaient localisées aux paupières, à la racine du nez et aux joues.

Tous les patients ont bénéficié d'une consultation en ophtalmologie avec une moyenne de 3 visites par malade. La confirmation du diagnostic s'est faite par la recherche de Bacilles Acido-Alcolo-Résistants (BAAR) et par l'histologie.

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical.

Six patients ont reçu une trithérapie associant :

- Rifampicine 300 mg : un ou 2 comprimés/jour pendant 3 à 6 mois.
- Ofloxacine 200 mg comprimé (un ou deux comprimés/jour pendant 3 à 6 mois).



Figure 2. Ulcération à fond jaunâtre des paupières.

Tableau II. Complications et séquelles des atteintes céphaliques.

Nécrose palpébrale supérieure	4
Nécrose palpébrale inférieure	2
Rétraction palpébrale	2
Larmoiement	6
Photophobie	6
Ectropion	2
Kérato-conjonctivite	8
Communication orbito-nasale	1
Perte de l'œil par fonte oculaire	1

- Enoxaparine sodique (Lovenox®) 40 mg sous-cutané/jour pendant 2 mois.

Deux ont reçu l'association Kanamycine 0,5 ml intra-musculaire par jour, Rifampicine et Lovénox®.

Au stade d'œdème, sans ulcération la poly-antibiothérapie permet d'obtenir une guérison sans séquelles (2-4). La revascularisation des tissus en souffrance serait favorisée par l'héparinothérapie et permettrait l'action des antibiotiques (2).

Ce traitement médical administré aux huit patients a permis la guérison de deux d'entre eux sans séquelles. Les six autres cas admis au stade d'ulcération ont été guéris avec des séquelles plus ou moins importantes (Tableau II).

Les deux cas où nous avons eu recours à la Kanamycine remontent au début de la prise en charge. Cette molécule a été abandonnée par nos services à cause des contraintes liées aux injections journalières et des effets secondaires (oto et néphrotoxicité). Nous avons eu recours à la chirurgie chez seulement trois patients : deux cas d'excision-greffe puis de lambeau de reconstruction palpébrale, un cas de lambeau cutané pour une correction de séquelle cicatricielle.

Les localisations céphaliques dans l'ulcère de Buruli sont peu fréquentes mais elles sont graves à cause des difficultés de prise en charge et des complications essentiellement oculo-palpébrales. Le personnel soignant doit être attentif aux œdèmes du visage et surtout des paupières chez les enfants en zone d'endémie. Seuls le dépistage et la prise en charge précoce peuvent éviter les complications graves.

Références

1. George KM, Chatterjee D, Gunawardana G, Welty D, Hayman J, Lee R *et al.* Mycolactone: a polyketide toxin from *Mycobacterium ulcerans* required for virulence. *Science* 1999; 283 : 854-7.
2. Kanga J, Anga JM, Dion-Laine M, Kacou DE, Menan EIH. L'apport de l'héparinothérapie dans le traitement médical de l'ulcère de buruli à propos d'une observation. *Bull Soc Pathol Exot* 2001; 94 : 32-5.
3. Kanga JM, Kacou ED, Kouame K, Kassi E, Kaloga M, Yao JK *et al.* L'ulcère de Buruli : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 2004; 64 : 238-42.
4. Kanga JM, Kacou ED, Sangare A, Dabila Y, Assé NH, Djakeaux S. Les rechutes observées après le traitement chirurgical des cas d'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot* 2003; 96 : 406-9.