

DERMATOLOGUE EN OPÉRATION EXTÉRIEURE : MISSION LICORNE EN CÔTE D'IVOIRE

J.J. MORAND, E. LIGHTBURN

• Travail du Service de dermatologie (J.J.M., Médecin en Chef; E.L., Médecin principal), HIA Laveran, BP 50, 13998 Marseille Armées, France. Fax : 04 91 61 75 04
• Courriel : MorandJJ@aol.com •

Med Trop 2005; **65** : 129-132

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent leur expérience de médecins tropicalistes mais aussi de dermatologues au sein du Groupement médico-chirurgical basé à proximité de Yamoussoukro durant l'opération extérieure Licorne de l'Armée française en Côte d'Ivoire. La plupart des grandes endémies tropicales ont pu être identifiées ; seules les infections aiguës ont pu être prises en charge sur le plan thérapeutique. L'épidémie d'ulcère à *Mycobacterium ulcerans* est un véritable fléau et concerne principalement les enfants avec une grande fréquence des ostéites.

MOTS-CLÉS • Opération extérieure - OPEX - Côte d'Ivoire - Armée française - Maladies tropicales - Ulcère de Buruli - Dermatologie.

.....
EXPERIENCE OF A DERMATOLOGIST ON AN OVERSEAS MILITARY MISSION: OPERATION LICORNE IN COTE D'IVOIRE

ABSTRACT • The authors report their experience as tropical physicians and as dermatologists within the Medico-surgical group during Operation Licorne an overseas mission with the French Army near Yamoussoukro in Côte d'Ivoire. Most of the major endemic diseases were encountered. Only acute infections were treated. The Buruli ulcer epidemic due to *Mycobacterium ulcerans* is a scourge that mainly affects children with a high incidence of osteitis.

KEY WORDS • Overseas operation - OPEX - Cote d'Ivoire - French Army - Tropical diseases - Buruli ulcer - Dermatology.

Le gouvernement français a déployé en Côte d'Ivoire, dans le cadre des accords de paix et des conventions de l'ONU, des forces militaires dont le rôle est de s'interposer entre les troupes gou-

vernementales et les rebelles et d'assurer la sécurité des ressortissants français.

Un groupement médico-chirurgical (GMC) a été installé à Tombokro au centre du pays à proximité de Yamoussoukro

(Fig. 1, 2). Constitué d'un bloc chirurgical (Fig. 3), d'une salle de réanimation (Fig. 4), d'un laboratoire de biologie et d'une salle de radiologie-scanner (Fig. 5), il avait pour fonction de répondre à l'arri-



Figure 1 - Groupement médico-chirurgical (collection DCSSA).



Figure 2 - La situation centrale à Tombokro à proximité de Yamoussoukro était stratégique.



Figure 3 - Bloc sous schelter (collection J.J. Morand).



Figure 4 - Réanimation sous schelter (collection J.J. Morand).



Figure 5 - Scanner sous schelter (collection J.J. Morand).



Figure 6 - Consultation sous tente (collection J.J. Morand).

vée d'urgences chirurgicales de guerre. C'est malheureusement ce qui s'est produit le 6 novembre 2004 avec l'afflux massif de 33 blessés par attaque de roquette (impact direct, blast, polyciblages), opérés sur place puis transférés secondairement sur les hôpitaux militaires français ; les corps des 9 français décédés immédiatement à Bouaké ont été rapatriés directement en France...

Mais l'action du GMC a honoré également la tradition humanitaire de la France en assurant une aide médicale pour la population ivoirienne.

Près de 60 consultations en moyenne par jour ont été effectuées par le médecin (Fig. 6) ainsi qu'une quarantaine de pansements réalisés par le personnel infirmier alors que la demande n'avait pas de limite (près de 200 personnes attendaient à l'en-

trée du camp parfois plusieurs jours ; certains consultants avaient parcourus centaines de kilomètres à pied pour accéder au GMC !...). L'ouverture d'un nombre important de consultations avait pour but de réaliser un « tri médicalisé » afin de traiter le plus efficacement possible ceux qui pouvaient bénéficier réellement à terme d'une thérapeutique disponible (infections aiguës notamment paludisme, diarrhées et pneumopathies, pathologies chirurgicales) : les affections chroniques (sida, tuberculose, diabète, HTA...) ne pouvaient ainsi être prises en charge et les malades étaient adressés aux structures locales. De même, en raison d'un programme opératoire très chargé, de nombreuses interventions chirurgicales non urgentes étaient différées (goitre généralement euthyroïdien, hernie inguinale, hydrocèle, fibrome, prolapsus, orthopédie...).

Ainsi un grand nombre d'affections était identifié et traité dans la mesure du



Figure 7 - Neuropaludisme sévère chez un enfant (collection J.J. Morand).

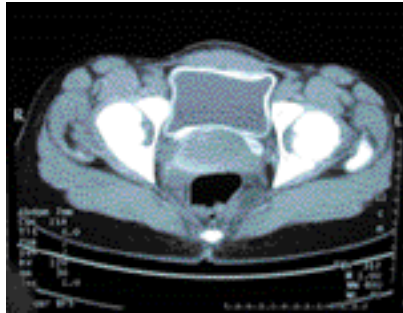


Figure 10 - Bilharziose urinaire avec vessie calcifiée (collection J.J. Morand).

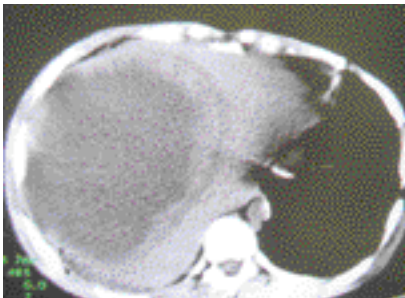


Figure 8 - Amibiase hépatique compliquée d'une vomique chocolat opérée en urgence (collection E. Lightburn).

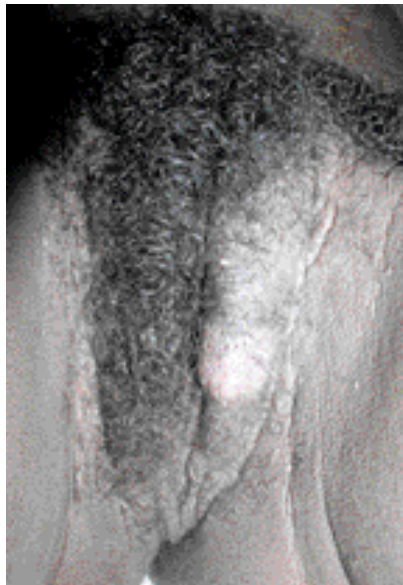


Figure 11 - Bilharziome vulvaire (collection E. Lightburn).



Figure 13 - Hyperostose par mal de Pott (collection J.J. Morand).

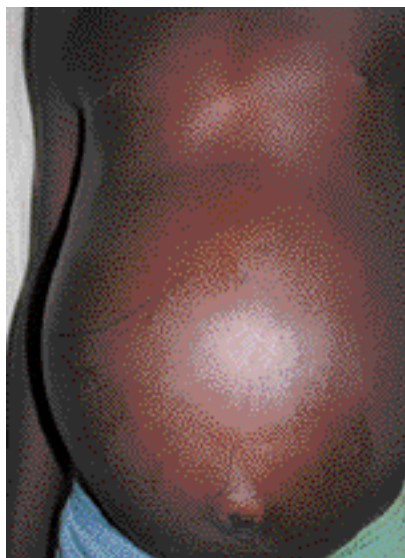


Figure 9 - Hépatosplénomégalie volumineuse (collection J.J. Morand).

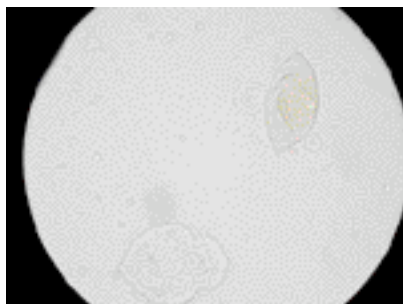


Figure 12 - Schistosoma haematobium et miracidium (collection J.J. Morand).

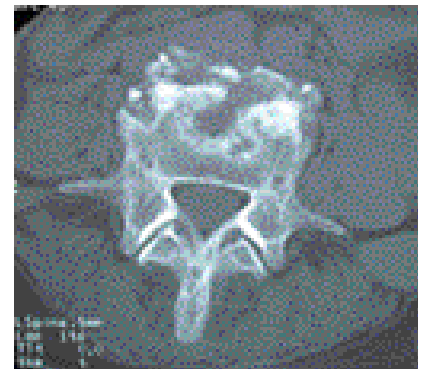


Figure 14 - Destruction vertébrale tuberculeuse sur le scanner (collection J.J. Morand).

possible considérant que les malades arrivaient parfois dans un état gravissime : neuropaludisme (Fig. 7), amibiase hépatique (Fig. 8), splénomégalie volumineuse (Fig. 9), décompensation oedémato-

ascitique, bilharziose évoluée (Fig. 10, 11, 12), tuberculose d'expression diverse volontiers extra-pulmonaire (Fig. 13, 14), tumeurs historiques surtout lymphomateuses (Fig. 15, 16), neurosyphilis, polyneuropathie sévère, polyradiculonévrite, polyarthrite déformante, myocardiopathie dilatée, marasme (Fig. 17)...



Figure 15 - Lymphome évolué avec exorbitisme (collection J. J. Morand).

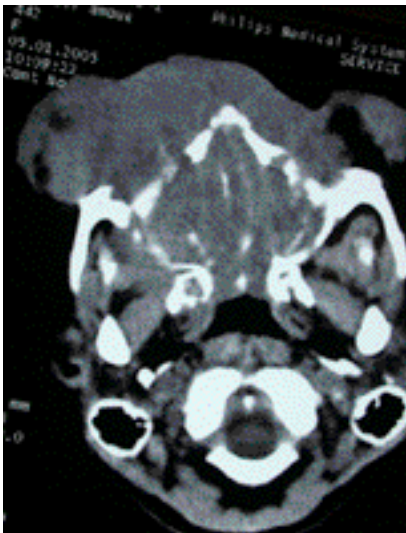


Figure 16 - Infiltration rétroorbitaire par le lymphome sur le Scanner (collection J. J. Morand).



Figure 17 - Marasme (collection J. J. Morand).



Figure 18 - Ulcère à Mycobacterium ulcerans (collection J. J. Morand).

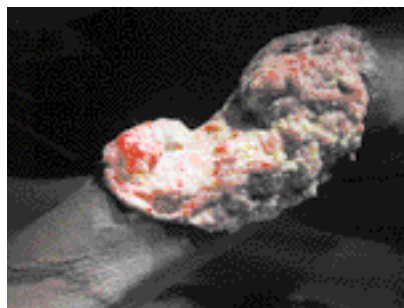


Figure 19 - Carcinome verruqueux compliquant un ulcère phagédénique (collection J. J. Morand).



Figure 20 - La chirurgie d'excision large suivie de greffe est fondamentale dans l'ulcère de Buruli (collection J. J. Morand).



Figure 21 - Cellulite nécrosante après abcès dentaire (collection J. J. Morand).

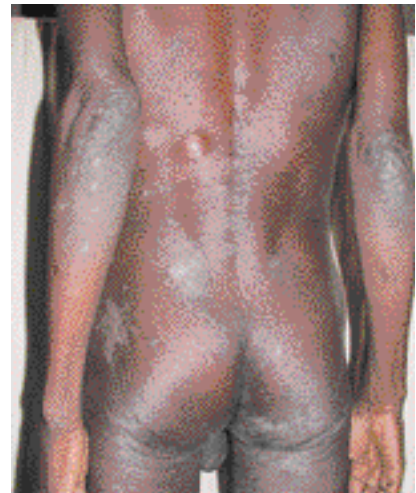


Figure 22 - Onchocercose (collection J. J. Morand).



Figure 23 - Pian (collection J. J. Morand).



Figure 24 - Condylomatose, vaginite à trichomonas et infection VIH chez une adolescente (collection J.J. Morand).



Figure 25 - Pansement traditionnel à base de plantes et de charbon de bois sur une plaie ténédineuse par machette (collection J.J. Morand).

La spécificité dermatologique des médecins était rapidement mise à contribution devant l'ampleur des troubles trophiques et notamment des ulcères à *Mycobacterium ulcerans* (dit de Buruli) volontiers compliqués d'une atteinte osseuse (Fig. 18). Une chirurgie d'excision large suivie de greffe (Fig. 19) complétée d'une antibiothérapie prolongée par rifampicine-ofloxacine était adoptée. Le diagnostic différentiel avec les pyodermites, les ostéites tuberculeuses, les mycétomes, les ulcères phagédéniques et leur complication carcinomateuse (Fig. 20), était particulièrement complexe en raison de la limitation des moyens d'exploration biologique sur place et des délais postaux pour l'envoi des histologies. Les dermatoses infectieuses classiques (gale, teigne, impétigo, ecthyma, varicelle...) étaient fréquentes ainsi que des abcès d'évolution impressionnante (Fig. 21). La lèpre, l'onchocercose (Fig. 22), le pian (Fig. 23) étaient également rencontrés. Quant aux infections sexuellement transmissibles, elles étaient relativement fréquentes et concernaient volontiers des jeunes délocalisés par la situation de



Figure 26 - Les poubelles sont exposées à tout vent à proximité du marché (collection J.J. Morand).



Figure 27 - La baignade est courante dans les rivières et marigots où se contractent la bilharziose et l'ulcère de Buruli (collection J.J. Morand).



Figure 28 - Le sourire de ces enfants est notre meilleure récompense (collection J.J. Morand).

guène (Fig. 24). Les critères cliniques prédictifs d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine étaient la candidose, le zona, le prurit ou prurigo diffus, l'ichtyose acquise, l'amaigrissement (la cachexie révélant le stade de SIDA).

Cette expérience est riche d'enseignements : elle objective la difficulté de pratiquer la médecine dans des conditions de pénurie globale de santé où l'afflux de malades devient rapidement majeur.

Il importe à l'avenir de réfléchir à l'intérêt d'une action mixte à la fois curative et préventive et d'une coopération optimale avec les structures locales de soins, planifiées par des épidémiologistes et des logisticiens avant l'arrivée dans le pays. En effet, malgré une présence limitée dans

le temps et des moyens dévolus en priorité à nos troupes (notamment faute de budget spécifique pour « l'assistance médicale aux populations »), des projets ayant un plus grand impact à moyen terme auraient pu être menés au bénéfice des populations, a fortiori en situation de crise où les actions de santé communautaire sont plus assurées correctement (Fig. 25, 26, 27).

Mais, malgré ces conditions de travail difficiles (situation de conflit, chaleur et humidité, impression parfois d'impuissance face à l'ampleur des problèmes médicaux et sociaux), l'accueil toujours chaleureux de la population a été particulièrement motivant (Fig. 28). Il reste à souhaiter un rapide retour à la paix et une reprise durable des soins de santé primaires ■