

# Une lésion nécrotique de la lèvre et une toux fébrile chez un nourrisson marocain

Bennaoui F, Draiss G, Bourrous M, Bouskraoui M

Service de pédiatrie A, hôpital mère et enfant, faculté de médecine Sidi Abbad, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

*Med Trop* 2011 ; 71 : 621-623

### Observation

Un nourrisson marocain âgé de un an, était hospitalisé car il développait depuis une semaine, une papule rouge augmentant rapidement de volume au niveau de la lèvre inférieure et devenant nécrotique, et depuis peu une toux fébrile avec altération de l'état général.

Son frère avait présenté quelques semaines auparavant, une lésion nécrotique du nez et était décédé par détresse respiratoire. La famille vivait près du bétail avec un contact quotidien avec les moutons et les vaches.

A l'examen le nourrisson était somnolent, altéré, fébrile à 39°C, tachypnéique à 48 c/min, tachycarde à 110 bat/min. L'examen pleuro-pulmonaire retrouvait des râles ronflants bilatéraux. Au niveau de la lèvre inférieure, il existait une lésion ovaire, dont le centre présentait une escarre noirâtre, mesurant 4 sur 3 cm, dure, arrondie. Cette escarre était limitée à sa périphérie par un bourrelet œdémateux rouge violacé, homogène (figure 1). Au niveau du conduit auditif externe gauche était également retrouvé une lésion érythémato-squameuse. Par ailleurs, on palpait des adénopathies sous mandibulaires bilatérales et une hépatomégalie avec débord de 2 cm. La radiographie thoracique mettait en évidence un syndrome alvéolaire diffus. La CRP était à 277,7 mg/L.

Le prélèvement bactériologique au niveau de la lésion labiale et les hémocultures restaient stériles.



Figure 1. Lésion nécrotique de la lèvre inférieure à l'admission.

## Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : fatihabennaoui@yahoo.fr  
• Article arrivé le 12/02/2011, définitivement accepté le 27/09/2011

## Réponse

### Charbon cutané et pulmonaire

Un ecthyma staphylococcique ou streptococcique semblait improbable devant la négativité de la microbiologie. Une rickettsiose avec escarre d'inoculation était écartée. Le diagnostic de maladie du charbon était rapidement évoqué devant l'aspect caractéristique des lésions cutanées, l'atteinte pulmonaire et les adénopathies satellites, chez un sujet ayant été en contact avec le bétail et devant l'antécédent de frère décédé dans des circonstances similaires. Dès lors, un traitement à base de pénicilline G 100000 UI/Kg/J par voie intraveineuse associée à de la ciprofloxacine 20mg/Kg/J était instauré pendant 8 semaines. L'évolution était marquée à J2 du traitement par l'apyrexie, l'amélioration de l'état respiratoire et de l'état général, la chute spontanée de la nécrose, laissant place à une perte de substance. Un pansement vaseliné était réalisé, deux fois par jour ; la cicatrisation dirigée durait deux mois avec des séquelles esthétiques, motivant une chirurgie plastique. Une prise en charge et une vaccination du bétail étaient organisées auprès des services vétérinaires.

## Discussion

Le charbon est une anthroponose, connue depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, provoquée par le bacille du charbon (*Bacillus anthracis*). C'est une bactérie aérobique à Gram positif, sporulée, sa capacité de sporulation lui confère une forte résistance dans le milieu extérieur. L'anthrax peut être transmis à l'homme par le contact avec des animaux atteints ou leur cadavre, le sol contaminé, les produits de ces animaux. Une transmission interhumaine n'a jamais été observée [1]. Cette maladie a pratiquement disparu des pays industrialisés grâce aux mesures sanitaires et à la vaccination des animaux herbivores [2]. Cependant trois cas de charbon cutané ont été décrits en France en 2008 [3].

Les principales zones d'endémie selon l'OMS restent l'Asie, l'Afrique, certains pays d'Europe et d'Amérique et certaines régions d'Australie [4]. L'infection sévit au Maroc sous forme de petits foyers épidémiques ; 72 cas humains ont été enregistrés entre 2003 et 2007 et l'atteinte cutanée constituait 80 % des présentations cliniques enregistrées à l'échelle nationale durant l'année 2007.

Le charbon est une maladie dont l'incubation est d'un à six jours (voire 60 jours dans la forme pulmonaire). Il peut se présenter sous trois formes, selon le mode de transmission : cutanée, pulmonaire et intestinale. Dans la forme cutanée, la plus fréquente, la bactérie pénètre par contact direct. Dans cette forme, l'évolution se fait à partir d'une lésion initialement papuleuse et prurigineuse, vers une ulcération inflammatoire et nécrotique qui peut rapidement s'accompagner de signes généraux, tels que la fièvre, de signes respiratoires ou d'un choc septique en cas de dissémination hémotogène. La mortalité est cependant inférieure à 10 % des cas [5]. La forme pulmonaire est plus rare mais plus grave. Elle est la conséquence de l'inhalation des spores de *B. Anthracis* [6]. Les premiers signes sont un syndrome pseudo grippal (fièvre, myalgies, céphalées, toux sèche). Après ces prodromes, on peut constater une amélioration courte et transitoire. La deuxième phase est marquée par une fièvre élevée accompagnée de dyspnée, cyanose, de signes de choc septique et de signes hémorragiques. On peut observer un œdème de la paroi thoracique ainsi qu'une atteinte méningée dans les formes terminales de la maladie. La présence d'un élargissement du médiastin à la radiographie pulmonaire est caractéristique. En l'absence de traitement, le décès survient dans tous les cas, et dans 95 % des cas, si le traitement est débuté plus de 48 heures après le début des signes cliniques.

La forme digestive est rare; souvent épidémique, elle fait suite à l'ingestion des spores. Initialement elle se traduit par une lymphadénite mésentérique non spécifique : fièvre, douleur abdominale, défense, ascite, melaena, hématomèse. Elle peut être très sévère par les complications intestinales (péritonite, perforation) ou septicémiques (méningite, toxémie, choc) [7].

Le diagnostic doit être suspecté chez les patients présentant des vésicules séro-hémorragiques, une escarre noirâtre, un œdème tégumentaire, et ayant eu un contact avec des animaux malades. Le diagnostic est posé sur la présence de bacilles à Gram positif dans les prélèvements (biopsie cutanée, sang, oro-pharynx, prélèvements pulmonaires).

Aucun test bactériologique n'étant absolument spécifique, le diagnostic moléculaire constitue une aide précieuse à l'identification. Depuis quelques années, de nombreuses techniques par PCR conventionnelle puis PCR en temps réel ont été développées. Ces techniques sont basées sur la détection spécifique de marqueurs chromosomiques et de marqueurs plasmiques de virulence [8].

La pénicilline constituait le traitement de référence de la maladie du charbon pendant plusieurs décennies. Cependant, depuis l'isolement de souches productrices de  $\beta$  lactamases résistant à la pénicilline, le *Center for Disease Control* (CDC) recommande en première intention la ciprofloxacine per os dans les formes cutanées bénignes et parentérales dans les formes cutanées sévères. La durée de traitement est de huit semaines [9].

La présence de signes de gravité chez notre malade (la fièvre, les signes respiratoires) et l'évolution mortelle chez son frère, nous ont incité à débiter d'emblée la pénicilline et la ciprofloxacine par voie parentérale.

## Conclusion

La maladie du charbon est sous surveillance car *B. anthracis* constitue un agent potentiel de bioterrorisme [10]. Actuellement, les vaccins, destinés aux bovins et ovins, sont des vaccins à bactéries vivantes atténuées. La souche vaccinale la plus utilisée est la souche Sterne (souche acapsulogène mais toxigène). Au Maroc, le vaccin n'est pas disponible et le seul moyen de prévention de la maladie passe par l'abattage du bétail contaminé [11].

## Références

1. Hansmann Y, Remy V, Christmann D. Le charbon. *Med Mal Infect* 2004 ; 34, Supplement 1 : S127.
2. Carsuzaa F, Debord T, Boye T, Cavallo JD, Pierre C, Vidal D *et al.* Manifestations cutanées du bioterrorisme infectieux. *Ann Dermatol Venerol* 2002 ; 129 : 81-4.
3. Cinquetti G, Banal F, Dupuy AL, Girault PY, Couderc A, Guyot P *et al.* Three related cases of cutaneous anthrax in France: clinical and laboratory aspects. *Medicine (Baltimore)* 2009 ; 88 : 371-5.
4. Turnbull P. Guidelines for the Surveillance and Control of Anthrax in Humans and Animals. OMS ed, Geneva, 1998, p. 97.
5. Hamant A, Marguet G. Zoonose à *Bacillus anthracis* dans le Haut-Doubs en 2008: quelle gestion des risques professionnels par le MIRTMO? MIRTMO ed, 2009, p. 33. [www.franche-comte.sante.gouv.fr/img/pdf/Dr\\_HAMANT\\_Philippe.pdf](http://www.franche-comte.sante.gouv.fr/img/pdf/Dr_HAMANT_Philippe.pdf)
6. Afssaps. Fiche thérapeutique. Fiche n° 2 «Charbon» Version 2. Afssaps ed, 2001, p. 6. [amem.free.fr/textes/download/charbon.pdf](http://amem.free.fr/textes/download/charbon.pdf)
7. Reber H. Anthrax. *Forum Med Suisse* 2001 ; 50 : 1229-37.
8. Vidal DR, Thibault FoM, Valade E, Morillon M. Le diagnostic biologique au laboratoire de la maladie du charbon. *Revue Francophone des Laboratoires* 2009 ; 2009 : 41.
9. Spencer RC. *Bacillus anthracis*. *J Clin Pathol* 2003 ; 56 : 182-7.
10. Boulouis H-J, Haddad N. Bioterrorisme et santé animale. *Revue Francophone des Laboratoires* 2009 ; 2009 : 77.
11. Chraïbi H, Haouach K, Azouzi AI, Gaamouche K, Kaidi A, Khalidi TE *et al.* Maladie du charbon cutanée: sept cas. *Ann Dermatol Venerol* 2009 ; 136 : 9-14.

### UNE LÉSION NÉCROTIQUE DE LA LÈVRE ET UNE TOUX FÉBRILE CHEZ UN NOURRISSON MAROCAIN : CHARBON CUTANÉ ET PULMONAIRE

**RÉSUMÉ** • La maladie du charbon est une anthroponose causée par *Bacillus anthracis*, pouvant se présenter sous trois formes : cutanée, pulmonaire et intestinale. Nous rapportons un cas de maladie de charbon à localisation cutanée et pulmonaire chez un nourrisson marocain âgé de 1 an.

**MOTS-CLÉS** • Charbon. *Bacillus anthracis*. Maroc.

### NECROTIC LESION OF THE LIP AND COUGH WITH FEVER: CUTANEOUS AND PULMONARY ANTHRAX

**ABSTRACT** • Anthrax disease is an anthroponosis caused by *Bacillus anthracis*. It appears in three clinical forms: pulmonary, intestinal, and cutaneous. We report a case of pulmonary and cutaneous anthrax in a one-year-old Moroccan infant.

**KEY WORDS** • Anthrax. *Bacillus anthracis*. Morocco.



Fillettes, Haut Atlas, Maroc (coll Simon F)