

LES ULCERES CUTANES A MYCOBACTERIES ATYPIQUES ET LEUR TRAITEMENT PAR LA CHIRURGIE PLASTIQUE

M. RICHARD-KADIO, R. DICK, D. DJEHA, B. ELOIFLIN, K. KOSSOKO, N. DJEMADJE,
J.M. CASANELLI, H.A. N'GUESSAN, P. HEROIN, L. CORNET

RESUME

L'ulcère cutané à mycobactéries atypiques sévit à l'état endémique en Côte d'Ivoire. Le traitement médical s'est avéré inefficace. Les auteurs font remarquer l'efficacité du traitement chirurgical comportant l'excision large de l'ulcère suivie de greffe dermo-épidermique mince.

Mots-clés : Ulcère cutané - Mycobactérie excision large - Greffe dermo-épidermique.

INTRODUCTON

L'ulcère cutané à Mycobactérium ulcéraux a été découvert par Mac Callum en 1948 en Australie, plusieurs auteurs dont JANSSENS, VAN OYE, BAILLION découvrent plusieurs cas au Congo et au Zaïre. En 1961, CLANCEY (7) décrit en Ouganda un foyer très important dans la région de Buruli sur les 2 rives du Nil blanc, et du Lac Kioga, d'où le nom d'"Ulcère de Buruli" donné à l'ulcère cutané à mycobactérium ulcéraux.

Depuis, de nombreux cas ont été décrits en Afrique Centrale (Gabon, Cameroun, Congo, Zaïre), en Afrique Occidentale (Nigéria, Libéria, Ghana), mais aussi en Asie (Malaisie, Indonésie), en Amérique Centrale (Mexique) et en Amérique du Sud (Guyanne Française).

En Côte d'Ivoire, HEROIN et Coll. vont décrire les premiers cas en 1982. Le nombre de cas s'est considérablement accru et les résultats obtenus par le traitement chirurgical nous ont incité à livrer nos premières constatations.

I - EPIDEMIOLOGIE

1 - Le réservoir microbien

L'étude des mycobactéries atypiques de l'environnement effectuée par certains auteurs (22, 25) révèle une grande ubiquité de ces germes. On en retrouve dans les terres, les

poussières, les eaux et en particulier les eaux usées (boue, etc...). Il apparaît donc selon VIALLIER que le réservoir microbien est hydrotellurique.

2 - Le mode de contamination

Il n'est pas toujours bien retrouvé :

- La contamination interhumaine serait possible : signalons le cas d'un enfant qui a présenté un ulcère cutané tandis que sa mère développait déjà la maladie.
- La contamination par voie générale est peu probable étant donné l'absence de lésions profondes.
- L'inoculation à l'occasion d'un micro-traumatisme est noté par la majorité des auteurs : coupure par herbes ou morceaux de bois, piqûre d'insectes, morsures de poisson (6, 7, 10, 16, 18, 21, 23, 24).

Pour GABAUDAN (10) le rôle du traumatisme est même primordial puisqu'il retrouve avec certitude cette notion 17 fois sur 25 cas.

3 - La répartition géographique

En Côte d'Ivoire, l'affection sévit à l'état endémique en zone forestière et des foyers constants sont décrits : au Sud : à Abidjan, Aboisso et Adiaké, au Centre : à Toumodi, Oumé et Yamassoukro, au Centre-Est : à Daoukro, à l'Ouest : à Daloa, Issia, Gagnoa et Man. Les foyers les plus importants semblent être Daloa et Daoukro ou plus de 80 cas auraient été enregistrés.

II - LA CASUISTIQUE

Nous avons opéré de février 1987 à janvier 1990, 18 malades dont 7 pour le seul mois de janvier 1990 provenant des différentes régions ci-dessus citées et qui ont tous été hospitalisés dans le service de Dermatologie du CHU de Treichville.

L'âge et le sexe : l'âge des malades varie de 5 ans à 61 ans avec une moyenne d'âge de 22 ans. Il s'agit donc d'une population très jeune avec un maximum de sujets atteints entre 6 ans et 15 ans.

Travail du Service du Pr. L. CORNET, CHU de Treichville - Adresse : Pr Lucien CORNET, Faculté de Médecine BP V. 166 ABIDJAN

La répartition selon le sexe note 11 femmes pour 7 hommes.

AGE	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ	TOTAL
0-5 ans	0	1	1
6-10 ans	2	3	6
11-15 ans	7	2	6
16-20 ans	0	1	1
21-25 ans	0	0	0
26-30 ans	0	1	1
31-35 ans	0	0	0
36-40 ans	0	0	0
41-45 ans	0	2	2
46-50 ans	0	0	0
51-55 ans	0	0	0
56-60 ans	0	0	0
61 ans et plus	0	1	1
TOTAL	7	11	18

TABLEAU I : Répartition selon l'âge et le sexe

III - CLINIQUE

1 - Le siège

Il n'y a pas de siège de prédilection dans les cas que nous avons observés. Tout le corps peut-être atteint. HEROIN et Coll. ont même rapporté une atteinte de la verge. Le seul fait remarquable est que le visage n'est jamais atteint (14-16). Nous n'avons pas observé d'atteinte de la paume de la main ni de la plante du pied. Les ulcères peuvent siéger aussi bien aux membres supérieurs et inférieurs, aux pieds, aux mains en particulier aux faces dorsales qu'aux faces antérieures et postérieures de l'abdomen et du thorax. Un seul malade peut avoir des localisations multiples qui sont en fait l'extension de la maladie au même membre.

Exemple : pied + jambe + cuisse ou main + avant-bras + coude + bras.

SIEGE	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ	TOTAL
Thorax		2	2
Abdomen	2	0	2
Cuisses	3	4	7
Jambes	3	3	6
Pieds	0	2	2
Bras	1	1	2
Avant-bras	1	3	4
Main	1	1	2
Organes génitaux	0	0	0

TABLEAU II

Répartition selon le sexe, en fonction du siège

2 - L'aspect clinique

Tous les malades que nous avons traités ont été vus à la période d'état de l'ulcère c'est-à-dire présentant des ulcères étendus, aux contours polycycliques à fond rouge, granulo-mateux, recouvert d'un enduit gris-jaunâtre à l'aspect de fausses membranes.

Les bords sont épaissis, dévitalisés et décollés du plan musculo-aponévrotique. Ce décollement qui signe la nécrose du tissu cellulo-adipeux sous-cutané peut être très étendu et permettre le passage du doigt, laissant souder une gelée marron sale mélange de lipolyse et d'hémolyse.

Ces ulcères sont à l'emporte-pièce sur le membre ou le tronc mais peuvent être d'un seul tenant lorsque plusieurs ulcères ont fusionné.

Par ailleurs, les malades ne présentent ni fièvre, ni altération de l'état général, en particulier aucun n'a présenté d'anorexie ni d'amaigrissement, ni d'asthénie.

Selon l'ancienneté de l'atteinte, nous avons observé des attitudes vicieuses en flexion essentiellement : 9 sur 18 cas : Obs. n° 6 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18..

En général, la raideur articulaire est essentiellement le fait de retractions tendineuses, il n'y a pas d'arthrose.

IV - L'ETUDE HISTOLOGIQUE

Les études réalisées par différents auteurs décrivent un aspect histologique caractéristique de l'ulcère cutané à mycobactérium ulcéraux. On note :

- Une nécrose éosinophile très particulière de l'hypoderme, nécrose qui ne prend jamais un aspect caséeux.
- Une réaction inflammatoire très pauvre.
- La présence de BAAR au sein de la nécrose et de calcifications.
- Seul GABAUDAN (10- en Guyane Française a décrit un aspect de nécrose caséuse.

Cet aspect histologique classique a été retrouvé à l'étude de toutes nos pièces.

V - L'ETUDE BACTERIOLOGIQUE

Elle n'a pas été systématiquement faite, l'aspect clinique, le contexte et la région de provenance des malades nous permettant de conclure à des ulcères à mycobactérium ulcéraux.

- Cependant nous avons retrouvé chez quelques malades des BAAR.

- Le mycobactérium ulcéreux qui pousse très lentement (4 à 9 semaines) sur les milieux de culture a été retrouvé une fois.
- La surinfection est fréquente et tous les germes peuvent se retrouver dans l'ulcère.

VI - LE TRAITEMENT

1 - Le traitement médical

Tous les auteurs ont montré l'inefficacité du traitement médical sur le mycobactérium ulcéreux. Les antituberculeux ont fait la preuve de leur inefficacité. La Rifampicine qui avait suscité des espoirs (12, 21, 23) connaît des échecs, de même que les anti-lépreux ont donné des résultats plutôt décevants.

2 - Le traitement chirurgical

Il reste actuellement la seule thérapeutique efficace. Il comporte 2 temps.

A) 1er temps : l'excision large

Cette excision que nous avons pratiquée chez 16 malades sur 18, a consisté en une exérèse de tous les tissus nécrosés : peau, tissu cellulaire sous-cutané mais aussi en l'excision des nodules non ulcérés.

L'excision se fait en établissant la jonction entre les différents ulcères quand ceux-ci sont nombreux car la peau entre 2 ulcères est toujours infiltrée signe de la propagation de la maladie.

Cette excision est dite large car s'étendant jusqu'en zone saine à la périphérie et s'arrêtant à l'aponévrose musculaire en profondeur. Nous n'avons jamais constaté d'atteinte musculaire, l'aponévrose semblant être une barrière à la diffusion microbienne.

Cette excision doit être généreuse si on ne veut pas laisser persister des foyers. Dans 3 cas nous avons dû procéder à une avulsion complète du membre inférieur. Dans 1 cas (obs. n° 17) nous avons dû exciser les extenseurs du pied, mis à nu et en voie de nécrose. Au cours de l'excision 2 types de lésions sont observés au niveau de l'hypoderme.

- On tombe d'abord sur une coulée, une gelée de pus marron plus ou moins fluide qui entraîne le décollement cutané.
- Puis en profondeur, les cellules adipeuses ont perdu leur spéricité, leur aspect gras et sont remplacées par un tissu adipeux fibreux fait de travées blanc-nacrées. Ce tissu est épais, scléreux et se détache aisément de

l'aponévrose au cours de la dissection. Il faut avoir soin d'exciser tous ces tissus qui sont mal vascularisés et pratiquement exsangues.

- Parfois enfin au bout d'une longue évolution l'ulcère guéri laissant des séquelles invalidantes.

B) 2ème temps : la greffe de peau mince

Elle a été faite au bout d'un temps variable allant de J15 à J30.

Nous conseillons 3 semaines pour permettre l'obtention d'un bon tissu de granulation.

Nous avons utilisé dans tous nos cas des greffes dermo-épidermiques minces de 2/10^e ou 3/10^e.

Dans 4 cas devant l'étendue de la surface à couvrir, nous avons utilisé des greffes en filets. Ces greffes minces peuvent être fixées ou non. Elles seront toujours fixées dans les plis et les zones très mobiles.

Mais ce 2ème temps du traitement peut comporter lui-même plusieurs autres qui seront consacrés à la levée des déformations. Ainsi dans tous nos cas de flessum du coude ou du genou nous avons levé ce flessum en 2 temps en pratiquant des ténotomies ou des insertions de tendons pour permettre l'allongement du membre.

La greffe dans ces cas n'est effectuée que lorsque l'extension totale du membre est obtenue.

C) Les autres méthodes chirurgicales

Nous avons essayé une fois un lambeau de DOUFORMENTEL dans le dos mais c'était au début de notre expérience et l'insuffisance de notre excision a provoqué l'échec du lambeau car l'ulcère était en pleine évolutivité.

- Dans 1 cas nous avons réalisé une excision large sur les faces internes des 2 cuisses, suivie de suture immédiate, les suites ont été très heureuses.
- Enfin, devant la rétraction cicatricielle d'une première commissure, nous l'avons reconstruite par la mise en place d'une broche de distraction des 1er et 2e méta et couverture commissure par un lambeau anté-brachial ou lambeau chinois.

VII - RESULTATS

Le traitement chirurgical est incontestablement le seul traitement efficace à l'heure actuelle sur les ulcères cutanés à mycobactérium ulcéreux si l'on juge nos résultats.

Tous nos malades excisés et greffés jusqu'en décembre 1989 sont tous guéris et rentrés dans leur famille. Parmi les

7 derniers malades, qui ont été excisés :

- 3 ont été greffés, 1 a guéri (obs. n° 15) mais est resté hospitalisé pour refaire sa 1ère commissure droite (le malade a lambeau chinois) et les 2 autres (obs. n° 12 et n° 13) sont en voie de guérison, ils ne présentent pas d'autres lésions.

- 4 présentent après excision, un très bon aspect local et lorsque nous aurons vaincu les déformations, ils feront l'objet d'une greffe dermo-épidermique mince.
- Nous n'avons observé aucune récurrence dans les zones excisées et greffées.

Nom Prénom	Sexe Age	Siège des ulcères	Déformation des membres	Traitement médical	Résultat	Chirurgie			Résultats	
						Excis.	Gref.	Autre	Guéri	Récid.
1. B... ASS...	F/28	Pied	0	AB	0	0	+	0	+	0
2. K... Ful...	M/14	Dos	0	AB	0	+	+	0	+	0
3. Y... Ah...	F/	Bras	0	AB	0	+	+	0	+	0
4. H... Yea...	F/61	Jambes Cuisses	0	RHZ	0	+	+	+	+	0
5. L... U...	M/9	Jambe	0	AB	0	+	+	0	+	0
6. S. Dan...	F/15	Thorax Bras	+	Rhz	±	+	+	0	+	0
7. P... N'g...	M/7	Cuisse	0	AB	0	+	+	0	+	0
8. K... Ya...	M/8	Abdomen	0	AB	0	+	+	0	+	0
9. B. Is...	M/15	Cuisse Jambe	0	AB	0	+	+	0	+	0
10. N'GOT. Ak...	F/45	Epaule	0	AB	0	+	+	0	+	0
11. N... Od...	F/18	Cuisse	0	AB	±	+	+	0	+	0
12. N'GOR... Ak...	M/9	Cuisse Jambe	+	AB	0	+	+	+	±	0
13. K. Am...	F/41	Avant-Bras Coude	+	Ab	0	+	+	+	±	0
14. A... Ak...	F/11	Avant-bras Main	+	AB	0	+	-	+	-	-
15. K... Jas.	M/12	Avant-Bras Bras, Main	+	AB	0	+	-	+	-	0
16. A... Ka...	F/5	Avant-bras	+	AB	0	+	-	+	-	-
17. S... Jos...	F/13	Cuisse Jambe	+	AB	0	+	-	+	-	-
18. B... Ru...	F/9	Pied- Jambe Genou-Cuisse	+	AB	0	+	-	+	-	-

AB = Antibiotique à large spectre

RHZ = Rimactan - Isoniazide - Pirazinamide

TABLEAU III - Résultats du traitement chirurgical et résumé des observations

CONCLUSION

Les ulcères cutanés à mycobactérie atypique du genre mycobactérium ulcéraux, constituent une véritable infirmité de la peau. Leur nombre croissant et l'ampleur de leur propagation en font une véritable maladie de santé publique. Le traitement par la chirurgie plastique qui consiste en excisions larges des lésions suivies de greffe

dermo-épidermique mince constitue à l'heure actuelle le seul traitement efficace de la maladie.

Il convient de dépister systématiquement les malades et les faire traiter afin d'éviter les déformations qui compliqueront l'intervention et allongeront l'hospitalisation. Mais il convient aussi de prendre des mesures de santé publique visant à assainir l'environnement dans les zones endémiques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BARKER J.P. D.
Epidemiology of mycobacterium ulcerans infection. Trans. Roy. Soc. Med. 1973, 67, 43-47.
- 2 - BAILEY A.C.
Buruli in Ghana. Br. Med. J. 1971, 2, 401-402.
- 3 - BEURY J., WEBER M., VIGNAUD J.M., DAILLOUX M.
Mycobactérioses cutanées : enquêtes épidémiologiques. Ann. Dermatol. Vénérol. Franc. 1981, 108, 5, 439-442.
- 4 - BOISVERT H.
L'ulcère cutané à mycobactérie ulcérons au Cameroun : II. Etude bactériologique. Bull. Soc. Path. Exot. Fr. 1977, 79, 2, 125-131.
- 5 - CARAYON A., PERLEUIS P., HONORAT M., BLIN E.
Ulcères par mycobactéries en Afrique. Bull. Soc. Afr. Noire Lgue. Fr. 1968, 13, 3, 670-679.
- 6 - CLANCEY J.K.
Mycobacterial skin ulcers in Uganda : description of a new mycobacterium (Mycobacterium buruli). J. Path. Bact. 1964, 88, 175-187.
- 7 - CLANCEY J.K., DODGE O.Q., LUNN H.F., ODUORI M.L.
Mycobacterial skin ulcers in Uganda. Lancet, 1961, 2, 1951-1954.
- 8 - COLIN M., KANGA J.M., JEANNEY J.C., HEROIN P.
Les mycobactéries cutanées. Ann. Univ. Abidjan. Série B., 1982, 26, 135.
- 9 - CONNOR D.H., LUNN H.F.
Buruli ulceration : a clinico-pathological study of 38 Ugandas with mycobacterium ulcerans ulceration. Arch. Path. 1966, 81, 183-199.
- 10 - GABAUDAN M.
Les mycobactérioses cutanées en Guyanne Française. Thèse Méd. Bordeaux 1975, n° 246.
- 11 - GRAY H.A., KINGMA S., KOK S.H.
Mycobacterial skin ulcers in Nigeria. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 1967, 61, 5, 712-714.
- 12 - HAVEL A., PATTYN S.R.
Activity of rifampicin on mycobacterium ulcerans. Ann. Soc. Bel. Med. Trop. 1975, 55, 2, 105-108.
- 13 - HUNNEBERT et COLL.
Deux cas d'ulcère nécrotique à BAAR observés à Léo. Ann. Soc. Belg. Med. Trop. 1962, 42, 4, 549-554.
- 14 - KOUAME N.
Contribution à l'étude des ulcères cutanés à mycobactéries atypiques. (Ulcère de buruli) à Abidjan. Thèse Med. Abidjan 1984, n° 545.
- 15 - LUNN H.F., CONNOR D.H., BARNLEY G.G.
Buruli (mycobacterial) ulceration in Uganda. A new focus of buruli ulcer in Madi-District Uganda. East Afr. Med. J. 1965, 42, 275-288
- 16 - MEYERS W.M., SHELLY W.M., CONNOR D.H., MEYERS E.K.
Human mycobacterium ulcerans infections developing on sites of traumatized skin. Am. J. Trop. Med. Hyg. 1974, 23, 8, 919-923.
- 17 - N'GU V.A.
Tropical ulcers in Ibadan. W. Afr. Med. J. 1960, 9, 247-255
- 18 - PERRAUDIN M.I., HERRAULT A., DESBOIS J.C.
Ulcère cutané à mycobactérium ulcérons (ulcère de Buruli). Ann. Pédiat. 1980, 27, 10, 687-692.
- 19 - PERQUIS P. et MURET G.
Ulcères tropicaux à mycobactéries. A propos de 2 observations. Bull. Soc. Path. Exot. 1965, 58, 5, 789-795.
- 20 - PERQUIS P., MURET G., RAVISSE P., MAYDAT L.
Ulcères tropicaux à mycobactéries. A propos de 8 observations. Med. Trop. 1966, 26, 6, 647-648.
- 21 - PETTIT J.H.S.
Infection à "Mycobactérium ulcérons". Symptômes diagnostic différentiel et traitement. Bull. Soc. Med. Fr. Derm. Sypt. 1970, 5, 696-699.
- 22 - PORTAELS F.
Contribution à l'étude des mycobactéries de l'environnement au Bas-Zaïre. Ann. Soc. Belge Med. Trop. 1973, 53,4 373-387.
- 23 - PRADINAUD R., GROSSHANS E.
Vingt cas de mycobactérioses cutanées en Guyanne Française. Castellana. 1974, 2, 12, 273-274.
- 24 - RAVISSE P.
Ulcère cutané à mycobactérium ulcérons au Cameroun : I. Etude Clinique, épidémiologique et histologique. Bull. Soc. Path. Exot. Fr. 1977, 79, 2, 109-124.
- 25 - TISON F., DEVULDER B., TACQUET A.
Recherche sur la présence des mycobactéries dans la nature. Rev. Tuberc. Pneumol. Paris 1968, 32, 7, 893-92.
- 26 - WARD D.E.
Buruli ulcer. Br. Med. J. 1970, 3, 346-348.
- 27 - ZIEFER A., CONNOR D.H., GYBSON D.W.
Mycobacterium ulcerans infection of two patients in Liberia. Int. J. Dermatol. 1981, 20, 5, 362-367.