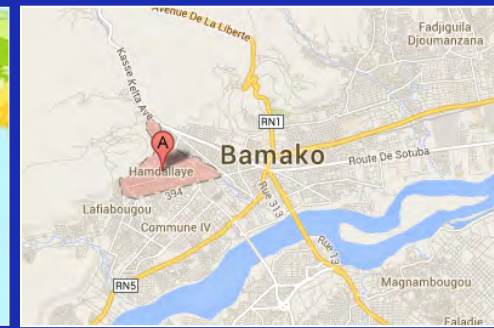
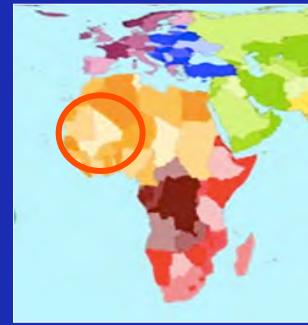


Nicolas Vignier, Marie Kempf, Dorothée Vignes, Marie Gousseff, Marina Alexandre-Audaire, Frédéric Mechaï, Laurent Marsollier & Olivier Bouchaud

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales et de Dermatologie, CHU Avicenne ; Service de Bactériologie et ATOMyCA, Inserm Avenir Team, CRCNA, Inserm U892, 6299 CNRS, Université et CHU, Angers, France



M. SS, malien de 15 ans, né et ayant toujours vécu à Bamako, ATCD de méningite en bas âge avec séquelles cognitives

Hospitalisé à Avicenne pour ulcération du pied gauche évoluant depuis 1 mois et demi

Vit à Bamako. Notion de plaie avec un ciseau de tailleur 5 semaines avant. Apparition d'un nodule avec tentative d'excision puis d'une ulcération extensive malgré des soins locaux et une antibiothérapie par amoxicilline

Devant l'évolution défavorable et le risque de complications, décision de la famille de l'envoyer en France

**Ulcération peu
douloureuse**

**Pas de décollement des
bords de l'ulcération**

**Augmentation de la chaleur
locale de la jambe
homolatérale**

**Adénopathie inguinale
satellite**

Poids 35 kg. IMC = 13 kg/m²

Température 37°C



Quel diagnostics évoquez-vous à ce stade?

- 1. Ecthyma**
- 2. Ulcère de Buruli**
- 3. Leishmaniose cutanée**
- 4. Drépanocytose**
- 5. Ulcère phagédénique**

1. Ecthyma

2. Ulcère de Buruli

3. Leishmaniose cutanée

4. Drépanocytose

5. Ulcère phagédénique

Quel(s) examen(s) proposez vous pour préciser l'étiologie?

1. Prélèvement par écouvillon de l'ulcère
2. Biopsie cutanée: anatomopathologie
3. Biopsie cutanée: analyse bactériologique, mycobactériologique et mycoparasitologique
4. Biopsie cutanée: PCR *Mycobacterium ulcerans*
5. Sérologie leishmaniose

1. Prélèvement par écouvillon de l'ulcère

2. Biopsie cutanée : anatomopathologie

**3. Biopsie cutanée : analyse bactériologique,
mycobactériologique et mycoparasitologique**

4. Biopsie cutanée : PCR *Mycobacterium ulcerans*

5. Sérologie leishmaniose

Bilan paraclinique : résultats

NFS : 7800 leucocytes (5080 PNN), Hb 8,7 g/dL, plaquettes 388 000

CRP : 30

Sérologie VIH négative

Biopsie des berges de l'ulcère :

Absence de bactéries au direct

Recherche de BAAR négative

Absence de leishmanies au direct

Anatomopathologie : ulcération inflammatoire non spécifique

PCR *M. ulcerans* positive

→ **Ulcère de Buruli**

Ulcère de Buruli

Infection par une mycobactérie environnementale : *Mycobacterium ulcerans*

Sécrétion d'une toxine (la mycolactone) responsable des délabrements cutanés : morbidité importante avec incapacités fonctionnelles

Clinique:

- Nodule ou placard

- Apparition secondaire d'une ulcération

- Topographie des lésions : 60% membres inf. / 30% membres sup.
10% autres

- Infection osseuse primaire : 10%

Classification en fonction de la taille :

- I : <5 cm

- II : 5-15 cm

- III : >15 cm, multiples, atteinte œil, sein, OGE et/ou os

Quel est le mode de transmission de l'ulcère de Buruli?

- 1. Piqûre de punaise d'eau**
- 2. Piqûre d'insecte**
- 3. Bain en eaux stagnantes**
- 4. Plaie par corps étranger**
- 5. Morsure d'opossum**

1. Piqûre de punaise d'eau

2. Piqûre d'insecte

3. Bain en eaux stagnantes

4. Plaie par corps étranger

5. Morsure d'opossum



→ Beaucoup d'incertitudes
Lien avec les zones inondées
Effet protecteur de la moustiquaire



Quel traitement préconisez-vous?

- 1. Rifampicine + streptomycine**
- 2. Rifampicine + isoniazide**
- 3. Rifampicine + clarithromycine**
- 4. Rifampicine + moxifloxacine**
- 5. Corticothérapie orale**

1. Antibiothérapie par RMP + streptomycine

2. Antibiothérapie par RMP + isoniazide

3. Antibiothérapie par RMP + clarithromycine

4. Antibiothérapie par RMP + moxifloxacin

5. Corticothérapie orale

Traitement de référence de l'ulcère de Buruli (OMS)

- Plusieurs schémas possibles :
 - Rifampicine (10 mg/kg/j) + streptomycine (15 mg/kg/j IM) ou amikacine
 - Rifampicine + clarithromycine (7,5 mg/kg/12h)
 - Rifampicine + moxifloxacine (400 mg/j)
- Durée : 8 semaines
- Efficace dans 80% des cas

Evolution



S4



S18



S23

Epidémiologie de l'ulcère du Buruli

Rapporté dans 30 pays tropicaux (Afrique, Amériques, Asie, Pacifique occidental) + Australie, Chine, Japon

5000-6000 cas rapportés chaque année par 15 de ces pays
Bénin, Côte d'ivoire et Ghana les + touchés
Australie et Papouasie-Nouvelle Guinée

Majoritairement en zone rurale chez des enfants <15 ans

Distribution par foyers (villages touchés, d'autres non)
autour de certaines étendues d'eau

Originalité épidémiologique : le Mali n'est pas considéré comme une zone d'endémie, le caractère urbain est inhabituel

424 *Letters to the Editor*

Acta Derm Venereol 90

Painful Buruli Ulcer in a Malian Visitor to France

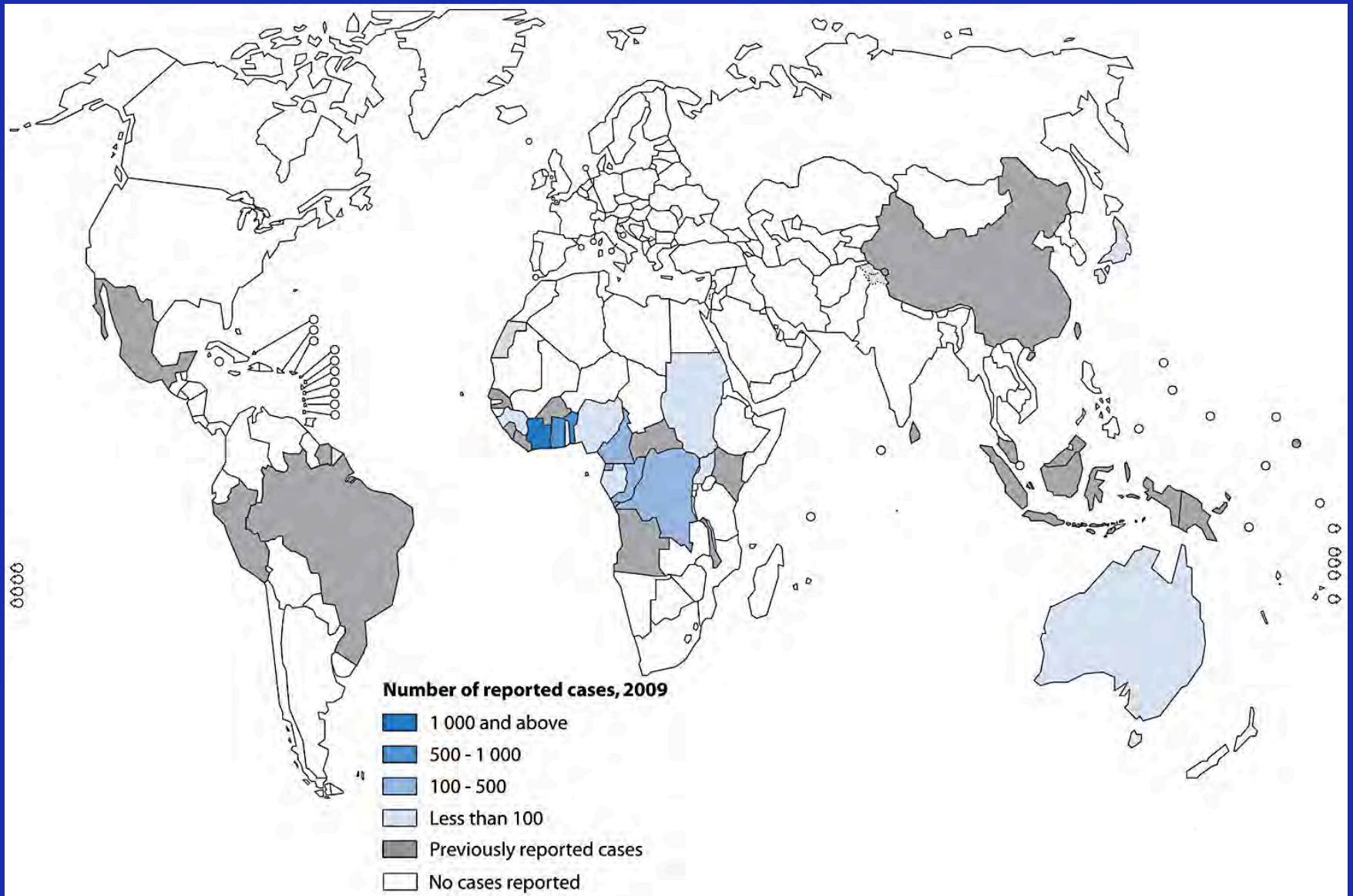
Khaled Ezzedine¹, Thierry Pistone², Véronique Guir³ and Denis Malvy²

Buruli ulcer disease

***Mycobacterium ulcerans* infection: an overview of reported cases globally**

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD, NO. 20, 14 MAY 2004

Deux enfants originaires de Côte d'Ivoire et un enfant originaire du Mali développent un ulcère de Buruli alors qu'ils se trouvent en France. ■



Merritt R. W., Walker E. D., Small P. L. C., Wallace J. R., Johnson P. D. R. et al. (2010). "Ecology and Transmission of Buruli Ulcer Disease: A Systematic Review". PLoS Neglected Tropical Diseases 4(12): e911. doi:10.1371/journal.pntd.0000911.