

CLINIQUE

À propos d'un cas d'infection due à *Mycobacterium ulcerans* se présentant sous la forme d'un abcès froid.

K. Kassi, K. Kouamé, K.C. Ahogo, D.E. Kacou, E. Ecra, I.P. Gbéry, J.M. Kanga

Service de dermatologie, Centre hospitalier et universitaire de Treichville, BP V3 Abidjan 01, Côte d'Ivoire. E-mail : siskakomlo@yahoo.fr

Courte note n° 3254. "Clinique". Reçue le 1^{er} avril 2008. Acceptée le 18 novembre 2008.

Summary: About a case of *Mycobacterium ulcerans* infection with cold abscess.

Buruli ulcer is still a public health problem in Côte d'Ivoire. Its physiopathology is poorly described and suggests a new clinical form.

*We report a clinical case in a 18-year-old patient who had a cold abscess on the right elbow. The histopathology test revealed a *Mycobacterium ulcerans* infection. The treatment consisted in antimycobacterial therapy and surgical care. The clinical healing was observed during 4 months of hospitalization.*

*This form of *Mycobacterium ulcerans* with cold abscess, the first case described so far, requires great vigilance in clinical detection of cases and underlines the importance to intensify microbiological research mainly in endemic areas.*

**Cold abscess
Mycobacterium ulcerans
Buruli ulcer
treatment
hôpital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Sub-Saharan Africa**

**Abcès froid
Mycobacterium ulcerans
Ulcère de Buruli
traitement
hôpital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale**

Introduction

L'ulcère de Buruli est une infection chronique nécrosante et extensive, sous-cutanée due à *Mycobacterium ulcerans*. C'est la troisième mycobactériose humaine la plus fréquente dans le monde après la tuberculose et la lèpre.

L'affection évolue habituellement en 3 phases : un début, pré-ulcératif (sous la forme d'une papule, d'un nodule, d'un œdème ou d'un placard), une phase ulcéralive et une phase cicatricielle (2).

Le traitement, auparavant chirurgical, est aujourd'hui médical avec une antibiothérapie spécifique selon les recommandations de l'OMS. Elle associe la rifampicine et la streptomycine ou l'amikacine pendant huit semaines, encadrant parfois la chirurgie.

Nous rapportons un cas d'ulcère de Buruli se présentant sous la forme d'un abcès froid chez une patiente âgée de 18 ans.

de Ziehl-Neelsen a montré entre 1 à 9 bacilles acido-alcoolo-résistants par champ avec des cellules inflammatoires lymphocytaires et épithélioïdes peu nombreuses. L'examen anatomo-pathologique du prélèvement biopsique a révélé une nécrose du tissu adipeux et chondrale sans nécrose caséuse (photo 2). La culture du liquide sur milieu de

Observation

La symptomatologie chez cette patiente remontait à 15 mois avec la survenue d'une tuméfaction à la face postérieure du coude droit, augmentant progressivement de volume, indolore, non chaude, sans notion de traumatisme, ni de fièvre.

Devant ces signes, une automédication à base de cataplasme, de pénicilline injectable (2,4 millions d'unités internationales par semaine pendant un mois) et de Nifluril® suppositoires (un par jour pendant une semaine) a été instituée sans succès.

La patiente a alors consulté au service de dermatologie du Centre hospitalier et universitaire de Treichville où nous l'avons reçue.

À l'examen, il s'agissait d'une volumineuse tuméfaction mesurant 25 cm de long et 33 cm de circonférence (photo 1).

À la palpation, elle demeurait indolore, non chaude et surtout, fluctuante évoquant un abcès froid. La peau en regard était d'aspect et de couleur normale. L'extension du coude droit était indolore mais limitée. Il n'y avait pas d'adénopathie axillaire droite.

La radiographie du coude droit (face et profil) a objectivé une réaction périostée homogène de l'olécrane.

La ponction du coude droit a ramené un liquide blanc jaunâtre visqueux. L'examen direct de ce liquide après coloration selon la méthode

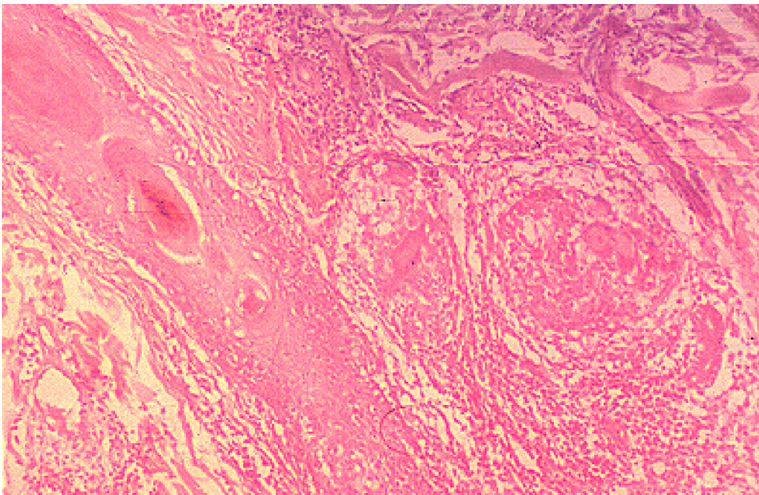
Photo 1.

Abcès froid du coude droit (vue externe).
Cold abscess of the right elbow (external view).



Figure 2.

Image histopathologique de l'abcès froid dû à *Mycobacterium ulcerans*.
Histopathological view of the *Mycobacterium ulcerans* cold abscess.



Lésion active faite de nécrose adipeuse et hypodermique, d'infiltrat inflammatoire (polynucléaires, mononucléaires) avec de nombreux bacilles acido-alcolo-résistants.

Lowenstein-Jensen a permis d'identifier *Mycobacterium ulcerans*. En outre, le test de polymérase Chain reaction (PCR) était positif. Sur l'ensemble de ces données cliniques et paracliniques, le diagnostic d'infection à *Mycobacterium ulcerans* a été retenu. La patiente a été mise sous antibiothérapie à base de rifampicine (600 mg par jour en prise unique, pendant quatre mois) et d'ofloxacine (400 mg en deux prises par voie orale, par jour pendant 2 mois), car les injections de streptomycine étaient très douloureuses chez la patiente. Une semaine après, nous avons associé un traitement chirurgical combinant une arthrotomie, une séquestrectomie, un drainage de l'abcès, un lavage articulaire et une immobilisation du coude par une attelle plâtrée postérieure. Les suites opératoires ont été favorables, avec récupération totale de la fonction du coude droit.

Commentaires

L'ulcère de Buruli évolue en trois phases : pré-ulcérative, ulcérative et cicatricielle. Il peut être diagnostiqué à chaque phase évolutive (2). Habituellement, les formes actives rencontrées sont le nodule, la plaque, l'œdème et l'ulcération. D'autres formes apparaissent de plus en plus et sont parfois même semblables à des manifestations de tuberculose à cause probablement de la parenté avec *Mycobacterium tuberculosis*. Contrairement à l'observation habituelle de la panniculite nécrosante extensible, on peut observer un abcès froid (qui est une collection de pus dans une cavité nécrotique bien limitée sans signe inflam-

matoire) qui correspond à la forme observée chez notre patiente.

Selon LAGARRIGUE (3), il existerait des souches de mycobactéries différentes sur le plan de la virulence. Certaines souches auraient un tropisme important pour l'os, le liquide synovial, la gaine séreuse, mais moindre pour les tissus sous-cutanés. Ce tropisme particulier permettrait d'expliquer certains foyers non ouverts tels notre cas d'abcès froid du coude, dont l'aspect normal des téguments en regard suggère une atteinte plus profonde qu'à l'accoutumée. Ceci pourrait aussi être lié au mode et/ou au site d'inoculation.

Selon STRAGIER, la variabilité pathogénique, la sévérité et la dissémination de la maladie dépendent des trois génotypes qu'il a isolés dans différents pays africains (4).

Il en est de même pour ABLORDEY qui explique l'émergence des nouvelles formes cliniques, par le polymorphisme du *Mycobacterium ulcerans* détecté à la PCR (1). La forme observée chez notre patiente pourrait en être un exemple.

Conclusion

Cette forme d'abcès froid à *Mycobacterium ulcerans* suggère la nécessité d'approfondir la recherche sur la virulence et le tropisme des génotypes du *Mycobacterium ulcerans* par la biologie moléculaire, car l'évolution et le pronostic de la maladie semblent en dépendre. Elle incite à une grande vigilance dans la détection des cas de cette affection en zone d'endémie.

Références bibliographiques

1. ABLORDEY A, KOTLOWSKI R, SWINGS J & PORTAELS F – PCR amplification with primers based on IS2404 and GC-rich repeated sequence reveals polymorphism in *Mycobacterium ulcerans*. *J Clin Microbiol*, 2005, **43**, 448-451.
2. ASIEDU K, MEYERS W & AGBENORKU P – Clinical features and treatment. In: *Buruli ulcer. Mycobacterium ulcerans infection*. Asiedu K, Scherpier R, Raviglione M (Eds). World Health Organization, Global Buruli Ulcer Initiative, Geneva, 2000, 37-47.
3. LAGARRIGUE V, PORTAELS F, MEYERS WM & AGUIAR J – L'ulcère de Buruli : attention aux atteintes osseuses : à propos de 33 cas observés au Bénin. *Méd Trop*, 2000, **60**, 262-266.
4. STRAGIER P, ABLORDEY A, BAYONNE LM, LUGOR YL, SINDANI IS et al. – Heterogeneity among *Mycobacterium ulcerans* isolates from Africa. *Emerg Infect Dis*, 2006, **12**, 844-847.