



Article professionnel

Article

2013

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Diagnostic final de cancers cutanés chez des patients suspects d'infection à *Mycobacterium ulcerans* : a propos de 3 cas à Akonolinga (Cameroun)

Toutous Trelu, Laurence Marie; Muller, Y; Rambaud-Althaus, C; Nkemenang, P; Tschanz, E; Atangana, P.A.; Ehounou, G; Wanda Franck, E; Sidi, C

How to cite

TOUTOUS TRELLU, Laurence Marie et al. Diagnostic final de cancers cutanés chez des patients suspects d'infection à *Mycobacterium ulcerans* : a propos de 3 cas à Akonolinga (Cameroun). In: Bulletin de l'Association des Léprologues de Langue Française, 2013, vol. 28, p. 38–40.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:147869>

■ DIAGNOSTIC FINAL DE CANCERS CUTANÉS CHEZ DES PATIENTS SUSPECTS D'INFECTION À MYCOBACTERIUM ULCERANS : à propos de trois cas à Akonolinga (Cameroun)

Toutous Trellu L.*, Muller Y.**, Rambaud-Althaus C.**, Nkemenang P.***,
Tschanz E.*, Atangana P. A.****, Ehounou G.***, Wanda Franck E.***, Sidi C.***

L'infection à *Mycobacterium ulcerans*, également connue sous le nom d'ulcère de Buruli (UB), est responsable de lésions cutanées dont l'évolution agressive peut, en l'absence de traitement adéquat, conduire à des séquelles importantes¹. Cette maladie est reportée dans 30 pays de régions tropicales et sub-tropicales, dans des foyers endémiques bien délimités². Touchant le plus souvent des communautés rurales pauvres, l'accès des patients aux moyens diagnostiques et thérapeutiques reste difficile.

En zone d'endémie, le diagnostic clinique d'UB est aisé devant la forme typique de la maladie – un ulcère indolore aux bords sous minés. Cependant, il peut être plus difficile de différencier les lésions plus précoces, non-ulcérées, ou des formes moins typiques remaniées par la chronicité et les surinfections. La confirmation de l'infection à *M. ulcerans* se fait par examen direct (Ziehl), culture, biologie moléculaire (PCR) et histologie. Ces tests para-cliniques ont soit une faible sensibilité (40 % pour l'examen direct, 20 à 60 % pour la culture), soit sont difficiles à implémenter dans les contextes à faibles ressources (PCR, culture, histologie)³⁻⁴. Le diagnostic des lésions non associées à l'UB, et en particulier des cancers qui nécessitent un examen histopathologique, est également difficile dans ce contexte.

En collaboration avec le ministère de la Santé du Cameroun, Médecins Sans Frontières (MSF) contribue depuis 2002 à la prise en charge des infections à *M. ulcerans* dans le district d'Akonolinga, un des foyers d'endémicité de l'infection au Cameroun⁵. Les patients du district d'Akonolinga suspects d'UB bénéficient d'une approche diagnostique et de soins adaptés par ce programme.

Nous présentons trois situations où le diagnostic différentiel de tumeur maligne a finalement pu être posé.

OBSERVATIONS

Cas 1

Un homme âgé de 69 ans se présentait pour une ulcération de l'abdomen. Le seul antécédent retrouvé était celui d'une brûlure à la jambe gauche. L'ulcère était précédé par une papule de survenue spontanée, et évoluait depuis une année environ. L'examen objectivait une ulcération bourgeonnante de 1 cm x 1 cm, légèrement prurigineuse centrée sur une zone infiltrée (photographie 1a). Les tests VIH et treponémiques étaient négatifs. Les examens par Ziehl, culture et PCR à la recherche de *M. ulcerans* étaient négatifs. L'histologie diagnostiquait un carcinome épidermoïde kératinisant (figures 1b et c). Le bilan d'extension par échographie abdominale montrait une adénopathie rétropéritonéale. Une exérèse chirurgicale complète était faite en marges saines, l'évolution à un an était bonne.

Cas 2

Une fille âgée de 6 ans était amenée à l'hôpital d'Akonolinga en raison d'une tuméfaction de la cheville droite qui grossissait depuis 5 ans. La lésion n'était pas douloureuse. L'examen clinique objectivait un état général conservé et une masse bourgeonnante ulcérée d'un diamètre de 4 x 4 cm (photographie 2a). Aucune adénopathie périphérique n'était palpée. Un ulcère de Buruli ou un processus tumoral avec atteinte osseuse étaient envisagés. Les prélèvements microbiologiques à la recherche de *M. ulcerans* étaient négatifs. Les tests VIH et treponémiques

étaient négatifs. La radiographie de la jambe montrait une atteinte osseuse.

Une première histologie orientait vers une tumeur bénigne « à classer ». L'excision plus large montrait en définitive un fibrosarcome myxoïde (figures 2b et c). La patiente était adressée en oncologie à Yaoundé.

Cas 3

Un homme âgé de 80 ans consultait pour une plaie du pied gauche ne cicatrisant pas. L'examen clinique montrait un état général conservé avec une ulcération de 3 x 3 cm sur le bord latéral externe du pied gauche (photographie 3a). Un œdème était noté. Les prélèvements à la recherche de *M. ulcerans* étaient négatifs (Ziehl, PCR, cultures). Les tests VIH et treponémiques étaient négatifs. L'histologie du bord de l'ulcère objectivait une maladie de Kaposi (figures 3b et c).

DISCUSSION

Les trois patients avaient des tumeurs très différentes. Le diagnostic clinique d'UB était aussi envisageable. Les habitants de la région d'Akonolinga arrivent à l'hôpital souvent plusieurs semaines, voire années, après l'apparition de lésions. Dans les zones d'endémie de l'UB, des diagnostics excessifs d'UB sont parfois faits, avec comme conséquence une mise sous antibiothérapie spécifique empirique. L'histologie dans le diagnostic de l'UB est validée dans le diagnostic positif de l'infection⁶, mais nous souhaitons insister ici sur son importance dans l'établissement de certains diagnostics différentiels.

Dans le cas de carcinome épidermoïde rapporté, la localisation à l'abdomen n'était pas la plus classique pour un UB. Ce type de carcinome peut être d'emblée primitif, ou surtout compliquer n'importe quel type de plaie chronique, notamment en Afrique⁷. Récemment, en France, une prévalence de 10 % de tumeur cutanée compliquant un ulcère chronique de membres inférieurs d'origine vasculaire a été rapportée par une étude sur plusieurs centres de dermatologie⁸.

La maladie de Kaposi est endémique en Afrique sub-saharienne. Une équipe de Yaoundé a pu observer qu'un Kaposi pouvait être une manifestation initiale de l'infection VIH dans 3,5 % des cas⁹. Le Kaposi cutané peut s'ulcérer, d'emblée ou en raison de surinfection. Le test VIH doit être proposé devant tout cas de maladie de Kaposi.

Le cas de tumeur ulcérée chez l'enfant incite aussi à une grande vigilance concernant ces possibles diagnostics différentiels. Un ulcère de jambe chez un enfant en zone d'endémie peut facilement être confondu avec l'UB, voire banalisé si en zone traumatique. Le fibrosarcome est une tumeur connue chez les enfants, de grade de malignité variable. Dans notre cas, le diagnostic a été tardif au vu de l'envahissement osseux, rendant la chirurgie plus difficile¹⁰.

Dans les zones d'endémie de l'UB, la confirmation diagnostique est souvent difficile à organiser sur le lieu de prise en charge du patient ; toutefois, une infrastructure pour réaliser un examen histologique peut être accessible dans la région. Dans le cadre du projet d'Akonolinga, le matériel est transporté pour l'analyse histologique à Yaoundé au Centre Pasteur Cameroun (CPC). Les blocs de paraffine de ces 3 patients ont été transférés ensuite pour relecture et tests complémentaires immunohistochimiques dans le service de pathologie de l'hôpital universitaire de Genève. Ces examens très spécifiques sont rarement disponibles dans les pays en voie de développement.

CONCLUSION

Le diagnostic différentiel tumoral de tout « ulcère cutané tropical » est à considérer, à tout âge et pour des durées d'évolution très variables. L'examen histologique est souvent la clé du diagnostic.

Références

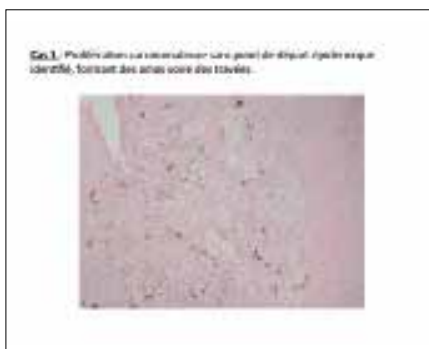
1. Ellen D.E., Stienstra Y., Teelken M.A., *et al.* « Assessment of functional limitations caused by *Mycobacterium ulcerans* infection: towards a Buruli ulcer functional limitation score. » *Trop. Med. Int. Health* 2003; 8:90–6.
2. WHO | Buruli ulcer. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/en/> (accessed 14 Feb2013).
3. Herbing K-H., Adjei O., Awua-Boateng N-Y., *et al.* « Comparative study of the sensitivity of different diagnostic methods for the laboratory diagnosis of Buruli ulcer disease. » *Clin. Infect. Dis.* 2009; 48:1055–64.
4. Phillips R., Horsfield C., Kuijper S., *et al.* « Sensitivity of PCR targeting the IS2404 insertion sequence of *Mycobacterium ulcerans* in an Assay using punch biopsy specimens for diagnosis of Buruli ulcer. » *J Clin Microbiol* 2005; 43:3650–6.
5. Porten K., Sailor K., Comte E., *et al.* « Prevalence of Buruli ulcer » in Akonolinga health district, Cameroon: results of a cross sectional survey. *PLoS Negl Trop Dis* 2009; 3:e466.
6. Phillips R., Horsfield C., Kuijper S. *et al.* « Sensitivity of PCR targeting the IS2404 insertion sequence of *Mycobacterium ulcerans* in an Assay Using punch biopsy specimens for diagnosis of Buruli Ulcer. » *J. Clin. Microbiol.* 2005; 43:3650-3656.
7. Guillaume JC. « Précancérose épithéliales et maladie de Bowen. » In : Dermatologie et infections sexuellement transmises. JH. Saurat *et al.* 4^{ème} ed Masson. Chap 13.3.p 636-637.
8. Senet P., Combemale P., Debure C. *et al.* « Malignancy and chronic leg ulcers. » *Arch Dermatol* 2012; 148:704-708.
9. Ndjolo A., Njock R., Ngowe NM. *et al.* « Early ENT manifestations of HIV infection /AIDS. An analysis of 76 cases observed in Africa. » *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2004; 125:39-43.
10. Alaggio R., Coffin CM., Dall'Igna *et al.* « Myxoinflammatory fibroblastic sarcoma: report of a case and review of the literature. » *Ped Dev Pathol* 2012; 15:254-258.
11. Nthumba PM., Cavadas PC., Landin L. « Primary cutaneous malignancies in sub-Saharan Africa. » *Ann Plast Surg* 2011; 66:313-320.

*Hôpitaux Universitaires de Genève

**Epicentre

***Médecins Sans Frontières

****Centre Pasteur Cameroun



Cas 2. Fibrosarcome myxoïde de l'enfant: cheville



Photographie clinique 2a

Cas 2. Histologie avec coloration hématoxyline-éosine (Figure 2b) :
Profil de tumeur fasciculatoire dans le derme, les bords irréguliers, les bords à bords
compacts, avec zones de nécrose sous-jacente. Architecture fasciculée.
Laboratoire de pathologie, hôpital universitaires de Genève



Cas 2. Histologie avec immunomarquage (Figure 2c) : Très nombreux
cellules. Positivité des cellules pour le CD34, faiblement positive pour le
CD45, des cellules myxoides, EMA, S100, ALU négatifs. HVB négatif.
(20x-40x).

Laboratoire de pathologie, hôpital universitaires de Genève

Immunomarquage: CD34

Immunomarquage: HVB



Cas 3. Maladie de Kaposi du pied Forme africaine (VIH-).



Photographie clinique 3a

Cas 3. Histologie coloration hématoxyline-éosine (Figure 3b) : Profil de tumeur
fasciculatoire dans le derme, les bords irréguliers, les bords à bords
compacts, avec zones de nécrose sous-jacente. Architecture fasciculée.
Laboratoire de pathologie, hôpital universitaires de Genève



Cas 3. Histologie avec immunomarquage (Figure 3c) : Imagerie par la
pendulation. HVB positif → Maladie de Kaposi.
Laboratoire de pathologie, hôpital universitaires de Genève

Immunomarquage: HVB

Immunomarquage: HVB



Nom : Prénom :
Fonction :
Adresse :
.....
..... Pays :
Tél : Fax :
E-mail :

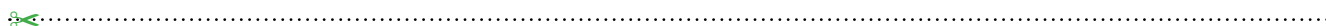
☐ Souhaite adhérer à l'A.L.L.F.

☐ Souhaite renouveler mon adhésion pour 2013

Ci-joint, le paiement :

☐ de ma cotisation annuelle (10 euros)	10 €
☐ d'un don (facultatif) de soutien à l'A.L.L.F.	
Total	

Le paiement de la cotisation annuelle permet de recevoir gratuitement le Bulletin de l'ALLF.



Adresser le bon ci-dessus et votre paiement selon les modalités suivantes :

☐ virement international à Association des Léprologues de Langue Française

BNP Bordeaux-Tourney France

Code banque : 30004 - Code guichet : 00588 - N° compte : 28032 clé RIB 64

N° de compte bancaire international (IBAN) : FR76 3000 4005 8800 0000 2803 264 BIC : BNPAFRPPBOT

☐ chèque bancaire à l'ordre de l'ALLF

à adresser à l' Association des Léprologues de Langue Française

4 rue Jean Jacques Bel 33000 BORDEAUX FRANCE

Tél. et Fax. 05 56 52 32 14

Un accusé de réception et votre carte d'adhérent vous seront adressés dès réception de votre paiement.

BULLETIN
de l'Association des Léprologues de Langue Française (ALLF)

ISSN : 1622-4329

N° 28 - juin 2013

Directeur de publication et rédacteur en chef : A. Mahé

Comité de rédaction : M. F. Ardant, P. Aubry, P. Bobin, B. Cauchoix, E. Comte, G.Y. de Carsalade, D. Drevet,

K. Ezzedine, D. Frommel, M. Géniaux, M.Y. Grauwin, C. Johnson, R. Josse, L. Marsollier,

J. Millan, J.M. Milleliri, A. Mondjo, J.J. Morand

Comité éditorial : B. Carbonnelle, E. Declercq, J. Grosset, J. N. Mputu, S.O. Sow

Conception / réalisation : éditions confluences - Impression : imprimerie SCENE (Saint-Étienne)

Adresse

Association des Léprologues de Langue Française (A.L.L.F.)

4 rue Jean Jacques Bel 33000 BORDEAUX - FRANCE

Tél. 33 (0)5 56 52 32 14 – Email : pibobin@wanadoo.fr

Site web : www.sfdermato.org/allf/index.html

Siège Social A.L.L.F.

Centre René Labusquière - Université Victor Segalen Bordeaux 2



INTERNET

– Le *Bulletin de l'ALLF*, peut être consulté sur l'Internet grâce à la Société Française de Dermatologie (SFD) qui nous héberge sur son site. Une actualisation est faite régulièrement, au fur et à mesure de la parution du *Bulletin de l'ALLF*. Vous pouvez nous trouver à l'adresse suivante :

www.sfdermato.org/allf/index.html

Nouveau : Le *Bulletin de l'ALLF* est maintenant disponible in extenso au format pdf et peut donc être téléchargé

Autres références utiles :

– **OMS :**

– Lèpre : www.who.int/lep

– Buruli : www.who.int/gtb-buruli

– **ILEP :** www.ilep.org.uk

– **Fondation Raoul Follereau (FRF) :** www.raoul-follereau.org

– **Soc. Fr. Dermatologie :** www.sfdermato.org

– **Medline/PubMed :** www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed

– **Vietnamité :** www.vietnamitie.org

– **Dermatologie sur Internet :** www.dermatonet.com

– **PCD (Pathologie Cytologie Développement) :** www.pcd-online.org

– **Soc. Fr. Histoire de la Dermatologie :** www.bium.univ-paris5.fr/sfhd

COMPOSITION DU BUREAU DE L'ALLF

Bureau de l'ALLF adopté lors de l'AG de l'ALLF du 24 septembre 2010

Président : Dr Jean Norbert MPUTU LUENGU B., Kinshasa, RD du Congo

Vice-président : Pr Samba Ousmane SOW, Bamako, Mali

Secrétaire Général : Dr Pierre BOBIN, Bordeaux, France

Secrétaires Généraux Adjoints : Dr Antoine MAHÉ, Colmar, France – Dr Christian JOHNSON, Cotonou, Bénin

Trésorier : Dr Pierre JAMET, Bordeaux, France

Présidents Honoraires : Dr H. SANSARRICQ – Pr H. ASSE

Membres Honoraires : Pr M. LECHAT – Pr P. SAINT ANDRE – Dr C. VELLUT

Représentants Régionaux :

Afrique : Dr O. KONATE, Niger – Dr D. OBVALA, Congo – Dr O. FAYE, Mali – Dr F. SAKHO, Guinée

Madagascar : Dr A. RANDRIANANTOANDRO

Maghreb : Dr F. HALI, Maroc

Amériques : Dr V. ANDRADE, Brésil

Caraïbes : Dr M. FREDERIC, Guadeloupe

Europe : Pr E. NUNZI, Italie – Dr E. DECLERCQ, Belgique

Pacifique : Dr R. FARRUGIA, Australie

Représentant Association Française Raoul Follereau : Mr M. RECIPON

Représentant Comité International de l'Ordre de Malte : Dr B. FLAGEUL



– Éditorial

A. Mahé

– Lèpre

– Epidémiologie

Le point sur l'épidémiologie de la lèpre dans le monde en 2012	Données de l'OMS	p. 1
La lèpre dans les DOM-TOM	G.Y. De Carsalade	p. 4
Comment évolue le contrôle de la lèpre au Vietnam en 2012 ?	Nguyen Van Thuc et col.	p. 5
Intérêt d'une association combinée des campagnes d'information du public et du dépistage des nouveaux cas de lèpre au Cambodge	Lai Ky et col.	p. 9

– Clinique

Le vitiligo, un signe d'état réactionnel ?	L. Bonnacarrere et col.	p. 13
Lèpre diagnostiquée en France métropolitaine : discussion de l'apport des nouvelles techniques d'exploration nerveuse	G. Jeudy et col.	p. 17
Profil bacilloscopique des nouveaux cas de lèpre vus au CNAM (Ex-Institut Marchoux) de 1996 à 2005	O. Faye et col.	p. 19
Une lésion hypochromique et dysesthésique... non lépreuse !	GY. de Carsalade et Aboubacar Achirafi	p. 22
Chirurgie réparatrice palliative des paralysies cubitales distales des doigts dues à la lèpre : notre protocole opératoire	A. Kibadi Kapay	p. 23

– Quoi de neuf ?

Lèpre: revue de la littérature récente	D. Frommel	p. 26
Résumé d'article : La lèpre en France métropolitaine en 2009-2010	S. Bret et col.	p. 30

– Lu pour vous sur la *Leprosy mailing list*

Diagnostic d'une névrite	A. Mahé	p. 32
--------------------------	---------	-------

– Informations

La lèpre en bandes dessinées	P. Bobin	p. 33
Programme 19 ^e cours de dermatologie tropicale (juin 2013)		p. 34
Lèpre et dermatoses courantes en pays tropical : l'expérience de Mayotte	GY. De Carsalade	p. 35
Annonce XVIII ^e Congrès international sur la lèpre		p. 35

– Ulcère de Buruli

– Clinique

Co-infection Buruli-tuberculose	G. Ehounou et col.	p. 36
Cancers cutanés chez des patients suspects d'infection à <i>M. ulcerans</i> : à propos de trois cas	L. Toutous Trellu et col.	p. 38

– Quoi de neuf ?

Ulcère de Buruli: revue de la littérature récente	D. Frommel	p. 41
---	------------	-------

– Informations

Le CDTUB-Pobè : dix ans déjà !	E. Marion	p. 44
--------------------------------	-----------	-------

– Rébus

p. 53

– Bulletin d'adhésion

p. 54

– Internet

p. 55