



Article professionnel

Article

2016

Published version

Open Access

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

Fasciites nécrosantes et dermohypodermes bactériennes nécrosantes :
description d'une expérience centrafricaine et rappel des possibles
diagnostics différentiels

Bichet, M; Aron, J; Toutous Trelu, Laurence Marie; Olson, D; Kanapathipillai, R

How to cite

BICHET, M et al. Fasciites nécrosantes et dermohypodermes bactériennes nécrosantes : description d'une expérience centrafricaine et rappel des possibles diagnostics différentiels. In: Bulletin de l'Association des Léprologues de Langue Française, 2016, vol. 31, p. 26–32.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:147868>

■ FASCIITES NÉCROSANTES ET DERMOHYPODERMITES BACTÉRIENNES NÉCROSANTES : DESCRIPTION D'UNE EXPÉRIENCE CENTRAFRICAINE ET RAPPEL DES POSSIBLES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

J. Aron*, M. Bichet*, L. Trellu*, D. Olson*, R. Kanapathipillai*

INTRODUCTION

Le diagnostic de fasciite nécrosante (FN) est reconnu comme difficile dans de multiples publications¹, du fait de tableaux cliniques polymorphes², de différences de terminologies anglo-saxonnes et françaises, et de la rareté du diagnostic dans les pays occidentaux³. Dans certains pays en développement s'ajoutent à ces difficultés la surcharge des structures de soins, le manque voire l'absence de moyen paracliniques disponibles, et l'automédication pouvant abâtardir certains tableaux. L'ensemble de ces facteurs peut amener à des confusions dans les diagnostics de fasciite nécrosante chez les cliniciens. Pour illustrer cette difficulté, il sera présenté l'exemple d'une expérience concrète en République Centrafricaine (RCA) sur un projet de Médecins Sans Frontières (MSF). Après description de la démarche ayant amené à faire discuter ce diagnostic et rechercher des diagnostics différentiels, il sera présenté dans une deuxième partie, de manière non exhaustive et pratique, les diagnostics différentiels à évoquer face à une suspicion de fasciite nécrosante.

EXEMPLE D'UNE EXPÉRIENCE EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Le contexte RCA

La RCA connaît depuis 2012 une crise politique majeure, avec une flambée de violence touchant les populations, occasionnant de nombreuses victimes avec entre autres conséquences exodes massifs et désorganisation complète du système de santé⁴. Les médicaments, dont antibiotiques et anti-inflammatoires, sont en vente libre, et largement utilisés sans avis médical par les populations du fait, entre autres, de difficultés d'accès aux soins. La présence de croyances magiques en la médecine traditionnelle est très forte : le médecin traditionnel est très souvent consulté avant que le patient n'arrive dans un centre de santé. Les « traitements » traditionnels sont variés, qu'il s'agisse de plantes, de salive, de scarifications...⁵

MSF en RCA

MSF est présent dans la capitale, Bangui, depuis 2013, dans le cadre d'un projet chirurgical adulte prenant en charge gratuitement les patients victimes de violences et d'accidents de la voie publique dans les locaux de l'hôpital général de Bangui, structure accueillant un service d'urgence et 107 lits dont 7 de soins intensifs. Il faut souligner une spécificité concernant les critères d'admissions aux urgences: prise en charge seulement de plaies récentes inférieure à 3 mois.

Le projet fasciite nécrosante de Bangui

Depuis l'ouverture du projet, plusieurs chirurgiens témoignent d'un nombre élevé de pathologies infectieuses cutanées sévères (de 10 à 20 par mois) responsables de délabrements et de perte de substances importants, ce qui entraîne des hospitalisations prolongées et des prises en charge itératives au bloc.

Le diagnostic retenu est souvent celui de « Fasciite Nécrosante ».

Suite à l'ouverture d'un poste de référent en maladies infectieuses dans cet hôpital chirurgical, une évaluation locale rétrospective ciblée sur cette entité, a pu être réalisée.

Méthodologie: une analyse rétrospective

Une analyse rétrospective des dossiers de janvier à juin 2015 retrouve 58 patients (sur les 562 patients hospitalisés dans cette période) diagnostiqués comme « Fasciite nécrosante ». Chez ces patients, les signes généraux semblaient peu marqués voire absents, le taux de mortalité plus faible (même si les données de la littérature sont variables⁶) et l'évolution moins rapide. Devant ces observations, l'hypothèse d'un sur-diagnostic a été évoquée : d'autres diagnostics auraient été intégrés dans le terme FN tels que des ulcères chroniques, vasculites, dermohypodermes infectieuses non nécrosantes, infections spécifiques autres, etc. Certes, la différence entre un authentique diagnostic de fasciite nécrosante sans symptômes généraux ou un sur-diagnostic de plaies chroniques assimilées à des fasciites est difficile à déterminer rétrospectivement. Cependant, ce phénomène de sur-diagnostic de fasciites a été rapporté également par MSF-Suisse à Yaoundé au Cameroun (projet portant sur l'ulcère de Buruli)⁷. A Bangui, cette hypothèse a été confirmée à plusieurs reprises par l'observation prospective sur le terrain de certains diagnostics erronés, notamment la mise en évidence d'ulcère de Buruli chez au moins 4 patients.

Les causes possibles du sur-diagnostic sur le terrain sont ainsi :

Un interrogatoire difficile

Un premier obstacle linguistique, lié au fait que le mot bou-ton en sango (« soukou ngo yé ») recouvre un large panel de lésions cutanées, rendant le recueil de l'histoire clinique précise difficile.

D'autre part, les soins gratuits étant soumis aux critères d'admission (plaie de moins de 3 mois), certains patients sont amenés à mentir sur la durée d'évolution de leur plaie. D'après plusieurs témoignages concordants de personnel de

l'hôpital, ces critères d'admissions sont bien connus dans l'ensemble des provinces, et les chefs de village conseillent aux patients de réduire la durée d'évolution des symptômes lors de l'interrogatoire. Les durées rapportées par les patients sont d'autant moins probables que le recours à la médecine traditionnelle est quasi-systématique dans un premier temps (figure 1). Enfin, les traditions et croyances autour de la maladie l'associant à un sort ou une punition, pourrait amener les patients à modifier l'histoire réelle de la maladie⁸.

Un diagnostic méconnu

En métropole, ce diagnostic est extrêmement rare, et peu de cliniciens ont l'expérience de cette pathologie, souvent prise en charge dans des centres spécialisés⁹.

Un diagnostic attendu

Suite à la description des premiers cas de fasciites nécrosantes, les cliniciens étaient briefés avant leur départ sur la fréquence de ce diagnostic, conduisant à une « attente » de ce diagnostic et à un possible sur-diagnostic (biais de confirmation¹⁰).

Un diagnostic difficile

Dans la littérature, tous les cliniciens soulignent les difficultés à diagnostiquer cette pathologie, à la différencier précocement d'autres pathologies. De plus, des formes subaiguës ont été décrites¹¹.

Un environnement difficile

Dans les conditions d'urgence liée au contexte du pays, certaines aides au diagnostic (examens d'imagerie notamment) étaient absents. D'autre part, l'activité importante aux urgences rend le clinicien moins disponible pour chaque patient.

Conséquences possibles du sur-diagnostic

Sur-traitement

Devant la gravité du diagnostic suspecté, des antibiothérapies à large spectre et/ou coûteuses ont été mises en place. La Clindamicine (dont l'utilisation était quasi-exclusivement réservée au FN) représentait ainsi 30 % des dépenses en antibiotiques entre 2014 et 2015 à l'hôpital.

De plus, des débridements extrêmement larges ont été réalisés. Selon l'avis rétrospectifs de chirurgiens, certains semblaient excessifs.

Banalisation du diagnostic

Devant le bon pronostic des patients étiquetés comme « fasciites », la nécessité de prise en charge urgente des cas authentiques paraissait inutile aux médecins et a pu aboutir à des retards de prise en charge délétères de cas plus authentiques.

Barrière à la recherche

En raison d'approximation dans la définition des cas, les analyses bactériologiques spécifiques de cette pathologie,

qui pourraient déboucher sur des protocoles d'antibiothérapie adaptés aux germes fréquents, ne sont pas interprétables. De plus, les diagnostics différentiels se cachant sous l'appellation « fasciites » passent inaperçus. Par conséquent les patients ne bénéficient pas de prise en charge adaptées.

Conclusion

L'évaluation a permis de redéfinir les critères stricts de fasciites nécrosantes. Un enseignement ciblé ainsi qu'une meilleure prise en charge ont été mis en place.

FN ET DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS : PANORAMA NON EXHAUSTIF

Suite à cette expérience, il paraît nécessaire de rappeler les cadres nosologiques de FN et des possibles diagnostics différentiels à évoquer.

Rappel des cadres nosologiques

Pour clarifier la désignation des cas, le terme fasciite nécrosante, considéré comme trop restrictif car la nécrose peut en fait concerner également le derme et l'hypoderme, a été abandonné au profit de « dermohypodermite nécrosante, avec ou sans fasciite », afin de couvrir une multiplicité de termes auparavant utilisés (gangrène gazeuse, gangrène de Fournier ...)¹². (figure 2)

La fasciite nécrosante (dermohypodermite necrosante avec ou sans fasciite)

Introduction

Pathologie très rare en occident (par exemple : moins de 3 pour 100 000 en France¹³), sa prévalence est peu connue dans les pays à ressources limitées, terrains où MSF intervient. Elle semble plus élevée, mais les données sont parcellaires et très variables d'une publication à une autre. En Afrique, on peut retrouver en Uganda¹⁴, dans un hôpital universitaire, 35 diagnostics en 4 mois ; au Nigeria¹⁵, dans un service de chirurgie plastique, 10 diagnostics en 1 an. Cette hétérogénéité peut refléter des différences réelles d'incidences, mais aussi des difficultés à définir un cadre nosologique précis. En effet, à Bangui, l'incidence a varié de 15/ mois à 4/mois suite à des actions de sensibilisation et diffusion d'aides au diagnostic.

Définition¹⁶

Il s'agit d'une infection sévère des tissus mous, avec nécrose, due à des germes variés, avec souvent présence d'une porte d'entrée. Les germes pénètrent dans le derme et l'hypoderme, réalisant un tableau de dermohypodermite nécrosante, qui peut s'associer ou non à une fasciite si les fascias sont atteints : l'infection progresse alors rapidement le long des fascias, l'infection s'étendant massivement en profondeur alors que les lésions cutanées restent modérées.

Les définitions classiques de DHBN sont histologiques, avec des signes caractéristiques au niveau des fascias, ou bien bactériologiques, avec culture d'une biopsie de fascia positive (hors antibiothérapie préalable); ces deux outils étant rarement disponible en pratique courante, une troisième définition est macroscopique : constatation per-opératoire de nécrose des fascias et des tissus sous cutanés. A noter que la FN s'accompagne rarement de constatation de pus en per-opératoire¹⁷.

Diagnostic de fasciite nécrosante

La clinique

Le diagnostic est suspecté sur l'association de signes dermatologiques locaux et la présence de signes généraux. La localisation est majoritairement constatées aux membres inférieurs, avec parfois une porte d'entrée encore visible (plaie, ulcère chronique...). Cependant, il existe des localisations aux membres supérieurs, abdominales (sur cicatrices post-chirurgicales en particulier), au niveau maxillo-facial¹⁸, au niveau périnéal (anciennement appelé « Gangrène de Fournier »)...

– Signes généraux :

L'absence de signes généraux dans une DHBN n'est pas rare, et près de 50 à 75% des cas peuvent se présenter sous cette forme¹⁹. Cette forme clinique est mal connue et peu décrite car principalement diagnostiquée par des médecins spécialistes en dermatologie en médecine ambulatoire. Dans les formes typiques, la fièvre élevée est fréquente, et peut s'accompagner d'un sepsis sévère, voire de choc septique (avec possibles défaillances d'organes qu'il s'agisse d'hypotension, d'insuffisance rénale, de troubles neurologique...) ²⁰.

– Les signes locaux :

Au niveau local, la présence de nécrose est capitale pour le diagnostic : toute la difficulté est que cette dernière peut être présente au niveau des tissus profond sans aucun signe au niveau de l'épiderme superficiel... (d'où la nécessité de s'aider d'une exploration chirurgicale au moindre doute). La douleur semble être le symptôme le plus évocateur quand elle paraît excessive par rapport à l'aspect local, en termes d'intensité et d'étendue²¹. Cependant, à un stade tardif, la lésion peut devenir indolore²². De plus il faut tenir compte des différences culturelles dans l'évaluation de la douleur. L'anesthésie cutanée des zones de nécrose est très évocatrice. La présence d'une crépitation à la palpation, même si rare, est très spécifique du diagnostic. En cas de doute, certains auteurs proposent l'exploration au doigt comme aide au diagnostic²³ (figures 3 et 4)

– Les scores cliniques :

Un score clinique a été récemment proposé²⁴ pour différencier cette pathologie d'une dermohypodermite non nécrosante. Il est donné à titre indicatif : l'acronyme PHONES For Surgical Doctor est utilisé, (figure 5).

Exploration au bloc

L'exploration chirurgicale au bloc en urgence doit être réalisée au moindre doute : c'est un outil diagnostique invasif mais définitif. Les constatations per-opératoire les plus importantes sont²⁵:

– Aspect nécrotique du fascia de couleur terne, grisâtre, au lieu du blanc nacré sain, ou bien des tissus profonds qui apparaissent atones, gris.

– Perte de résistance normale et un décollement au doigt aisé des tissus profonds et/ou du fascia.

– Absence de saignement des tissus profond et/ou du fascia. Ce sont ces constatations qui font poser le diagnostic macroscopique de dermohypodermite nécrosante avec ou sans fasciite par le chirurgien.

Par ailleurs :

– Un œdème peut-être présent.

– La présence de pus n'est pas systématique, au contraire il est même classiquement absent. Cependant un liquide « eau de vaisselle » foncé est caractéristique, se distinguant du pus car non trouble.

– Des thromboses veineuses peuvent être constatées.

La nécrose de l'hypoderme n'est pas systématique : si elle est présente, on constate une fonte de tout le tissu sous cutané.

Évolution et pronostic

Si on s'en tient à la définition classique, l'évolution est très rapide, de l'ordre de quelques jours, avec même des descriptions de progression très rapides. Les formes causées par des bactéries Gram négatives pourraient être plus lentes avec un pronostic mal étudié²⁶.

L'évolution est rapide pour les DHBN fulminantes classiques. Malgré un traitement adéquat, l'évolution peut-être défavorable, jusqu'à 50 % de décès. Le taux d'amputation est évalué à 30 %²⁷.

Formes atypiques

La question de savoir s'il existe des formes atypiques, c'est-à-dire sans symptômes généraux et d'évolution lente, est un sujet mal connu par la plupart du corps médical, principalement car diagnostiqué en consultation ambulatoire de dermatologie. Pourtant, cette présentation semble fréquente, évaluée par exemple de 50 à 75% de l'ensemble des patients présentant une DHBN à l'hôpital Mondor, Paris-France.

Dermohypodermite non nécrosante (= érysipèle)

Le principal diagnostic différentiel d'une DHBN est celui de dermohypodermite NON nécrosante (anciennement appelé « érysipèle »), de pronostic favorable sans prise en charge chirurgicale. Il est beaucoup plus fréquent que les DHBN.

Définition²⁸

Il s'agit d'une infection des tissus mous le plus souvent sans gravité locale ni générale, sans progression jusqu'aux



Figure 1. Exemple de patient de 14 ans asymptomatique, déclarant une durée d'évolution de 7 jours, avec stigmates de traitement traditionnel (suspicion non confirmée d'ulcère de Buruli).



Figure 2. Terminologie recommandée.



Figure 3. Dermohypodermite nécrosante: fonte nécrotique de l'hypoderme (remarquer l'absence de pus). Décès du patient en 48 h.



Figure 4. Dermohypodermite nécrosante: patiente très algique et présence de zones nécrotiques (décès).

Score >= 3 : DHBN très probable Score=0 : DHBN quasi exclue	P - Pressure systolic < 90 mmHg	Pression systolique < 90 mmHg
	H - Hemorrhagic Bullae	Bulles hémorragiques
	O - Out of Proportion pain	Douleur excessive
	N - Necrotic skin	Nécrose cutanée
	E - Erythema Progressing beyond margins	Erythème extensif
	S - Sensorium Altered	Confusion
	For Fluctuance	Fluctuation
	Surgery within 90 days	Chirurgie récente (<90 jours)
	Diarrhea	Diarrhée
	1 point assigned for each feature, Maximum = 9 points	1 point pour chaque élément, maximum 9 points

Figure 5. Score diagnostique donné à titre indicatif.



Figure 6. Dermohypodermite non nécrosante de jambe gauche : œdème et érythème sans nécrose.



Figure 7. Pyomyosite avec incision et issue de pus franc.



Figure 8. Exemple d'ulcère de Buruli confirmé par PCR.

fascias, ni nécrose ou ulcération. Souvent due au streptocoque (et donc sensible à la pénicilline) introduit par une porte d'entrée (plaie, intertrigo...)

Diagnostic

La définition classique est celle d'une « grosse jambe rouge aigue fébrile : placard érythémateux, œdémateux, douloureux, d'un membre inférieur avec fièvre élevée, adénopathie et trainée de lymphangite fréquentes ». On retrouve les caractéristiques suivantes :

- L'évolution : le début est souvent rapide, avec œdème et douleur, mais l'érythème ne progresse pas rapidement comme le ferait une dermohypodermite nécrosante.
- Signes généraux : de la fièvre peut être présente, mais la présence de sepsis sévère est rare.
- Signes locaux : on constate uniquement un érythème (difficile à voir sur peau noire, augmentation de la chaleur locale par contre présente et utile) et un œdème, sans nécrose ni bulle ni perte de sensibilité. La douleur peut-être présente, mais est légère à modérée, et surtout ne dépasse pas les limites de l'érythème.

Pyomyosite²⁹

La pyomyosite est une infection musculaire due à *Staphylococcus aureus*, le plus souvent sans porte d'entrée (infection par voie hématogène), et le plus souvent située au niveau de la cuisse. La clinique se caractérise par des signes généraux à type de fièvre (pouvant être absents au début) et des signes locaux avec une douleur et un empâtement des loges musculaires à la palpation, sans lésion épidermique. La différence majeure avec les DHBN est la présence de pus franc au niveau musculaire, pouvant être mis en évidence par ponction. Le traitement est similaire à celui des abcès.

Principaux diagnostics différentiels de la fasciite nécrosante

Ulcère chroniques

Le but n'est pas de faire une revue exhaustive des ulcères chroniques³⁰, mais de donner les caractéristiques des principaux diagnostics pouvant ressembler à des DHBN.

Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli fait partie des maladies négligées selon l'OMS³¹, responsable d'ulcérations cutanées profondes et extensives, pouvant entraîner des séquelles fonctionnelles à type de rétractions cutanées, voire des surinfections bactériennes graves. Du au *Mycobacterium ulcerans*, mycobactérie aquatique, il doit être évoqué devant des ulcères parfois très étendus, avec des bords décollés et un sous minage important (possibilité de glisser un stylet profondément sous les bords), classiquement sans douleur. Il est plus fréquent chez les enfants. Il peut donner des tableaux impressionnants, mais bien tolérés. D'autres caractéristiques peuvent aider : une odeur caractéristique, la provenance

de la campagne avec la fréquentation d'eaux stagnantes, le début par un nodule indolore. Si disponible, une PCR spécifique permet d'obtenir le diagnostic définitif avec une grande spécificité et sensibilité en 24-48h (les examens bactériologiques standard sont peu performants)³². Certains délabrement importants peuvent être confondus avec des DHN, d'autant plus que des ulcères de Buruli formes à développement « rapide » ont été décrites

Ulcère phagédénique

Causé par des germes particuliers (association fuso-spirillaire), appelé aussi « ulcère tropical », il a été principalement décrit dans les années 80 en Afrique Centrale, mais les publications récentes sont extrêmement rares³³. L'aspect violacé, la douleur importante et le terrain débilite seraient être en faveur de ce diagnostic qui semble aujourd'hui exceptionnel, s'il existe.

Vasculaire (artériel ou veineux)

Les caractéristiques locales sont variables, mais c'est la diminution de pouls périphériques, la présence de varices des membres inférieurs ou de facteurs de risque vasculaire qui orientent le diagnostic. Il peut s'agir d'une cause d'ulcère ou un facteur de mauvaise cicatrisation. A un stade ultime, les ischémies artérielles peuvent donner des tableaux de gangrène ischémique, appelée aussi « nécrose sèche ». Ce type de nécrose ne s'accompagne pas de signes généraux. Le membre est alors froid, non inflammatoire, les pouls ne sont plus perçus.

Pyoderma gangrenosum

Maladie non infectieuse mais inflammatoire, rare, due à une infiltration neutrophilique non infectieuse, elle est souvent associée à d'autres maladies générales (entéropathies, hémopathies hors drépanocytose). Parfois multifocale, elle évolue sur un mode chronique par poussées inflammatoires, avec un bord violacé et un sous minage. Une des caractéristiques est son aggravation suite aux chirurgies itératives. Le traitement repose une corticothérapie générale. Il reste un diagnostic d'exclusion, en l'absence d'examen histologique disponible, qui ne peut être posé que par un spécialiste. Sa prévalence dans les pays où intervient MSF n'est pas connue : à titre indicatif, au Cameroun, dans un projet MSF Suisse de prise en charge des ulcères de Buruli, 2 pyoderma ont été diagnostiqués sur plus de 380 patients sur 2 ans, soit 0,6 %³⁴.

Cancer

Toute plaie chronique n'évoluant pas favorablement doit faire évoquer un carcinome épidermoïde.

Autres

Les terrains neuropathiques (diabète, lèpre) peuvent favoriser les ulcères, qui peuvent être identifiés par leur localisation au point de compression.

Résumé et aide au diagnostic

En cas de dermohypodermite nécrosante « classique », fulminante, le diagnostic est aisé, s'appuyant sur l'existence

de signes cliniques généraux de mauvaise tolérance et des signes locaux d'aggravation rapide³⁵.

Pour différencier DHBN atypique et DHBNN, nous proposons un algorithme décisionnel basé sur l'existence de signes locaux et/ou généraux en faveur de DHBN : dans tous les cas, une surveillance rapprochée est capitale, avec surveillance des signes de sepsis et de l'évolution locale.

CONCLUSION

Les diagnostics de pathologies cutanées nécessitent une évaluation clinique méticuleuse. Dans les pays à ressources limitées, la démarche clinique est particulière en raison d'une multiplicité de diagnostics possibles dû à des consultations tardives, du manque d'outils diagnostiques complémentaires et du recours fréquent à l'automédication.

Devant des lésions cutanées suspectes, le diagnostic de DHBN, du fait de sa gravité, doit être évoqué, mais les diagnostics différentiels ne doivent pas être oubliés, d'autant plus que ceux-ci peuvent être présents simultanément (en agissant comme porte d'entrée, par exemple).

Notre expérience a été encourageante par la mise en place de mesures d'ordre diagnostique simples et une sensibilisation de l'équipe médicale pour permettre une amélioration dans la définition des cas, une amélioration dans l'obtention de documentation bactériologique, et la possible mise en évidence de diagnostics différentiels.

* Médecins Sans Frontières (France)



Figure 9. Gangrène ischémique sur terrain polyvasculaire : absence de signes généraux, membre froid et absence de pouls.



Figure 10. Ulcère chronique depuis 3 ans chez un jeune sur plaie traumatique ancienne. Probable carcinome épidermoïde.

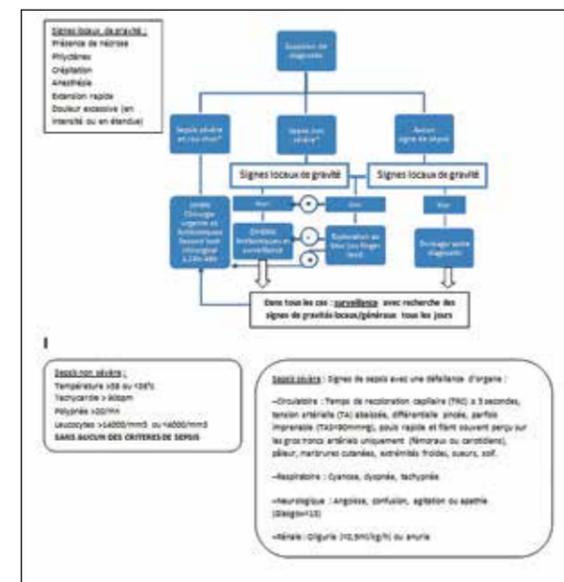


Figure 11. Proposition d'algorithme (non validé).

Références

1. T. Goh et al., « Early Diagnosis of Necrotizing Fasciitis: Early Diagnosis of Necrotizing Fasciitis », *British Journal of Surgery* 101, no. 1 (January 2014): e119-25, doi: 10.1002/bjs.9371.
2. Chosidow O., « Critères Diagnostiques et Infections Chirurgicales Des Formes Subaiguës de Cellulites et Fasciites Nécrosantes.pdf » (Med. Mal. Infect 2000; 30 Suppl 5: 415-9, n.d.).
3. Henri Mondor Hospital Necrotizing Fasciitis Group et al., « Management of Necrotizing Soft Tissue Infections in the Intensive Care Unit: Results of an International Survey », *Intensive Care Medicine* 41, n° 8 (August 2015): 1506-8, doi: 10.1007/s00134-015-3916-9.
4. <http://www.msf.fr/pays/republique-Centrafricaine>, n.d.
5. Maurice Deballe, « Contribution à l'étude anthropologique de la pharmacopée et médecine traditionnelles centrafricaines », *Pharm. Méd. Trad. Afri'*. 2001, VoU 1, p. 69-76, n.d.
6. Kaul, Rupert et al., « Population-Based Surveillance for Group A Streptococcal Necrotizing Fasciitis: Clinical Features, Prognostic Indicators, and Microbiologic Analysis of Seventy-Seven Cases », *The American Journal of Medicine*, 1997 ; 103: 18-24 103AD.
7. Laurence Toutous-Trellu et al., « Differential Diagnosis of Skin Ulcers in a Mycobacterium Ulcerans Endemic Area: Data from a

- Prospective Study in Cameroon », ed. Pamela L. C. Small, *PLOS Neglected Tropical Diseases* 10, n° 4 (April 13, 2016): e0004385, doi: 10.1371/journal.pntd.0004385.
8. Arthur C. Lehmann, « Eyes of the Lr{gangs: Ethnomedicine and Power in Central African Republic », *Magic, Witchcraft and Religion by Arthur C. Lehmann and J. Meyers. 2001*, n.d.
9. Henri Mondor Hospital Necrotizing Fasciitis Group et al., « Management of Necrotizing Soft Tissue Infections in the Intensive Care Unit ».
10. Pat Croskerry, « The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them », *Academic Medicine* 78, n° 8 (2003): 775-80.
11. Chin-Ho Wong and Yi-Shi Wang, « What Is Subacute Necrotizing Fasciitis ? : A Proposed Clinical Diagnostic Criteria », *Journal of Infection* 52, n° 6 (June 2006): 415-19, doi: 10.1016/j.jinf.2005.08.018.
12. Société Française de dermatologie, « Erysipèle et Fasciite Nécessaire : Prise En Charge », *Ann. Dermatol. Venerol.* 2001; 128: 463-82, n.d.
13. A. Lepoutre et al., « Epidemiology of Invasive Streptococcus Pyogenes Infections in France in 2007 », *Journal of Clinical Microbiology* 49, n° 12 (December 1, 2011): 4094-4100, doi:10.1128/JCM.00070-11.
14. John Magala et al., « The Clinical Presentation and Early Outcomes of Necrotizing Fasciitis in a Ugandan Tertiary Hospital-a Prospective Study », *BMC Research Notes* 7, n° 1 (2014): 476.
15. Os Obimakinde et al., « Retrospective Evaluation of Necrotizing Fasciitis in University College Hospital, Ibadan », *Nigerian Journal of Clinical Practice* 15, n° 3 (2012): 344, doi: 10.4103/1119-3077.100644.
16. Société Française de dermatologie, « Erysipèle et Fasciite Nécessaire : Prise En Charge ».
17. Grant A. Jenkin et al., « Lessons from Practice », *The Medical Journal of Australia* 176, n° 4 (2002): 180-81.
18. Amadou Njifou Njimah et al., « Cellulites Cervico-Faciales En Milieu Hospitalier Camerounais », *Health sciences and disease* 15, n° 1 (2014), <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/326>.
19. Chosidow O., « Critères Diagnostiques et Infections Chirurgicales Des Formes Subaiguës de Cellulites et Fasciites Nécessaires.pdf. »
20. Apichat Tantraworasin et al., « Clinical Predictors for Severe Sepsis in Patients with Necrotizing Fasciitis: An Observational Cohort Study in Northern Thailand », *Infection and Drug Resistance*, July 2015, 207, doi: 10.2147/IDR.S85249.
21. Thomas Borschitz et al., « Improvement of a Clinical Score for Necrotizing Fasciitis: 'Pain Out of Proportion' and High CRP Levels Aid the Diagnosis », ed. Philip Alexander Efron, *PLOS ONE* 10, n° 7 (July 21, 2015): e0132775, doi:10.1371/journal.pone.0132775.
22. Phan, Ho H. MD; Cocanour, Christine S. MD, FACS, FCCM, « Necrotizing Soft Tissue Infections in the Intensive Care Unit », *Critical Care Medicine: September 2010 – Volume 38 – Issue 9 – Pp S460-S468*, n.d.
23. Troy J. Andreasen, M.D., Scott D. Green, M.D., and Ben J. Childers, M.D., « Massive Infectious Soft-Tissue Injury: Diagnosis and Management of Necrotizing Fasciitis and Purpura Fulminans », *Plast. Re- Constr. Surg.* 107: 1025, 2001, n.d.
24. Khalid Al Alayed, Charlie Tan, and Nick Daneman, « Red Flags For Necrotizing Fasciitis: A Case Control Study », *International Journal of Infectious Diseases* 36 (July 2015): 15-20, doi: 10.1016/j.ijid.2015.04.021.
25. Jenkin et al., « Lessons from Practice ».
26. Wong and Wang, « What Is Subacute Necrotizing Fasciitis ? »
27. Apichat Tantraworasin et al., « Necrotizing Fasciitis: Epidemiology and Clinical Predictors for Amputation », *International Journal of General Medicine*, May 2015, 195, doi: 10.2147/IJGM.S82999.
28. Société Française de dermatologie, « Erysipèle et Fasciite Nécessaire : Prise En Charge ».
29. D. L. Stevens et al., « Executive Summary: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America », *Clinical Infectious Diseases* 59, n° 2 (July 15, 2014): 147-59, doi: 10.1093/cid/ciu444.
30. MSF Suisse, « Protocoles Techniques de Soins, Buruli », *Ulcère Buruli Programme d'Akonolinga (Cameroun)*, n.d.
31. OMS, « Traitement de l'infection à *Mycobacterium ulcerans* (ulcère de buruli) », 2012, http://cdrwww.who.int/iris/bitstream/10665/77772/1/9789242503401_fre.pdf.
32. « Guide des techniques de prélèvement d'échantillons pour la confirmation en laboratoire de l'infection à *Mycobacterium ulcerans* (ulcère de Buruli), OMS », n.d.
33. Robert Jackson and M. Bell, « Phagedena: Gangrenous and Necrotic Ulcerations of Skin and Subcutaneous Tissue », *Canadian Medical Association Journal* 126, n° 4 (1982): 363.
34. Toutous Trellu et al., « Differential Diagnosis of Skin Ulcers in a *Mycobacterium Ulcerans* Endemic Area ».
35. Thierry Pottecher et al., « Haemodynamic Management of Severe Sepsis: Recommendations of the French Intensive Care Societies (SFAR/SRLF) Consensus Conference, 13 October 2005, Paris, France », *Crit Care* 10, n° 4 (2006): 311.

■ ULCÈRE DE BURULI / REVUE DE LA LITTÉRATURE RÉCENTE

Sélection d'articles et comptes rendus par D. Frommel et E. Comte

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Garchitorea A., Guégan J.F., Léger L., Eyamgoh S., Marsoiller L., Roche B. **Au cours du temps, le processus évolutif de *Mycobacterium ulcerans* dans les écosystèmes aquatiques est déterminé par des interactions complexes entre facteurs abiotiques et biotiques.** *Mycobacterium ulcerans* dynamics in aquatic ecosystems are driven by a complex interplay of abiotic and biotic factors. *eLife*. 2015; 4: e07616. doi : org/10.7554/eLife.07616.

Nouvelle contribution à l'étude des interactions multifactorielles qui interviennent dans les relations hôte-parasite, en l'occurrence *Mycobacterium ulcerans*. Les auteurs prennent avantage des données environnementales recueillies au fil des années dans 2 régions du Cameroun, l'une de type forêt humide, l'autre de savane. Ils illustrent les différences régionales dans la dynamique de la transmission du germe, laquelle est influencée par des facteurs saisonniers, par le pH et le débit des eaux, les facteurs qui promeuvent ou bloquent la transmission en milieu aquatique, la densité et la teneur des systèmes biotiques (organismes du monde aquatique, biodiversité...) et abiotiques (condition physico-chimique de l'eau, rayonnement ultraviolet...), particularités qui élargissent la compréhension des mécanismes à l'œuvre dans l'émergence et la persistance de *M. ulcerans*.

NDLR : La description des interactions hôte-parasite a, lorsqu'elle relève d'une pathologie, un bien-fondé manifeste et elle implique des initiatives à prendre en santé publique. Article informatif dont la pédagogie permet de saisir les objectifs médico-sociaux de l'équipe franco-camerounaise. À relever que les critiques des éditeurs de *eLife* figurent en fin de texte de même que les réponses des auteurs : remarquable effort de transparence ! Bibliographie étoffée.

TRANSMISSION ET ÉPIDÉMOLOGIE

Zogo B., Djenontin A., Carolan K., Babonneau J., Guégan J-F., Eyangoh S., et alii. **Investigations sur le rôle des moustiques et d'autres insectes volants dans l'écologie de *Mycobacterium ulcerans*.** A Field Study in Benin to Investigate the Role of Mosquitoes and Other Flying Insects in the Ecology of *Mycobacterium ulcerans*. *PLoS Negl. Trop. Dis.* 2015; 9: e0003941. doi:10.1371/journal.pntd.0003941. L'ulcère de Buruli (UB), causé par une bactérie environnementale *Mycobacterium ulcerans*, frappe des populations résidant dans des zones humides et marécageuses. Le mode de transmission de *M. ulcerans* à l'homme reste ambigu, les punaises aquatiques mais aussi des moustiques ayant été incriminés sur la base d'études de terrain et d'évidences expérimentales. Les auteurs ont recherché dans une aire hautement endémique d'UB du Sud-

Est du Bénin la présence d'ADN de *M. ulcerans* au niveau de moustiques et d'autres insectes volants. La collecte d'insectes et de larves a été effectuée sur une période d'une année. Recourant à une PCR reverse, aucun échantillon des 7 230 moustiques et autres insectes volants n'a donné lieu à un signal positif, alors que l'ADN de *M. ulcerans* a été détecté dans 8,7 % des spécimens de punaises aquatiques. Dans le contexte africain, les moustiques ne jouent pas un rôle crucial dans la transmission de *M. ulcerans*, dont l'écologie peut cependant différer sur d'autres continents. Une interrogation majeure subsiste, la voie de passage à travers la barrière cutanée : par piqûre directe ou par lésions cutanées ? Si, en Australasie, l'oppossum, un petit marsupial, est un réservoir de *M. ulcerans*, en Afrique *M. ulcerans* n'a été repéré dans aucun mammifère et c'est le milieu aquatique qui fait fonction de réservoir principal, peut-être exclusif. (54 références).

CLINIQUE ET TRAITEMENT

Cowan R., Athan E., Friedman N.D., Hughes A.J., McDonald A., Callan P., et alii. **La durée de l'antibiothérapie administrée contre *Mycobacterium ulcerans* peut-elle être diminuée pour des patients sélectionnés ?** *Mycobacterium Ulcerans Treatment – Can antibiotic duration be reduced in selected patients?* *PLoS Negl. Trop. Dis.* 2015 ; 9(2): e0003503. Doi:10.1371/journal.pntd.0003503.

Une étude rétrospective menée sur 207 patients infectés par *M. ulcerans* traités de 1998 à 2013 au centre Barwon, Geelong, État du Victoria, Australie, a porté sur deux protocoles thérapeutiques d'une durée différente. Une antibiothérapie, inférieure à 56 jours (durée médiane 29 j, écart interquartile : 21-41), associée à un geste chirurgical dans 82 % des cas, a été administrée à 62 malades (âge médian 65 ans, rapport H/F : 40/60). Les plaies dues à *M. ulcerans* ont fait l'objet d'un nettoyage chirurgical en début de traitement. L'antibiothérapie comprenait la rifampicine combinée soit à la ciprofloxacine, soit à la clarithromycine. L'interruption du traitement de 8 semaines selon le protocole de l'OMS a été dictée par la survenue d'effets secondaires dans 54 % des cas, par une décision clinique pour les autres. La réussite du traitement – cicatrisation de(s) lésion(s) et absence de rechute au cours des 12 mois suivants – a été obtenue dans 95 % des cas. L'antibiothérapie seule a conduit à un taux de succès de 82 %, associée à la chirurgie à un taux de 98 %. Limitée à 14 jours du même traitement, seuls 50 % des patients ont été considérés comme guéris. Le groupe des 145 patients qui a reçu une antibiothérapie d'une durée égale ou supérieure à 56 jours, associée si nécessaire à un acte chirurgical, a connu un indice de guérison de 99 %.

COMPOSITION DU BUREAU DE L'ALLF

Bureau de l'ALLF adopté lors de l'AG de l'ALLF du 18 septembre 2013

Président : Dr Jean Norbert MPUTU LUENGU, Kinshasa, RD du Congo
Vice-président : Pr Samba Ousmane SOW, Bamako, Mali
Secrétaire Général : Dr Antoine MAHÉ, Colmar, France
Secrétaires Généraux Adjointes : Dr Christian JOHNSON, Cotonou, Bénin - Dr Fatoumata SAKHO, Conakry, Guinée
Trésorier : Dr Georges-Yves DE CARSALADE, Mont-de-Marsan, France
Présidents Honoraires : Dr H. SANSARRICQ – Pr H. ASSE
Membres Honoraires : Pr P. SAINT ANDRE
Représentants Régionaux :
 Afrique : Dr O. KONATE, Niger – Dr D. OBVALA, Congo – Dr O. FAYE, Mali
 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

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

Le *Bulletin de l'ALLF* est disponible in extenso au format pdf et peut donc être téléchargé ; il est également accessible via le site infolep.

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

Nom : Prénom :
 Fonction :
 Adresse :

 Pays :
 Tél : Fax :
 E-mail :

- Souhaite adhérer à l'A.L.L.F.
- Souhaite renouveler mon adhésion pour 2016

Ci-joint, le paiement :

<input type="checkbox"/> de ma cotisation annuelle (10 euros)	10 €
<input type="checkbox"/> 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
 BNPPARB MONT MARSAN (00028) 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 : BNPAFRPPBAY
- Chèque bancaire à l'ordre de l'ALLF
 à adresser à l'Association des Léprologues de Langue Française
ATTENTION NOUVELLE ADRESSE
 19 rue Lamartine 40000 Mont-de-Marsan

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 (BALLF)
 ISSN : 1622-4329
 N° 31 - juin 2016
Directeur de publication et rédacteur en chef : A. Mahé

Comité de rédaction : M. F. Ardant, P. Aubry, B. Cauchoix, E. Comte, G.Y. de Carsalade, D. Drevet, K. Ezzedine, D. Frommel, M. Géniaux, M.Y. Grauwain, 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 et siège social
 Association des Léprologues de Langue Française (A.L.L.F.)
ATTENTION NOUVELLE ADRESSE
 19 rue Lamartine 40000 Mont-de-Marsan. E-mail: antoine.mahe@ch-colmar.fr

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





– Éditorial		
Où sont passés les millions ?	A. Mahé	
– Lèpre		
– Épidémiologie		
Le point sur l'épidémiologie de la lèpre dans le monde en 2014	Données de l'OMS	p. 1
La lèpre dans les DOM-TOM en 2015	G.-Y. de Carsalade	p. 4
– Clinique		
Syndrome de souffrance du nerf ulnaire au coude ou expression tardive d'une neuropathie lépreuse ?	F. Chaise et col.	p. 5
Stratégie dans les « mains sans doigts » d'origine lépreuse	F. Chaise et col.	p. 7
– Quoi de neuf ?		
Lèpre : revue de la littérature récente	D. Frommel et G.-Y. de Carsalade	p. 9
– Opinions		
Réflexions sur la maladie de Hansen vue sous l'angle de la médecine individuelle (médecine curative)	Y. Negesse	p. 18
– Histoire		
Analyse de l'ouvrage <i>Leprosy in medieval England</i>	F. Chauvel	p. 20
– Ulcère de Buruli		
– Clinique		
Pourquoi les lésions à <i>M. ulcerans</i> sont-elles peu douloureuses ?	O.-R. Song et col.	p. 22
Cicatrisation spontanée et ulcère de Buruli : mythe ou réalité ?	E. Marion et col.	p. 24
– Diagnostic		
Fasciites nécrosantes et dermohypodermes bactériennes nécrosantes : description d'une expérience centrafricaine et rappel des possibles diagnostics différentiels	J. Aron et col.	p. 26
– Quoi de neuf ?		
Ulcère de Buruli : revue de la littérature récente	D. Frommel et E. Comte	p. 33
À propos de deux ouvrages de l'OMS traitant de la cicatrisation des plaies chroniques	E. Comte	p. 40
Nouvelles approches diagnostiques de l'infection à <i>M. ulcerans</i> . Aperçu des recherches en cours	E. Comte	p. 41
– Regards sur la dermatologie tropicale		
Le kit, outil en passe de devenir clé pour une approche moderne du soin des plaies en contexte à ressources limitées	H. Vuagnat	p. 44
Le pian : une maladie tropicale toujours négligée	C. Hodara et P. Guyon	p. 49
– Recommandations aux auteurs		p. 53
– Bureau de l'ALLF / Internet		p. 54
– Bulletin d'adhésion		p. 55