

Enquête nationale préliminaire sur l'ulcère de Buruli au Cameroun

*Alphonse Um Boock * , Kaspar Wyss **, Sarah Eyango*** .*

L'Ulçère de Buruli (UB) est une maladie infectieuse provoquée par Mycobacterium ulcerans. Après la tuberculose et la lèpre, elle représente l'affection humaine à mycobactérie la plus fréquemment rencontrée.

Des foyers endémiques ont été rapportés dans des zones rurales intertropicales dans plus de 30 pays en Afrique, en Asie, en Océanie, en Amérique du Sud et aussi au Mexique et en Australie.

Au Cameroun, la maladie a été décrite pour la première fois par Ravisse et coll. en 1975 et Boisvert en 1977 dans un foyer très localisé dans la vallée du Nyong entre les villes d'Ayos et d'Akonolinga (Province de Centre).

Une enquête épidémiologique menée en 2001 dans le bassin du Nyong sous la direction d'Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse (ALES), a permis de classer le Cameroun parmi les pays endémiques d'Afrique et l'ampleur de la maladie comme un réel problème de santé publique.

Depuis lors, plusieurs partenaires dont ALES, Médecins Sans Frontières Suisse et le Centre Pasteur du Cameroun, se sont engagés à appuyer techniquement et financièrement le pays pour la prise en charge qui reste limitée à la province du Centre dans les districts d'Ayos et Akonolinga.

Cependant, le personnel de santé continuait à rapporter sporadiquement des cas suspects d'ulcère de Buruli dans différentes régions du pays telles que les provinces de l'Extrême-Nord, du Sud-Ouest et du Centre ; ces données sont restées sans confirmation diagnostique.

Ces observations ont conduit ALES et le Ministère de la Santé du Cameroun, avec l'appui technique de l'Institut Tropical Suisse, à lancer une enquête nationale qui s'est déroulée, entre mars et novembre 2004.

La première phase de ce travail a consisté à identifier des zones suspectes de la maladie. L'investigation de la suspicion des cas s'est faite sur la base d'un questionnaire qui a été administré dans 64% (n=98) des districts de santé, à travers le réseau lèpre qui reste le plus étendu et le plus structuré du système de santé. Les résultats de cette première phase ont montré que les 10 provinces que compte le pays sont suspectes de la maladie.

La deuxième phase de l'enquête, dont le but était de rechercher d'autres foyers en dehors de celui d'Ayos et Akonolinga, a permis de connaître la prévalence de la maladie dans certaines zones suspectes à travers la confirmation bactériologique et clinique des cas d'ulcère de Buruli.

La présente enquête prospective a couvert toutes les zones suspectées lors de la première phase ; d'autres villages ont été identifiés lors de l'examen des malades. Un plan de travail préétabli en accord avec les contrôleurs lèpre de district, les chefs de village et de centres de santé intégrés a servi de base pour l'organisation du travail sur le terrain. Les populations étaient sensibilisées à l'arrivée des enquêteurs au moins 24 heures avant. Une session d'éducation sanitaire portant sur l'ulcère de Buruli commençait toujours les travaux, après avoir bien expliqué les buts de notre présence dans le village.

Tous les patients qui répondaient à notre définition de cas étaient inclus dans l'enquête comme cas d'ulcère de Buruli et leurs prélèvements soumis à la bactériologie pour la recherche de *M. ulcerans*. Ils ont été interrogés et examinés cliniquement. Une fiche préalablement approuvée pour l'enquête a été remplie pour chaque cas ; cette fiche portait les informations suivantes : identité du malade, présence ou non des autres cas d'ulcère de Buruli dans la famille, notion d'exposition aux facteurs de risque et antécédents de vaccination par le BCG sur la base de la présence de la cicatrice vaccinale sur la face intérieure de l'avant-bras

gauche ou une preuve de vaccination (carte vaccinale). Après avoir pris la taille et le poids, chaque patient a eu un examen dermatologique détaillé destiné à répertorier et à décrire les caractéristiques des lésions dues à l'ulcère de Buruli en particulier.

La description et la localisation des lésions ainsi que les séquelles éventuelles ont été notées sur la fiche technique. La localisation des lésions a également été reportée sur un schéma du corps. La forme clinique de l'ulcère de Buruli définie en forme active ou inactive et leurs différents types, selon les recommandations de l'OMS, ont été également enregistrés.

Des prélèvements réalisés par écouvillonnage ont été faits pour tous les malades présentant un ulcère actif. Ces prélèvements ont été effectués sous les bords décollés de l'ulcère. Un frottis a été systématiquement confectionné après chaque prélèvement pour recherche de BAAR après coloration par la technique de coloration de Ziehl-Neelsen au Centre Pasteur de Yaoundé. Deux écouvillons par malade ont été systématiquement conservés à + 4° et envoyés au Centre Pasteur de Yaoundé, laboratoire de référence pour analyse de confirmation bactériologique par la technique PCR (polymérase chaîne réaction) qui utilise des amorces publiées (MU5 et MU6) de l'IS2404 pour détecter l'ADN de *M. Ulcerans* et par culture après une extraction d'ADN par le kit d'extraction otogene.

Les nodules suspectés ont été systématiquement excisés avec un fragment pour l'examen anatomo pathologique et un autre pour l'examen bactériologique.

Tous les patients ayant un ulcère ont eu un pansement de celui-ci et du petit matériel de pansement.

La saisie et l'analyse des données s'est faite sur Epi Info 6.0. Le test de chi carré a été utilisé pour préciser les associations entre des variables dichotomiques. Les variables continues ont été analysées à l'aide du test de T student.

Résultats

1525 patients répartis dans 167 villages ont été examinés. 705 cas d'ulcère de Buruli (formes évolutives et formes inactives confondues) ont été enregistrés donc 84% (n=590) cas évolutifs confirmés contre 16 % (n= 115) cas non évolutifs.

A l'exception des provinces du Nord, du Littoral, de l'Ouest et du Nord-Ouest, la présence de la maladie a été confirmée dans les six autres provinces : Adamaoua, Centre, Sud, Sud-Ouest, Est et Extrême-Nord. Le district de santé de Mbalmayo, dans la province du Centre, s'avère être aussi un grand foyer de la maladie.

La province du Centre, hormis les districts de santé d'Ayos et Akonolinga, reste la plus endémique avec 49% (n= 342) de tous les cas enregistrés suivi de la province de l'Est 32% (n= 229) et celle du Sud-Ouest 11% (n= 76).

La différence entre la tranche d'âge comprises entre 0 à 15 ans (n=346) et celles supérieures à 15 ans (n= 359) n'est pas statistiquement significative (P>0.05). Les hommes (52%) sont sensiblement plus atteints que les femmes (48 %).

Plus de 75% (n=443) des lésions évolutives rencontrées sont au stade d'ulcère et jusqu'à 5% (n= 30) parmi elles sont au stade d'ostéomyélite. Les formes précoces (nodules) ne représentent qu'environ 2% (n= 12).

Notre étude montre que 52 % (n= 369) des lésions se trouvent au membre inférieur. Les répartitions des localisations hommes - femmes ne sont pas statistiquement significatives (p > 0.05)

Le délai moyen d'évolution de lésions depuis l'apparition était de 10,3 mois (intervalle d'un mois à 5 ans) avec une médiane de 5 mois, ce qui témoigne de la chronicité des lésions.

Environ 93 % (n=549) des patients avec des lésions actives ont eu au moins une fois recours à la médecine traditionnelle contre 21 % (n=124) pour la médecine moderne.

La cicatrice vaccinale BCG n'a été observée que chez environ 50 % (n= 295) des malades

avec des lésions évolutives.

Nous n'avons pas jugé utile de mener l'enquête dans les districts de santé d'Akonolinga et Ayos parce que les populations étaient assez bien sensibilisées et la prise en charge biomédicale aussi bien organisée et surtout parce que ce sont d'anciens foyers. Toutefois, nous avons considéré les cas confirmés (n= 225) et enregistré les cas de ces districts au cours de l'année 2004 dans les données de la prévalence nationale.

La prévalence de la maladie en tenant compte des districts d'Ayos et Akonolinga est de 930 malades dont environ 73% (n= 676) des cas sont des formes évolutives.

Il est fort probable que cette prévalence soit sous estimée à cause des moyens limités et l'inaccessibilité dans certaines zones potentiellement endémiques à cause de l'état des routes en saison pluvieuse. A ces raisons s'ajoutent la mauvaise collaboration avec les tradi-praticiens, les interdictions imposées à certains malades par les guérisseurs et le scepticisme de la population envers la médecine moderne jugée inefficace.

Si les caractéristiques des foyers trouvés dans la province du centre sont similaires à ceux décrits dans la littérature, c'est à dire dans des zones marécageuses inondables, il n'en va pas de même de ceux de la province de l'Adamaoua qui mérite une clarification.

Pour ce qui est des cas non évolutifs, on constate que l'ulcère de Buruli est une importante source de déficits de mobilité entraînant très souvent des handicaps plus ou moins importants. Les causes des déficits de mobilité sont pour la plupart directement liées à une absence de rééducation appropriée. Elles sont le plus souvent le résultat d'un manque de mobilisation et/ou d'un positionnement incorrect tout au long du processus de guérison de la plaie et de sa cicatrisation.

Les rétractions et adhérences cutanées représentent la première cause des déficits de mobilité. Près de 80% des troubles fonctionnels constatés étaient secondaires aux problèmes cutanés. Sans rééducation, les résultats fonctionnels concernant les membres supérieurs semblent aussi médiocres après chirurgie qu'après une guérison spontanée ou un traitement par la médecine traditionnelle.

La lutte contre les rétractions cutanées demande une rééducation spécifique similaire à celle des grands brûlés.

En conclusion

Du fait des limites de cette étude préliminaire, des études régionales plus ciblées méritent encore d'être menées afin de connaître la prévalence réelle de la maladie au Cameroun. Toutefois les données actuelles constituent une bonne base pour le développement du programme national de lutte contre cette maladie.

* Dr Alphonse Um Boock : Représentant régional pour l'Afrique d'Aide aux Léproux Emmaüs Suisse Yaoundé Cameroun

** Dr Gaspar Wyss : Centre de support en santé International, Bâle Suisse

*** Eyango Sarah : Biologiste Centre Pasteur, Yaoundé Cameroun