

UNE NOUVELLE ENDEMIE TROPICALE, L'ULCERE DE BURULI : POURQUOI ?

DOSSO M.*, JOSSE R.**, BOUZID AM.*, MIGLIANI R.**, PORTAELS F.^o et REY JL.**

* Institut Pasteur de Cocody (Côte d'Ivoire), ** Services de médecine des collectivités de Bordeaux, Saint Mandé, Clamart, ^o Institut de médecine tropicale d'Anvers.
1999

Décrit en 1950 l'ulcère de Buruli, qui a en fait 18 éponymes, se présentait jusqu'en 1985 sous forme sporadique avec quelques foyers (surtout africains) de quelques dizaines de cas. A partir de 1986 une épidémisation est constatée en Afrique de l'Ouest entre le Libéria et le Bénin dans la zone de contact entre forêts et savanes. Trois questions se posent D'où vient le bacille responsable ? Comment se transmet-il ? et pourquoi cette épidémisation ? Les deux premières questions se posent depuis 1950 la dernière est d'actualité.

D'où vient le germe responsable ?

Dès les premières descriptions il a été noté un lien entre la répartition spatiale des cas et la présence d'une rivière ou d'une zone marécageuse ? Ce lien est confirmé par les études cas témoins mais jusqu'en 1998 aucun bacille n'a été isolé de l'environnement. Par ailleurs le seul animal chez qui une infection naturelle a été mise en évidence est le koala en Australie alors que le germe est inoculable à l'animal de laboratoire. Les progrès de la biologie moléculaire ont permis de mettre en évidence l'ADN du germe dans des plantes aquatiques (M.Dosso) et chez des insectes aquatiques (F.Portaels).

Comment l'homme se contamine ?

Les études épidémiologiques descriptives existantes montrent une répartition ces cas et des lésions chez les malades assez indicatives (sexe ratio voisin de 1, atteintes préférentielles des enfants et adolescents entre 5 et 20 ans, professions agricoles, activités liées à l'eau, prédominance rurale, etc.). Les lésions prédominent aux membres et à la partie antérieure du corps. La transmission inter-humaine est exceptionnelle. Les études cas témoins confirment les liens avec les activités aquatiques diverses, avec la proximité d'une eau de surface et avec le temps passé près de cette eau. Il apparaît également que le port de pantalons longs protège de la maladie. La transmission par piqûres ou coupures d'insectes et/ou plantes aquatiques semble donc se confirmer.

Pourquoi cette épidémie récente ?

Il n'existe aucun élément de certitude mais deux ou trois hypothèses. Il n'y a pas de liaisons avec le VIH ni avec l'urbanisation et les modifications sociales récentes. D'une part les années 1985-86 ont vu des pluies abondantes dans la zone africaine concernée avec des inondations, il est possible que ces inondations aient fait « sortir » le germe de son réservoir naturel et qu'il se soit ensuite diffusé.

Une autre hypothèse part de la pathogénie du germe *M. ulcerans* agit par l'intermédiaire d'une toxine (mycolactone) et, par analogie avec *C. diphtheriae*, il est possible de penser que pour être pathogène ce germe doit être lysogénisé et que l'épidémie actuelle soit due à la diffusion du phage. Il serait ainsi possible de proposer un schéma de contamination.