

Chapitre 1

Introduction

Dr Kingsley Asiedu et Pr. Françoise Portaels

En décembre 1997, à l'occasion de sa visite en Côte d'Ivoire, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en exercice, le Dr Hiroshi Nakajima, a annoncé le déploiement d'une coalition internationale pour lutter contre l'ulcère de Buruli (1). A la suite de cette décision, un groupe de travail spécial sur l'ulcère de Buruli, mis en place par l'OMS, s'est réuni en février 1998 pour examiner les connaissances d'alors sur la maladie et proposer un plan d'action pour trouver un traitement efficace, lutter contre cette affection et effectuer des recherches. On trouvera en Annexe 1 les recommandations de ce groupe spécial et le plan d'action qu'il a proposé.

Ces dernières années, l'ulcère de Buruli est apparu comme une cause de plus en plus importante de morbidité dans le monde entier, en partie à cause des modifications de l'environnement. En Australie, on l'appelle couramment l'ulcère de Bairnsdale. Le nom de Buruli provient du district du même nom en Ouganda où l'on a observé pour la première fois un grand nombre de cas, à la fin des années 1960 et au début des années 1970. Plus récemment, on a notifié un nombre croissant de cas en Afrique de l'ouest [Bénin (2—4), Burkina Faso (5), Côte d'Ivoire (6, 7, Kanga JM, données non publiées, 1998), Ghana (8—10), Guinée (Sagno M, Portaels F, données non publiées, 1995), Libéria (11, 12) et Togo (13, Tignokpa N, Priuli GB, données non publiées, 1998)] et en Australie (14, 15). Outre le nombre de cas, l'extension géographique s'est aussi accrue dans ces pays.

Manifestations cliniques et traitement

L'ulcère de Buruli commence par un nodule ou une papule intradermique indolore, mais qui provoque fréquemment des démangeaisons, ce qui n'empêche pas le patient de souvent l'ignorer. En raison de la nature indolore de la maladie, la première consultation vient souvent très tard. En l'absence de traitement, ce nodule évolue fréquemment vers une ulcération cutanée massive, suivie par des complications invalidantes comme des déformations par contracture, l'amputation de membres, la perte d'organes (œil, seins, organes génitaux). Quelques décès imputables à des septicémies, au tétanos ou à des hémorragies ont été signalés. Un nombre croissant d'infections osseuses qui compliquent la prise en charge des cas a également été notifié. Elles pourraient résulter d'une propagation directe à partir de la lésion dermique à proximité ou d'une dissémination hématogène. La destruction des tissus est provoquée par une toxine produite par le micro-organisme et l'on a récemment déterminé la nature chimique des toxines éventuelles (16, 17). La chirurgie constitue actuellement le traitement de choix mais, dans la plupart des zones d'endémie dans les pays en développement, il est rare de disposer d'installations satisfaisantes pour la pratiquer. Par conséquent, l'hospitalisation est en général longue : la durée moyenne est de 3 mois mais elle peut atteindre 18 mois ou plus. Malheureusement, le traitement antibiotique s'est révélé décevant et de nouveaux travaux de recherche sur l'efficacité des médicaments sont nécessaires notamment à cause des problèmes infectieux liés au traitement chirurgical.

Compte tenu du nombre croissant de cas et des complications qui s'associent à cette maladie, l'ulcère de Buruli pourrait avoir à long terme des répercussions socio-économiques importantes sur l'économie rurale (10). À cause de la nature chirurgicale du traitement, cette affection est susceptible de sérieusement remettre en question l'utilisation efficace des ressources de santé, qui sont limitées dans les pays d'endémie. Les cas présentant des complications requièrent une hospitalisation prolongée et des ressources importantes comparé à d'autres maladies. Il est clair que la précocité du diagnostic et l'amélioration du traitement peuvent diminuer l'ampleur de ces complications.

Aperçu historique

L'ulcère de Buruli est, après la tuberculose et la lèpre, la troisième affection mycobactérienne la plus courante chez le sujet immunocompétent (13). C'est MacCallum qui a décrit pour la première fois l'agent causal en découvrant des bacilles acido-alcoolrésistants dans une biopsie prélevée à partir d'un ulcère de la jambe chez un enfant de Bairnsdale (Australie) en 1940 et qui a publié la première description clinique de cette nouvelle infection mycobactérienne en 1948 (18). Toutefois, cette maladie était déjà connue en Afrique avant 1948. Sir Robert Cook avait décrit en 1897 des ulcères étendus, provoqués presque certainement par *M. ulcerans*. De 1923 à 1935, Kleinschmidt, médecin missionnaire dans le nord-est du Congo, a lui aussi observé des lésions cutanées à bords creusés contenant de nombreux bacilles acido-alcoolrésistants (19).

En Afrique, on peut considérer qu'il y a eu principalement deux périodes dans l'histoire de l'ulcère de Buruli : avant 1980 et après (voir Fig. 1). Avant 1980, de nombreuses publications importantes ont été faites sur la maladie dans plusieurs pays d'Afrique : le Cameroun, le Gabon, le Ghana, le Nigéria, l'Ouganda et la République démocratique du Congo. Au Kenya, en République centrafricaine, en République-Unie de Tanzanie et au Soudan, il y a eu des cas suspects qui n'ont jamais été confirmés. L'Ouganda et la République démocratique du Congo ont apporté les contributions les plus importantes. Le Groupe ougandais de Buruli a étudié de manière approfondie les aspects clinico-pathologiques et épidémiologiques de la maladie et a choisi le terme " ulcère de Buruli " en raison du grand nombre de cas détectés tout d'abord dans le district de Buruli, près du lac Kyoga (20). Plusieurs articles ont repris en détail les données (21—23). Janssens en 1972 (21) et Meyers en 1974 (19) ont résumé les informations sur cette pathologie en République démocratique du Congo.

Après 1980, de nouveaux foyers sont apparus en Afrique occidentale et l'on signale désormais une augmentation importante de l'incidence dans plusieurs pays de cette région, notamment le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Ghana. On a découvert récemment de nouveaux foyers en Angola (24), au Burkina Faso (5), en Guinée (Sagno M, Portaels F, données non publiées, 1995) et au Togo (13, Tignokpa N, Priuli GB, données non publiées, 1998).

La conférence de Yamoussoukro et l'avenir de la recherche et de la lutte contre l'ulcère de Buruli

Compte tenu de la propagation croissante, des répercussions de l'ulcère de Buruli et de l'indifférence générale, l'OMS, en collaboration avec le Gouvernement de la Côte d'Ivoire, la Fondation commémorative Sasakawa pour la Santé (Japon), l'Association Française Raoul Follereau, la Fondation Damien (Belgique) et l'Humanitarian Aid Relief Team de Provo dans l'Utah (Etats-Unis d'Amérique), a organisé à Yamoussoukro (Côte d'Ivoire), en juillet 1998, la première Conférence internationale sur la lutte et la recherche relatives à l'ulcère de Buruli (25). On trouvera en Annexe 2 plus de détails sur cette conférence.

La signature de la *Déclaration de Yamoussoukro sur l'ulcère de Buruli* (voir Annexe 3) par les Présidents du Bénin, de la Côte d'Ivoire, du Ghana et par le Directeur général de l'OMS a stimulé l'ensemble des participants et engendré l'espoir que cette proclamation allait être suivie d'action. Cette déclaration a également servi à soutenir les efforts de l'OMS pour combattre la maladie. La résolution finale de la Conférence (voir Annexe 4) appelle les pays d'endémie à procurer gratuitement le traitement aux personnes souffrant de cette maladie, comme c'est déjà le cas pour la tuberculose et la lèpre, et la communauté internationale à aider les pays d'endémie à lutter contre cette pathologie.