

ÉTUDES PRÉLIMINAIRES DES EFFETS DE DÉTERSION ET DE CICATRISATION SUR LES INFECTIONS À *MYCOBACTERIUM ULCERANS* PAR LES SILICATES D'ALUMINIUM NATURELS HYDRATÉS

Line Brunet de Courssou
Infirmière D.E. et son équipe d'infirmiers
Mars 2002

L'ulcère de Buruli est produit par l'action de la *Mycobacterium Ulcerans* et de sa toxine nécrosante. Lorsque le malade se présente au dispensaire, l'ouverture à la peau est souvent minime, mais le membre atteint présente un œdème important, dont l'extension représente souvent la zone de diffusion réelle de la toxine. Le traitement de référence actuel est chirurgical: mise à plat des zones contaminées, excision large de la peau sur toute la zone infectée (fréquemment la jambe entière ou l'avant-bras, voire le membre entier), puis auto-greffe. La cicatrisation n'est pas facile, chéloïdes ostéomyélites et rétractions ne sont pas rares, les séquelles sont lourdes sur le plan articulaire. Surinfections nosocomiales et récidives mycobactériennes handicapent le pronostic, et l'amputation s'avère parfois nécessaire.

Responsables d'un protocole expérimental au centre de référence de Zouan-Hounien, Côte d'Ivoire, pendant une année (janvier 2001 à janvier 2002), nous avons pu suivre une centaine de malades, sur lesquels nous avons obtenu des résultats que nous aimerions vous communiquer.

Les soins mis en place par notre équipe s'effectuent en deux temps bien distincts :

D'abord une neutralisation de *Mycobacterium Ulcerans* et de sa toxine accompagnée d'une détersion complète des tissus contaminés, que nous parvenons à mener à bien sans avoir recours à aucune excision cutanée chirurgicale, puis dans un deuxième temps une mise en place de la cicatrisation que nous organisons en favorisant et stimulant les mécanismes de régénération naturels de sorte que l'on puisse aboutir le plus souvent à une repousse de peau saine sans qu'il soit besoin de faire appel à la greffe pour les atteintes ne dépassant pas une surface de 20 centimètres, voire pour les plaies plus étendues lorsque des îlots de peau saine demeurent.

En ce qui concerne la détersion, elle est effectuée au moyen d'un silicate d'aluminium naturel hydraté que nous appliquons en larges couches sur la zone à traiter, et que nous renouvelons de une à trois fois par jour. Entre deux applications, nous effectuons un lavage abondant au jet, suivi d'une douche avec une solution du produit à 10% que nous projetons dans les zones de décollement entre la peau résiduelle et le muscle au moyen de pissettes à pression manuelle. Nous continuons les applications de pâte et les lavages avec le produit dilué jusqu'au nettoyage complet du membre, manifesté par le retour de sérosités propres et non odorantes. Le jetage de sérosités contaminées peut durer jusqu'à cinq ou six jours. Nous travaillons de cette manière jusqu'à l'obtention du recollement complet de la peau sur le muscle, ce dont témoigne à l'extrémité atteinte la plus éloignée de l'ouverture la survenue de démangeoisons. Sur le pourtour de la plaie, ce recollement se manifeste par l'apparition d'un liseré mauve-violette. **Il ne faut jamais mettre en place le traitement de cicatrisation avant que la plaie ne soit entièrement cernée de ce liseré de re-solidarisation avec les tissus sous-jacents.**

Lorsque ce liseré tarde à se mettre en place sur tout ou partie de la plaie, ce phénomène est généralement annonciateur d'une deuxième crise de « décharge » de tissus infectés par l'ouverture, provenant probablement d'une dissémination à distance, dont il est essentiel de respecter l'évacuation. C'est dans le respect de ce « drainage intégral » que se trouve probablement l'explication des non-récidives de nos patients à ce jour.

Nous voici à la phase deux. Désormais les lavages de la plaie, qui est à ce jour tout à fait propre et saine, se font avec du sérum physiologique. Les applications journalières des silicates d'alumine naturelles sont poursuivies, car ce matériau possède de par sa composante alumineuse d'excellentes propriétés de cicatrisation. Cependant les pertes tissulaires ont été si importantes qu'il est essentiel à ce stade de nourrir la repousse cellulaire. Nous avons utilisé avec succès pour cette fonction les applications de beurre de karité, produit artisanal local riche en vitamine A2, qui s'est avéré tout à fait remarquable pour favoriser et alimenter la repousse des bourgeons de régénération. Il ne faut pas craindre l'exubérance de cette repousse, car en temps voulu les bourgeons charnus s'affaissent et laissent place à une peau neuve, saine et souple, qui va assurer la couverture sans rétraction, ni chéloïde (Il faut signaler que l'on assiste d'abord à la mise en place d'une première cicatrisation fibreuse temporaire, qui laissera place –après une ou deux « mues » – à la cicatrice définitive, souple et vascularisée). Les deux matériaux sont donc appliqués en alternance, jusqu'à ce que la repousse ferme la zone en totalité, la couverture complète s'effectuant en outre avec re-pigmentation des tissus. Sur des plaies trop étendues, la greffe est un traitement complémentaire utile. Le succès est total dans les infestations premières, plus difficile dans les réinfestations.

En conclusion, nous nous permettons d'insister sur l'intérêt de cette technique, qui permet le maintien du pronostic fonctionnel des patients, même sur les zones articulaires, d'autant que les personnes atteintes sont dans leur grande majorité des enfants et des adultes jeunes. En outre la méthode, qui est peu onéreuse, est applicable par le personnel infirmier local, moyennant une formation spécialisée et un bon encadrement médical. **Mettons en place une étude statistique au centre de santé de Zouan-Hounien sur une période de deux ans, ou, mieux encore, organisons une étude multicentrique qui puisse infirmer ou confirmer l'intérêt de cette thérapeutique.**