

**Mélioidose cutanée : A propos d'un cas au Mali****Cutaneous melioidosis: A case report from Mali**

Dicko A A<sup>1,2</sup>, Fofana R<sup>1</sup>, Gassama M<sup>1,2</sup>, Karabinta Y<sup>1,2</sup>, Tall K<sup>1</sup>, Akakpo C<sup>1</sup>, Faye O<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB), Bamako, Mali.

<sup>2</sup> Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS), Bamako, Mali.

**Auteur correspondant** : Dr Adama A DICKO Dermatologue Hôpital de Dermatologie de Bamako, [adadicko66@yahoo.fr](mailto:adadicko66@yahoo.fr), BP : 251, Bamako, Mali.

**Résumé**

La mélioidose est une zoonose bactérienne transmise par voie aérienne et cutanée, due à un bacille tellurique *Burkholderia pseudomallei*. C'est une infection sévère par ces complications viscérales. Elle est observée essentiellement en Asie du Sud-Est et au Nord de l'Australie. En Afrique et particulièrement au Mali, elle est rarement observée. Nous rapportons le cas d'un monsieur de 25 ans, malien, chauffeur mécanicien sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers reçu en août 2021 pour des lésions papuleuses persistantes du visage survenues à la suite d'une longue panne de véhicule dans les broussailles de Kita une région du sud du Mali à pluviométrie élevée. A l'examen on notait un état général conservé, une fièvre à 38°C et un IMC à 22 Kg/m<sup>2</sup>. Au niveau cutané, on observait des lésions papulo-pustuleuses et nodulaires par endroits prédominant au visage et quelques-unes au dos. Le reste de l'examen clinique était normal. L'examen bactériologique du pus a mis en évidence la présence d'assez nombreuses colonies de *Burkholderia pseudomallei* qui étaient sensible à l'imipénème et intermédiaire à l'amoxicilline-acide clavulanique. Le reste du bilan était normal. Le patient a été traité par l'amoxicilline-acide clavulanique avec une disparition des lésions en 15 jours. La mélioidose doit être toujours évoquée devant des lésions papulo-nodulaires et pustuleuses dans un contexte de séjour dans une zone humide.

**Mots clés** : *Burkholderia pseudomallei*, Mali, Mélioidose cutanée

**Summary**

Melioidosis is a bacterial zoonosis transmitted by air and skin, caused by a telluric bacillus *Burkholderia pseudomallei*. It is a severe infection due to its visceral complications. It is mainly observed in Southeast Asia and Northern Australia. In Africa and particularly in Mali, it is rarely observed. We report the case of a 25 year old Malian man, a mechanic driver with no particular history, who was seen in August 2021 for persistent papular lesions of the face following a long vehicle breakdown in the bushes of Kita, a region of southern Mali with high rainfall. On examination, the patient was in good general condition, had a fever of 38°C and a BMI of 22. On the skin, papulo-pustular and nodular lesions were observed in places, predominantly on the face and some on the back. The rest of the clinical examination was normal. The bacteriological examination of the pus showed the presence of numerous *Burkholderia pseudomallei* colonies and the antibiogram showed a sensitivity of the germ to imipenem and intermediately to amoxicillin-clavulanic acid. The rest of the work-up was normal. The patient was treated with amoxicillin-clavulanic acid with a disappearance of the lesions in 15 days. Melioidosis should always be considered in the presence of papulo-nodular and pustular lesions in the context of a stay in a humid area.

**Key words**: *Burkholderia pseudomallei*, Cutaneous melioidosis, Mali.

**Introduction**

La mélioidose est une zoonose bactérienne émergente due à *Burkholderia pseudomallei*, bacille tellurique particulièrement invasif, transmise à l'homme par voie aérienne ou cutanée (1). Elle est grave par sa mortalité très élevée de l'ordre de 20 à plus de 50 % selon les formes (2). Elle est toujours endémique en Asie du Sud-Est et au Nord de l'Australie (3). Nous rapportons une nouvelle observation.

**Observation**

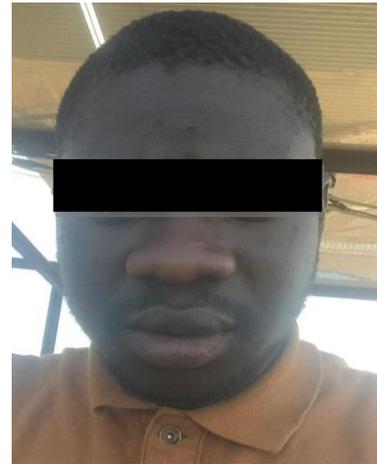
Un monsieur de 25 ans, malien, chauffeur et transporteur de marchands forains, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers est reçu en août 2021 pour des lésions papuleuses persistantes du visage survenues à la suite d'une panne de véhicule pendant une semaine dans une broussaille épineuse et boueuse de Kita. C'est une région

au sud-est du Mali a pluviométrie élevée. Il avait reçu plusieurs traitements anti acnéique et des injections de corticoïdes dans un centre de santé sans succès. A l'examen, il présentait un bon état général, une fièvre à 38°C et IMC à 22kg/m<sup>2</sup>. Sur le plan cutané on notait des lésions papulo-nodulaires et pustuleuses par endroits, de taille et nombre variables prédominant au visage et au tronc. Ces lésions n'étaient pas prurigineuses ni douloureuses, mais la pression entre le pouce et l'index faisait sourdre du pus.



**Figure 1** : lésions papulo-nodulaires et pustuleuses

L'examen des autres organes était normal. Les examens paracliniques réalisés ont montré une numération formule sanguine à 14g/l, une créatininémie élevée à 131micromole/l (normale entre 65 et 120), une glycémie à jeun à 5 mmol/l, transaminases ASAT (TGO) à 23 UI/l et ALAT (TGP) 22UI/l, les sérologies HIV et celle des hépatites B et C étaient aussi négatives. La radiographie du thorax et l'échographie abdominopelvienne étaient normales. La culture du pus a montré la présence d'assez nombreuses colonies de *Burkholderia pseudomallei* qui étaient sensibles à l'imipénème, intermédiaire à l'association Amoxicilline-Acide clavulanique. Le patient a été traité par l'association amoxicilline-acide clavulanique à la dose de 3 grammes par jour per os, un antiseptique du genre antibactérien (à base de triclocarban) et du paracétamol. L'évolution a été marquée par la disparition des lésions au bout de 2 semaines de traitement (fig2).



**Fig.2** : Après 15 jours de traitement

Le traitement a été poursuivi pendant un mois. Un bilan de contrôle de la créatininémie s'est révélé normal. De cette date à aujourd'hui nous n'avons pas observé de récurrence ni d'autre complication.

#### Discussion

La mélioiïdose est une maladie bactérienne endémique en Asie du Sud-Est et au Nord de l'Australie. En Europe seul les voyageurs provenant d'Asie sont les plus atteints (88,4%) par rapport à ceux venant d'Amérique 9,3% et d'Afrique 9,3% (2,4). Les manifestations cutanées représentent 13% des cas en Australie (4). Chez notre patient nous n'avons pas observé d'atteintes viscérales sur le plan clinique et paraclinique. Le système immunitaire de l'hôte peut déterminer aussi la présentation clinique de la maladie. La mélioiïdose survient le plus souvent sur un terrain de diabète, d'alcoolisme et de néphropathies qui majorent la gravité de la maladie ; mais seulement 20 % des cas ne présentent aucun facteur de risque identifiable (1,4). Notre patient ne présentait aucune comorbidité. La contamination de l'homme se fait essentiellement par voie transcutanée et aérienne par inhalation d'aérosols contaminés (1). Notre patient a été probablement infecté pendant son séjour dans la broussaille boueuse et épineuse à travers les microtraumatismes. Notre observation peut aussi prêter à confusion avec d'autres présentations cliniques fréquentes dans notre pratique, tel qu'une varicelle, une acné nodulo-pustuleuse, une PEAG, ce qui fait toute sa particularité une pathologie imitatrice (2). Bien que cette maladie est occasionnellement rapportée chez le voyageur de retour des zones d'endémie et des cas

sporadiques signalés en Sierra Léone, en Côte d'Ivoire (5,6). Notre cas n'est pas sorti du pays, mais une notion de séjour dans une broussaille du Mali a pluviométrie élevée propice au germe. C'est une zone qui n'est pas connue endémique pour cette affection. La maladie n'est pas notifiée ni observée et donc méconnue par les agents de santé dans notre pratique. Le germe responsable le *Burkholderia pseudomallei* est aussi difficile à mettre en évidence par l'insuffisance de laboratoires de diagnostic microbiologique P3 dans les grandes villes et leurs inexistentences dans les zones rurales qui sont les plus exposées au risque d'infection (6). Cette bactérie est naturellement résistante à de nombreux agents antimicrobiens, y compris ceux souvent utilisés pour le traitement empirique de la septicémie sous les tropiques (7). Il s'agit d'un saprophyte qui vit dans le sol, capable de résister à des conditions environnementales hostiles. Il est considéré par les CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) comme une arme bioterroriste potentielle (8). La Ceftriaxone pentahydratée est habituellement très efficace contre cette bactérie mais qui est très coûteux, et hors de portée des services de santé des pays pauvres et notamment des hôpitaux de district (7,9,10). Notre patient a été traité par l'association amoxicilline-acide clavulanique avec une évolution très favorable en 15 jours. Toutefois, ce patient doit être suivi à long terme car la mélioidose se caractérise par cette tendance aux récurrences comme cela a été noté chez des vétérans du Vietnam, 10, 20 et jusqu'à 60 ans après leur retour d'Indochine (1). Ce qui fait de cette affection une véritable bombe à retardement.

### Conclusion

La mélioidose est une zoonose bactérienne émergente, due à *Burkholderia pseudomallei* rare, probablement sous diagnostiquée par défaut de laboratoire performant dans les pays pauvres. Le praticien doit l'avoir à l'idée devant certaine situation particulière dans nos contrées à l'ère des grands changements climatiques et de la mondialisation.

**Conflit d'intérêt :** Aucun

### Références

1. Keluangkhhot V, Pethsouvanh R, Strobel M. (2005). Mélioidose. Médecine et Maladies Infectieuses, 35(10) :469-75.
2. Sander CK, Michelle K, Katja HJ, Jacqueline CP, Saskia K, Frans AG, Ester MM, Godelieve JB, Joppe WH, Martin PG. Primary cutaneous melioidosis acquired in Nepal – Case report and literature review. *Trav Med Infect Dis* 42 (2021) 102080.
3. Xiao Z, Qianfeng X, Lianxu X, Wei L. Endemic Melioidosis in Southern China: Past and Present. *Trop Med Infect. Dis.* 2019, 4, 39; doi :10.3390/tropicalmed4010039.
4. Laura F, Gentiane M, Joseph T, Eric C. Cutaneous melioidosis: a review of the literature. *Int J Dermatol* 2018 doi: 10.1111/ijd.14167.
5. Sukanta C, Lovely B, Samira R A, Probir KG, FA, Habibur R, Sumon G, Muhammad BH, Mohammed ZR, Pritimoy D, Muhammad AR. The Epidemiology of Melioidosis and Its Association with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pathogens* 2022, 11, 149. <https://doi.org/10.3390/pathogens11020149>.
6. Benoit TJ, Elrod MG, Walke HT, Inglis TJ, Bower WA, Gee J, Blaney DD. (2015). A Review of Melioidosis Cases in the Americas. *Am J Trop Med Hyg* 2015, 93(6), 1134-9.
7. Sullivan RP, Marshall CS, Anstey NM, Ward L, Currie BJ (2020) 2020 Review and revision of the 2015 Darwin melioidosis treatment guideline; paradigm drift not shift. *PLoS Negl Trop Dis* 14(9) : e0008659. <https://doi.org/10.1371/journal.Pntd.0008659>.
8. White NJ. Melioidosis. *Lancet* 2003 ;361 :1715-22.
9. Mohamed A, Stéphane E, Jacque S, Paolo M, Louis L, Laurent G. Mélioidose : une pathologie tropicale méconnue. *Rev Med Suisse* 2011;7: 1000-5.
10. Dance, D. (2014). Treatment and prophylaxis of melioidosis. *Int. J. Antimicrob. Agents* 43(4), 310-318.