

UNIVERSITE DU MALI

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie
BAMAKO

République du MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

99 - n° 5

**LES ASPECTS CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES DES
NOUVEAUX CAS DE LEPRE A L'INSTITUT MARCHOUX :
ETUDE RETROSPECTIVE (ANNEE 1988) ET
ETUDE PROSPECTIVE (ANNEE 1997)**

T H E S E

*Présentée et soutenue publiquement le _____ Novembre 1998 devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du MALI*

Par :

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(*Diplôme d'Etat*)

J U R Y

Président :

Professeur Moussa TRAORE

Membres :

Docteur KONARE Habibatou DIAWARA

Docteur Alexandre TIENDREBEOGO

Directeur de Thèse :

Professeur Somita KEITA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1997-1998

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR: **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2ème ASSESSEUR : **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **BAKARY CISSE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouroum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

5

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K.DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J.THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Ortho-Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Mamadou B.CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Pédiatrie
Pédiatrie
Psychiatrie
Endocrinologie
Radiologie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D.KEITA
Mr Cheick Oumar GUINDO

Radiologie
Neurologie

D E R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie, Chef de D.E.R.

^S
3. MAITRE ASSISTANT S

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I.MAIGA
Mr Yaya KANE

Matières Médicales
Galénique
Toxicologie
Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique, Chef de D.E.R.

^S
2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadou SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE

D E D I C A C E S

Je dédie ce travail :

- *A mon Père Dramane CISSE*

En reconnaissance de nombreux sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation.

Vos conseils et encouragements que vous m'avez prodigués à des moments difficiles de mes études et tout au long des années m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

Recevez ici mes sentiments sincères et mon amour filial.

- *A ma Mère et mes Marâtres*

Vous avez fourni d'énormes efforts à travers votre amour et vos prières pour la réussite de vos enfants et ce malgré vos modestes moyens.

Soyez rassurées ici de toute ma reconnaissance.

- *A la mémoire de mes Grands-parents*

Sidiki CISSE,, Astan SYLLA, Samba DIALLO, N'Da CISSE

La mort vous a précocement arraché à notre affection.

- *A ma Grand-mère Mately THIAM*

Pour ses conseil et sa disponibilité en mon égard. Toute ma sympathie.

- *A mes Frères et Soeurs*

N'oublions pas que la force d'une famille réside dans l'union entre les différents membres. Restons unis et solidaires pour l'amour et le bonheur éternels.

Modibo CISSE, Oumou CISSE, Astan CISSE, Gaoussou Bougady CISSE, Cheick Oumar CISSE, Adia CISSE, Mamadou CISSE, Mariam CISSE, Awa CISSE, Souleymane CISSE, Safiatou CISSE, Djénébou CISSE

- *A Mmes CISSE Fatou SINANTA et Fatou COULIBALY*

- A mes Oncles et Tantes

Almamy SYLLA, Tidiane SYLLA, Sory COULIBALY, Coumba CISSE, Maïmouna BAH et Mariam BAH.

Recevez ici tous mes respects.

- A Monsieur DIA et sa Famille

Votre générosité, votre sympathie et votre disponibilité m'ont beaucoup touché. Toute ma reconnaissance.

- A Monsieur Aka GUINDO et sa Famille

En témoignage des conseils prodigués à mon égard. Je vous en serais reconnaissant.

- A Monsieur DIARRA Moulaye et sa Famille

Que ce travail soit le fruit de tant d'efforts que vous avez déployé pour sa réalisation. Vous avez toute ma considération.

- A Mme DJIRE Oumou SANOGO

Toute ma sympathie et mon amour fraternel.

- A mes Amis

Modibo SISSOKO, Adama DEMBELE, Moussa COULIBALY, Abdoulaye NIANG, Zakaria DEMBELE, Mamadou D.K. DIABATE, Hamala BAH, Boubacar FOFANA, Boubacar COULIBALY, Aminata T. TRAORE, Aminata COULIBALY.

Toute mon amitié et ma reconnaissance.

- A mes Cousins et Cousines

Toute ma sympathie.

- A mes Amis et Collègues Internes

Dr Modibo TRAORE, Dr Abdoul Kadri Moussa MAIGA, Thierno Aboubacar DIALLO, Aminata COULIBALY, Salif FOMBA, Bandiougou TRAORE, Souleymane DIAWARA, Ibrahim CISSE, Bouakar TRAORE, Lanséni DIARRA, Mamadou MAGUIRAGA, Oumar GUINDO, Tamadian KEITA, Fatoumata TRAORE

Pour l'esprit d'équipe et de collaboration étroite. Que ce travail resserre davantage nos liens d'amitié.

- *A tous mes Collègues de Promotion*
- *A mes Maîtres et Professeurs*
- *A tous les malades de la Lèpre*
- *A tous ceux qui je pense et que je ne peux citer nommément.*

REMERCIEMENTS

Mes remerciements :

- *Au Docteur KONARE Habibatou DIAWARA*

Pour l'enthousiasme et la franchise qui vous animent dès les premiers instants de notre arrivée en Dermato-léprologie.

Recevez mes sincères remerciements.

- *Au Docteur NDIAYE Hawa THIAM*

Pour vos conseils et encouragements tout au long de mon stage. Toute ma profonde gratitude.

- *Au Docteur Idrissa CISSE*

Toute ma reconnaissance.

- *Au Docteur FAYE Ousmane*

Votre sympathie, votre générosité et votre gentillesse dès nos premiers contacts m'ont ému. Soyez rassuré de mes salutations les plus respectueuses.

- *Aux Docteurs Bouyagui TRAORE, Sambou DABO, NDIAYE Sadio DIARRA*

Mes sincères remerciements.

- *A tout le personnel de la Dermatologie*

notamment le Major *Siaka SANOGO, Alexis TIENOU, Mme TRAORE Djénébou TRAORE, Mme DACKO Sanata KONE, Mme KEITA Sira SAMAKE, M. Guimba CAMARA*

Pour leurs conseils et encouragements.

- *A tout le personnel de la Léprologie, notamment le Major Fanto TRAORE*

Pour votre sincère collaboration et votre profonde sympathie.

- *A tout le Personnel de l'Epi-Formation : Mme DOUMBLA Oumou DIOUF*

Pour l'aide que vous n'avez cessé de m'apporter au cours de l'élaboration de ce document.

- *A Hamadoun TRAORE et sa Famille*

Ma profonde gratitude pour ta disponibilité et ta sympathie.

- *A tout le personnel de la Bacilloscopie et du Laboratoire de Biologie*

Recevez, à travers ce travail, mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

- Enfin à tout ce qui, d'une manière ou d'une autre, a contribué à la réalisation de ce travail.

Aux Membres du Jury

A notre Maître et Président du Jury : Professeur Moussa TRAORE,
Agrégé de Neurologie, Chef du Service
Neurologie du Pt G, Doyen de la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie du Mali

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons été impressionnés par votre culture, votre modestie ainsi que par la qualité de l'enseignement que vous nous avez dispensé durant des années.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et l'assurance de notre très haute considération.

A notre Maître Juge : Docteur KONARE Habibatu DIAWARA,
Dermatologue, Assistante chef de clinique, Praticien
hospitalier chargé de cours à la Faculté de Médecine,
de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali

Nous sommes émus par l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger au Jury de notre thèse.

Votre sympathie, votre enthousiasme, votre disponibilité et la clarté de vos conseils forcent l'admiration. C'est le lieu de vous témoigner notre respect et notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge : Docteur Alexandre TIENDREBEOGO,
Epidémiologiste, Chef d'Unité Epidémiologie-
Formation de l'Observatoire de la Lèpre en
Afrique (OLA)

Nous vous remercions infiniment pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Votre disponibilité et l'attention particulière que vous portez à la formation des étudiants forcent l'admiration.

Veillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et notre profond respect.

**A notre Maître et Directeur de thèse : Professeur Somita KEITA,
Agrégé en Dermato-léprologie, Directeur de
l'Observatoire de la Lèpre en Afrique (OLA),
Professeur de Dermatologie à la Faculté de Méde-
cine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du
Mali**

Vous avez accepté, malgré votre emploi du temps surchargé, de guider nos pas dans cette difficile tâche.

La chaleur de votre accueil et votre disponibilité sans faille nous ont rapidement mis en confiance.

Votre enthousiasme et vos judicieux conseils nous ont soutenu tout au long de ce travail.

Nous vous en sommes reconnaissants. Croyez en notre admiration et en notre profonde gratitude.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ALLF	Association des léprologues de langue française
BAAR	Bacille acido-alcoolo-résistant
BT	Lèpre borderline tuberculoïde
BB	Lèpre borderline-borderline
BL	Lèpre borderline lépromateuse
Clo	Clofazimine
DDS	Diamino-dyphényl-sulfone ou Disulone
ENL	Erythème noueux lépreux
IB	Indice bacillaire
IM	Index morphologique
IMC	Immunité à médiation cellulaire
ICL	Institut Central de la lèpre
I.E.C.	Information, Education, Communication
IMx	Institut MARCHOUX
J.C.	Jésus Christ
LL	Lèpre lépromateuse
LNP	Lèpre nerveuse pure
MB	Multibacillaire
MPP	Mal perforant plantaire
<i>M. leprae</i>	<i>Mycobacterium leprae</i>
OCCGE	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies
OLA	Observatoire de la Lèpre en Afrique
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
PB	Paucibacillaire
PCT	Polychimiothérapie
PNL	Programme National de Lutte contre la Lèpre
RMP	Rifampicine
R.R	Réaction de reversion
TT	Lèpre tuberculoïde
UGD	Ulçère gastro-duodéal

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Première Partie : GENERALITES SUR LA LEPRE

- I. DEFINITION
- II. HISTORIQUE
- III. EPIDEMIOLOGIE
- IV. ETHIOPATHOGENIE
- V. CLASSIFICATION
- VI. ASPECTS CLINIQUES
 - 6.1 Type de description : lèpre lépromateuse
 - 6.2 Autres formes de lèpre
 - 6.3 Diagnostic
 - 6.3.1 Diagnostic positif
 - 6.3.2 Diagnostic différentiel
- VII. TRAITEMENT
 - 1. La polychimiothérapie
 - 2. Les thérapeutiques en cours d'évaluation
 - 3. Le traitement des formes réactionnelles
 - 4. La prophylaxie

Deuxième Partie : NOTRE ETUDE

- I. CADRE DE L'ETUDE
- II. MALADES ET METHODES
 - 2.1 Population cible
 - 2.2 Type d'étude
 - 2.3 Taille de l'échantillon
 - 2.4 Critères d'inclusion

- 2.5 Critères d'exclusion
- 2.6 Collecte des données
- 2.7 Durée de l'étude

III. RESULTATS

- 3.1 Les caractéristiques des cas de l'étude rétrospective
 - 3.1.1 Les caractères épidémiologiques
 - 3.1.2 Les caractères cliniques
 - 3.1.2 Les caractères paracliniques
- 3.2 Les caractéristiques des cas de l'étude prospective (1997)
 - 3.2.1 Les caractères épidémiologiques
 - 3.2.2 Les caractères cliniques
 - 3.2.3 Les caractères paracliniques
- 3.3 Comparaison des résultats des deux études
 - 3.3.1 Comparaison en fonction des caractères épidémiologiques
 - 3.3.2 Comparaison en fonction des caractères cliniques
 - 3.3.3 Comparaison en fonction des caractères paracliniques
 - 3.3.4 Comparaison en fonction de la classification clinique et bactériologique

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

- 4.1 Sur les caractéristiques
 - 4.1.1 L'âge
 - 4.1.2 Le sexe
 - 4.1.3 La résidence des patients
 - 4.1.4 Le délai de consultation
 - 4.1.5 Motif de consultation
 - 4.1.6 La notion de contagé
- 4.2 Sur les aspects cliniques
 - 4.2.1 Les signes cutanés
 - 4.2.2 Les signes nerveux
 - 4.2.3 La forme de la maladie
- 4.3 Sur les caractéristiques cliniques
- 4.4 Sur les caractéristiques paracliniques

CONCLUSION

RECOMMANDATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

RECOMMANDATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION

La lèpre est une maladie infectieuse, faiblement contagieuse, à manifestation cutané-nerveuse et/ou systémique.

Elle sévissait autrefois dans tous les continents et a marqué l'histoire et la mémoire de l'humanité par des images terrifiantes de mutilation, d'opprobre et d'exclusion sociale (32).

La découverte de l'agent pathogène appelé Bacille de HANSEN (BH) et l'utilisation de la diamino-diphényl sulfone ou Disulone par Guy FAGET en 1941 ont constitué un tournant décisif dans la connaissance de l'étiologie et du traitement de la maladie(44).

Cependant, jusqu'à nos jours, le bacille est demeuré incultivable in vitro et aucun vaccin n'a encore fait preuve de son efficacité.

La survenue de la résistance du BH à la Disulone dans les années 1979 explique qu'un plus grand nombre de sujets ont manifesté la maladie (44).

Jadis on rencontrait des formes caricaturales dites classiques comportant des lésions typiques, tels les lépromes exubérants associés à l'infiltration cutanée et réalisant le faciès léonin (3). De même, des déformations les plus monstrueuses et des mutilations étaient observées (3).

Actuellement nous observons une grande modification dans la présentation clinique et la gravité de l'affection.

De nos jours l'observation des formes repoussantes est de plus en plus rare. Cette rareté des formes caricaturales semble être corrélée avec la baisse du taux de prévalence globale de l'affection et la multiplicité des formes frustes. (3).

Ces faits sont l'expression de résultats positifs des campagnes de dépistage précoce, et de stratégies thérapeutiques adaptées notamment la polychimiothérapie (PCT) qui a pris le relais de la monothérapie par la Disulone (44)

Aussi d'années en années, on assiste à une baisse progressive du taux de prévalence de cette maladie dans tous les pays d'endémie (4).

Au premier trimestre de l'année 1997, on a estimé dans ces pays 1.150.000 nouveaux cas et le Mali comptait 3.248 cas avec une prévalence de 2,92/10.000 habitants (4).

Avec les progrès indéniables de la PCT, des rapports publiés s'intéressent peu aux aspects cliniques et au profil épidémiologique des cas. Dans la majorité des précis de léprologie, on ne trouve décrits que les aspects classiques.

Dans ce travail, nous voulons apporter notre contribution au plan mondial d'élimination de la lèpre, en rapportant les différentes présentations cliniques actuelles ainsi que les caractères épidémiologiques des nouveaux cas de lèpre dépistés à l'Institut MARCHOUX.

Les objectifs sont :

1. Décrire les caractères épidémiologiques des nouveaux cas de lèpre dépistés à l'Institut MARCHOUX
2. Décrire les aspects cliniques de ces cas
3. Rapporter les formes atypiques et frustrées observées parmi les malades dépistés, pouvant poser un problème de diagnostic sur le terrain.
4. Comparer les aspects épidémiologiques et cliniques des cas observés et ceux enregistrés dans des dossiers en 1988.

PREMIERE PARTIE

GENERALITES SUR LA LEPRE

I. DEFINITION

La lèpre est une maladie infectieuse, chronique, faiblement contagieuse, sévissant à l'état endémique dans plusieurs parties du monde. Elle est due à un bacille acido-alcool-résistant en forme de bâtonnets appelé *Mycobacterium leprae*, découvert en 1873 par un médecin norvégien du nom de Armauer HANSEN.

Ce bacille a un tropisme essentiellement cutané-muqueux et nerveux. Ceci explique que les manifestations cliniques de la maladie s'observent sur la peau, dans les muqueuses et dans les troncs nerveux périphériques (20).

II. HISTORIQUE

La lèpre serait originaire de l'Inde où elle était décrite depuis le 16^e siècle avant Jésus Christ. De là elle s'étend à tout le Sud-Est asiatique et à la plupart des Iles du Pacifique.

Vers l'Ouest, elle apparaît d'abord au Moyen-Orient puis en Afrique. Les croisées humaines l'introduisent en Europe, où elle reste fréquente jusqu'au 13^e siècle.

Depuis le 14^e siècle, avec le relèvement du niveau socio-économique des populations, l'incidence de la maladie de HANSEN régresse en Europe (20). Elle reste endémique dans les pays sous-développés. La thérapeutique anti-hansénienne a subi de grandes révolutions dans l'histoire de cette maladie.

Ainsi la monothérapie à la Disulone appliquée depuis des années quarante a cédé la place à la polychimiothérapie par l'administration de deux molécules, la Rifampicine et la Clofazimine associées toujours à la Disulone. De nouveaux schémas thérapeutiques sont à l'étude (41).

III. EPIDEMIOLOGIE

3.1 Agent pathogène

C'est le bacille de HANSEN ou *Mycobacterium leprae*, appartenant à la famille des mycobactéries. Il est gram positif, acido-alcool-résistant (BAAR) à parasitisme intra-cellulaire obligatoire. Les cibles du bacille au cours de l'inoculation sont les macrophages de la peau et la gaine de Schwann des nerfs périphériques (20).

3.2 Habitat et source d'infection

Malgré la découverte récente de quelques cas d'infection naturelle du tatou et de certains singes, *M. leprae* reste essentiellement un micro-organisme de l'être humain (31).

3.3 Morphologie et coloration

Les bacilles de la lèpre sont pléomorphes et peuvent se présenter en bâtonnets rectilignes ou légèrement incurvés, gram positif. En microscopie optique ils sont ovoïdes, fragmentés ou granulés. Ils peuvent être soit isolés, soit en amas ou en masses compactes appelées "globi" (44).

Après coloration par le Ziehl Nielsen, on peut distinguer :

- les bacilles fortement colorés en bâtonnets rouge vif, aux extrémités arrondies et uniformes. Leur longueur varie entre 3 et 8 microns
- les bacilles fragmentés (présentant des lacunes décolorées)
- les bacilles granulés (zones non colorées dans l'épaisseur du bacille)

On pense que les bacilles fortement colorés seraient des bacilles "vivants" et ceux fragmentés ou granuleux (rencontrés chez les patients traités ou en traitement) seraient des bacilles morts (dégénérés) (44).

L'indice morphologique étant le pourcentage de bacilles présumés vivants par rapport au nombre de bacilles dans le frottis (44).

3.4 Structure antigénique

La plupart des antigènes de *M. leprae* est commune aux autres mycobactéries. Cependant il a été récemment mis en évidence un antigène spécifique : le GPL1 qui a un effet immunologique complexe. Cet antigène est plus souvent utilisé en tant qu'outil diagnostique (détection dans le sang, les urines). Il est considéré comme futur antigène vaccinant (Ag) car fortement immunogène. (20)

3.5 Structure chimique

La meilleure connaissance de la biologie de *M. leprae* pourrait fournir des indications utiles en vue d'élaborer de nouveaux médicaments. La paroi cellulaire de

toutes les mycobactéries qu'elles soient pathogènes ou saprophytes, présente une structure complexe du même genre. Cependant il semble que *M. leprae* se distingue des quatre mycobactéries par la composition des unités peptidiques et par la multiplicité des couches du peptido-glucone qui constituent l'ensemble de la structure pariétale. (31)

3.6 Culture et modèles animaux

M. leprae est un parasite intra-cellulaire obligatoire, incultivable sur milieu artificiel. En outre il ne se multiplie et ne détermine la maladie expérimentale que chez un nombre très limité d'espèces animales plus particulièrement le tatou (31).

3.7 Mode de transmission

La transmission de la lèpre d'un sujet malade à un sujet sain s'observe dans les formes multibacillaires, mais ses modalités exactes sont mal connues (20). La transmission se ferait probablement par voie aérienne supérieure et par voie percutanée à travers la peau lésée (20, 44).

La voie congénitale semble possible lorsque les mères sont atteintes d'une forme multibacillaire (23).

La période d'incubation n'est pas connue avec certitude. Elle varie entre 3 mois et 40 ans. La moyenne se situe à cinq ans (20).

3.8 Répartition géographique

La lèpre constitue un problème majeur de santé publique dans beaucoup de pays où elle sévit à l'état endémique et reste sous déclarée (29).

En 1985, avant l'instauration à grande échelle de la PCT, 122 pays enregistraient des taux de prévalence supérieurs à un cas pour 10.000 habitants.

Après plus de 10 ans d'intenses activités de PCT, 67 pays ont réduit cette prévalence à un taux inférieur à un cas pour 10.000 (32).

Dans les pays d'endémie, 888.360 cas sur 1.150.000 sont sous PCT (32).

Ainsi, elle reste très forte à Madagascar (4,3/10.000), faible en Nouvelle Calédonie (0,96/10.000), au Sénégal (0,84/10.000) et au Maroc (0,4/10.000).

Par contre au Mali, la prévalence est de 2,9/10.000 habitants (voir tableau ci-dessous).

Nombre estimé et enregistré de cas de lèpre par région de l'OMS de 1996 à 1997

Région de l'OMS	Nombre de cas estimés (taux pour 10.000) 1997	Nombre de cas enregistrés (taux pour 10.000)		% en variation
		1996	1997	
Afrique	140 000 (2,4)	95 901 (1,77)	82 758 (1,39)	(+) 14
Amérique	140 000 (1,7)	123 537 (1,64)	127 866 (1,63)	(+) 4
Asie du Sud-Est	800 000 (5,7)	651 562 (4,72)	637 413 (4,50)	(-) 2
Méditerranée orientale	30 000 (0,6)	28 005 (0,54)	13 038 (0,28)	(-) 43
Pacifique occidental	40 000 (0,2)	32 254 (0,20)	26 533 (0,16)	(-) 18
Europe	Moins de 1000	-	732 (0,01)	-
TOTAL	1 150 000 (2)	926 259 (1,67)	888 340 (1,54)	(-) 4

Bulletin n°2, 1997 de l'Association des Léprologues de Langue Française (ALLF)

3.9 Répartition selon l'âge et le sexe

La maladie de HANSEN peut survenir à n'importe quel âge. Néanmoins elle est exceptionnelle chez le nourrisson. Des cas rares apparaissent vers la fin de la première année. L'incidence augmente assez rapidement pour atteindre son maximum entre 10 et 20 ans, avant de redescendre plus ou moins lentement (41).

Quant aux sexe, l'incidence et la prévalence de la lèpre sont plus élevés dans le sexe masculin que féminin dans beaucoup de pays d'endémie.

3.10 Recherche et numération des bacilles

Elles sont utiles au diagnostic, à la classification et au traitement et repose sur la recherche du BH dans les frottis faits à partir de la peau ou du mucus nasal (20, 29).

A l'Institut MARCHOUX, le prélèvement est effectué dans une lésion cutanée ou au lobe de l'oreille.

La peau est pincée entre le pouce et l'index et incisée perpendiculairement sur environ 5 mm de long et 2 mm de profondeur à l'aide d'un bistouri n°3 ou d'un vaccinostyle. La lame de l'instrument est ensuite tournée à 90° sans faire saigner. Ce qui permet de recueillir le ~~tissu~~ dermique qui sera étalé sur la lame.

Dans le mucus nasal, le prélèvement se fait à l'aide d'une ~~écouvillon~~ *écouvillon*

La technique de coloration utilisée est la technique à froid : toute la surface de la lame est recouverte pendant 20 minutes par de la fuchsine phéniquée filtrée une deuxième fois au moment de l'emploi.

La première goutte est déposée sur le bord de la lame. Chaque lame est rincée une par une à la fin de la coloration dans un léger courant d'eau.

Ensuite on procède à la décoloration des lames une par une en laissant s'écouler la solution alcool-acide goutte à goutte jusqu'à ce que la solution devienne limpide. On rince à l'eau la lame et on ajoute une solution de bleu de méthylène environ 1 mn. Puis rinçage à nouveau en laissant sécher à l'air libre.

Le comptage des bacilles permet de déterminer l'index bacillaire (charge bacillaire) et l'index morphologique.

L'index bacillaire, , correspondant au nombre de bacilles de HANSEN vus par champ examiné sans tenir compte de leur morphologie. Il s'exprime selon l'échelle logarithmique de Ridley quantifiée de 0+ à 6+ (21).

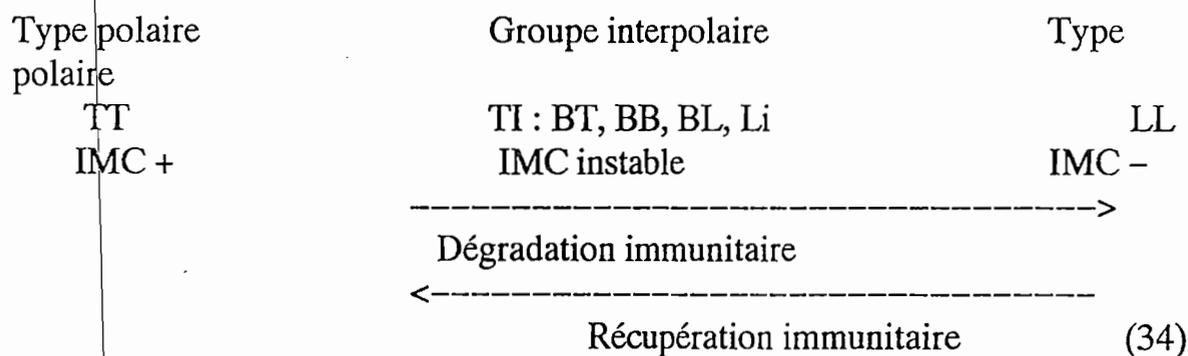
- 0 Aucun bacille dans aucun des 100 champs
- +1 1-10 bacilles par 100 champs
- +2 1-10 bacilles par 10 champs
- +3 1-10 bacilles par champ
- +4 10-100 bacilles par champ
- +5 100-1000 bacilles par champ
- +6 Plus de 1000 bacilles par champ

IV. ETHIOPATHOGENIE

L'apparition de la maladie et sa forme sont liées à la charge tissulaire en *M. leprae* et à la résistance de l'hôte. Ainsi, sur 1,6 milliard de personnes exposées à l'infection dans le monde, une faible proportion développe la maladie.

Cependant dans la lèpre il existe deux sortes d'immunité, l'immunité à médiation cellulaire (IMC) et l'immunité humorale. Comme *M. leprae* est une bactérie à développement intracellulaire, seule la première est efficace (31).

D'où la classification immunologique :



Le type polaire tuberculoïde présente une IMC anti *M. leprae* stable et forte.

Le type polaire lépromateux est caractérisé par une déficience totale et définitive de l'IMC contre *M. leprae*.

L'IMC du groupe interpolaire, situé entre les deux types polaires, est instable.

Si les types polaires sont stables, ne peuvent absolument passer d'un type à l'autre, par contre les formes du groupe interpolaire peuvent évoluer :

- de l'allergie à l'anergie par une lente dégradation immunitaire
- de l'anergie à l'allergie par une brutale récupération immunitaire

Le regain ou la perte immunitaire dans un cas comme dans l'autre est à la base de complications s'accompagnant de névrites rapidement paralysantes.

Un test de cette réaction à MC est la réaction de Mitsuda qui est toujours négative dans la lèpre lépromateuse et dans les formes interpolaires voisines ; elle est fortement positive dans les formes tuberculoïdes chez les cas et chez les sujets contacts à immunité solide (34).

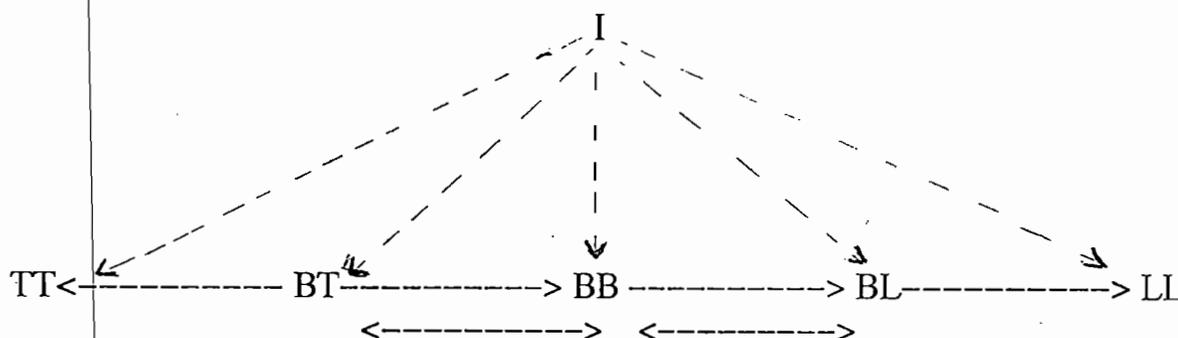
En ce qui concerne l'immunité humorale, il y a une forte augmentation des lymphocytes B par rapport aux lymphocytes T avec des taux d'anticorps (Ac) circulants élevés au cours des lèpres multibacillaires (6).

Ces anticorps ont un rôle insuffisant dans la destruction des bacilles lépreux, mais sont au contraire responsables d'accidents tels que l'ENL, assimilé à un phénomène d'Arthus (6).

V. CLASSIFICATION

A la classification didactique (celle de Ridley et Jopling) s'oppose la classification opérationnelle de l'OMS.

1. Classification de Ridley et Jopling (19)



TT : BH 0, Mitsuda ++

BT : BH ±, Mitsuda +

BB : BH ++ Mitsuda ±

BL : BH +++ Mitsuda -

LL : BH+++++ Mitsuda -

2. Classification de l'OMS

Une nouvelle conception de la lutte antilépreuse qui repose sur la PCT classe la lèpre en paucibacillaire (PB) et en multibacillaire (MB) avec l'indice bacillaire = 0 pour les formes PB et $IB \geq +1$ pour les formes MB (19).

Actuellement une nouvelle catégorisation basée uniquement sur la clinique (aspect et nombre de lésions) dans les régions où la bacilloscopie n'est pas faisable, est recommandée par l'OMS.

Ainsi, on définit la forme PB si le nombre de lésions est ≤ 5 et la forme MB si les lésions sont > 5 (4).

VI. ASPECTS CLINIQUES

1. TYPE DE DESCRIPTION : LA LEPRE LEPROMATEUSE (20, 41)

1.1 Signes cutanés : on peut distinguer :

- Des macules à limites floues, hypochromiques ou cuivrées, symétriques sur l'ensemble du corps, luisantes, non squameuses et de sensibilité conservée.
- Des lésions papulo-nodulaires ou lépromes, de couleur peau normale ou légèrement cuivrée.
- Des infiltrations régionales ou diffuses de la peau donnant au malade une apparente santé floride.
- Au visage la combinaison de lépromes et infiltration du tégument entraîne une peau épaissie, creusée de profonds sillons séparant les bourrelets saillants, c'est l'aspect du faciès léonin.

A cet aspect s'ajoute une alopécie de la queue des sourcils et une gynocomastie chez l'homme.

1.2 Les signes muqueux

- La rhinite érosive ou ulcérée entraîne des épistaxis provoqués par le mouchage ou d'apparition spontanée. Elle peut évoluer vers l'atteinte du cartilage nasal et entraîner l'effondrement de la pyramide nasale avec nasonnement de la voix (41).
- La conjonctivite peut être palpébrale ou bulbaire pouvant évoluer vers une kératoconjonctivite ou une iridocyclite avec risque de cécité.
- L'atteinte buccale peut comporter une chéilite hypertrophique ou une gingivo-stomatite ulcéreuse et hémorragique.
- L'atteinte pharyngée : la pharyngite peut entraîner une lésion des cordes vocales et se manifester par la dysphonie (41).

1.3 Signes extra cutanéomuqueux : sont discrets, dominés par :

– L'atteinte nerveuse, habituellement discrète en dehors des réactions et se manifeste par une légère hypertrophie souvent moins évidente des troncs nerveux périphériques avec ou pas de déficit sensitivo-moteur.

L'altération nerveuse s'observe surtout au cours des épisodes d'ENL entraînant parfois des paralysies irréversibles. (20, 41).

– Les atteintes viscérales : ophtalmologiques (l'alopecie des sourcils, l'entropion, la lagophtalmie, l'insensibilité cornéenne, la conjonctivite, la dacryocystite) ; ORL (jetage purulent et hémorragique de la muqueuse nasale, la muqueuse pituitaire est inflammatoire, ulcérée et hémorragique avec perforation de la cloison et résorption de l'épine antérieure aboutissant à l'effondrement du nez ; les glossites, les pharyngites et les laryngites sont peu fréquentes) ; digestives (infiltration du foie) ; des organes génitaux (gynécomastie, induration des testicules, orchite) ; urinaires (à type de glomerulonephrite) , etc (41, 44).

1.4 Evolution et complication

L'évolution de la lèpre LL est chronique et émaillée d'épisodes réactionnels appelés ENL dont les manifestations sont :

- nouures cutanées inflammatoires
- exacerbation des signes muqueux et cutanés
- altération de l'état général avec fièvre, céphalées, arthralgie
- des manifestations polyviscérales aggravent le tableau clinique

Les atteintes viscérales d'évolution chronique peuvent se compliquer d'une amylose secondaire notamment au niveau rénal. Cette complication peut évoluer vers l'insuffisance rénale mortelle (20).

L'atteinte nerveuse se manifeste par une névrite hypertrophique des troncs nerveux périphériques et peut évoluer vers des paralysies irréversibles, des troubles trophiques divers (MPP, griffes et mutilations des extrémités) (20).

2. LES AUTRES FORMES

2.1 Forme indéterminée : I

La lésion élémentaire est une macule hypochromique sur peau noire, érythémateuse sur peau claire, à surface lisse, non squameuse, à contours bien définis, unique, le plus souvent de localisation variable (41).

La bacilloscopie est négative au niveau des lésions. La négativité de la réaction de Mitsuda à ce stade peut présager de l'évolution possible vers une forme L.

Cette forme a une évolution variable vers l'un ou l'autre pôle du spectre de la lèpre.

2.2 Forme tuberculoïde : T

– Signes cutanés : ce sont des macules ou plaques de grande taille, disposées asymétriquement à surface sèche et squameuse, insensibles à bordure surélevée, papuleuse et bien distincte. Assez souvent au voisinage des plaques, on observe un filet nerveux sous cutané hypertrophié.

– Signes muqueux sont habituellement absents.

– Signes extracutanés se limitent à l'hypertrophie des troncs nerveux périphériques.

La bacilloscopie est négative au niveau des plaques.

L'IDR de Mitsuda est fortement positive, souvent phlycténulaire (41).

– Evolution et complications

Elle est chronique et les complications sont surtout liées à l'installation de paralysies nerveuses insidieuses, avec apparition de troubles trophiques, notamment :

- . nécrose cutanée
- . déficit musculaire, arthralgie, déformation et amputations des extrémités
- . maux perforants plantaires

2.3 Formes borderline : (BT, BB, BL) (41)

– **BT (Borderline tuberculoïde)** : c'est la forme tuberculoïde à minima. Les macules cutanées sont multiples, de taille moyenne, légèrement squameuses, parfois annulaires à bordure nette moins surélevées, à sensibilité réduite, jamais associées de lépromes. Les troncs nerveux périphériques peuvent être hypertrophiés.

La réaction reverse constitue un épisode évolutif fréquent et les complications sont neurotrophiques.

La bacilloscopie est négative (ou plus rare).

L'IDR de Mitsuda positive sans nécrose.

- **BB** (*borderline-borderline*), réalise cliniquement une combinaison de lésions cutanées de lèpre BT et BL de diagnostic le plus souvent délicat et pour le clinicien. Elle peut évoluer soit vers une forme BT ou BL. On note des lésions exclusivement annulaires à bordures larges, papuleuses, mal limitées et infiltrées. Au nombre de 10, ces lésions sont peu ou pas hypo-esthésiques.

L'atteinte nerveuse commence à devenir bilatérale et symétrique au fur et à mesure que l'on se rapproche du pôle lépromateux. L'atteinte des muqueuses et des phanères est rare

Son évolution peut être émaillée d'ENL ou de RR.

La bacilloscopie est positive et l'IDR est négative (41).

- **BL** (*Borderline lépromateuse*) : elle présente les signes mineurs de la forme LL. Les macules prédominent, parfois annulaires, à disposition symétrique. Elles peuvent s'associer à des petits éléments satellites et à des petits lépromes moins nombreux.

Des épisodes d'ENL peuvent survenir au cours de son évolution.

La bacilloscopie est positive et l'IDR négative.

2.4 Lèpre sans signes cutanés spécifiques (lèpre nerveuse pure)

Elle correspond au cas d'atteinte névritique isolée sans signes dermatologiques cliniquement décelables préalables ou concomitants (20, 44).

Elle existe en fait dans les différentes formes de la maladie (I, TT/BT, BL, LL). Les signes fonctionnels sont dominés par la lourdeur, l'engourdissement ou la paresthésie (18, 36).

L'examen clinique montre le plus souvent l'atteinte d'un ou de plusieurs nerfs. L'hypertrophie peut être isolée ou associée à un déficit d'abord sensitif puis moteur.

Dans les formes évoluées, des paralysies avec éventuellement des troubles trophiques secondaires sont observés (peau sèche en rapport avec une hypohydrose ou une anhidrose) (37).

2.5 Formes particulières

Il s'agit des formes rares, inhabituelles, peu caractéristiques, difficiles à classer, traduisant toute la complexité de la maladie. Ce sont la forme multibacillaire localisée, la lèpre de Lucio et la forme histoïde (41).

La forme de Lucio ou forme lépromateuse diffuse se manifeste par une infiltration diffuse de la peau donnant un aspect jeune au visage par effacement des rides. Elle s'accompagne de chute des sourcils, des cils et parfois des cheveux. Cette forme se complique de réactions sévères au cours desquelles se forment de vastes bulles nécrotiques cutanées rapidement ulcérées (phénomène de Lucio).

La forme histoïde se traduit par des nodules saillants, rouges, bien limités, tendant à se grouper ou à se fusionner et contenant une prolifération d'histiocytes fusiformes, d'aspect tourbillonnant, renfermant de nombreux bacilles de Hansen vivants mais non groupés en globi.

Cette forme serait un mode de rechute chez les malades traités en monothérapie par les sulfones et dont le bacille serait devenu résistant à la thérapeutique.

3. DIAGNOSTIC

3.1 Diagnostic positif

Le diagnostic de lèpre peut être évoqué par les signes cliniques ci-dessus et confirmé par :

- la bacilloscopie dans les formes MB
- l'examen anapathologique des coupes de biopsie pratiquées sur la peau ou sur les nerfs montre :

* Pour la lèpre indéterminée des bacilles acido-alcool-résistants dans les filets nerveux dermiques infiltrés par les lymphocytes.

Dans la forme tuberculoïde (TT), des foyers de lymphocytes, de cellules épithéloïdes et des cellules géantes de Langhans sont visibles dans le derme. L'aspect d'un granulome tuberculoïde, sans nécrose centrale, est réalisée. L'infiltrat est épidermotrope, sans bande acellulaire entre le derme et l'épiderme.

* Pour les formes borderlines, le granulome dans la forme BT est plus diffus que dans la forme TT. La forme BB donne un seul granulome à cellules épithéloïdes avec absence de cellules géantes. Dans la forme BL, le granulome est composé d'histiocytes avec un nombre variable de lymphocytes. Mais une zone sous épidermique dépourvue d'infiltrat cellulaire est visible dans tous les types de lèpre borderline (40).

Dans la lèpre lépromateuse, l'épiderme est aminci et peu festonné. Il existe une zone sous épidermique acellulaire (bande de Unha). Mais dans le derme, le granulome diffus, fortement bacillifère, est constitué d'histiocytes. Les cellules de Virchow sont caractéristiques de cette forme (grands histiocytes remplis de bacilles).

* Pour toute lèpre aux lésions cutanées atypiques une biopsie cutanée peut aider le diagnostic.

3.2 Diagnostic différentiel

* Macules : une macule lépreuse peut faire discuter :

- des eczématides achromiantes appelées eczemas secs ou parakératoses achromiantes caractérisées par une ou plusieurs lésions de taille variable, à bordure bien définies, recouverte de fines squames sans trouble sensitif (41)
- du pityriasis versicolor achromiant qui réalise de petites lésions hypochromiques, parfois confluentes, jaunes, chamois, squameuses en surface mais sans trouble sensitif (41)
- du vitiligo dont la teinte varie du blanc-rosé au blanc-ivoire. Il est cerné par un lisère hyperpigmenté et ne révèle pas de trouble sensitif
- une macule dépigmentée provoquée : iatrogène ou cosmétique (caco)

* Papules : les papules ou plaques lépreuses peuvent faire distinguer :

- L'acné : l'aspect polymorphe de l'éruption, le caractère inflammatoire des lésions, la présence d'éléments pustuleux, l'hyper-séborrhée et surtout la présence de comédons avec et/ou points noirs feront rapidement éliminer la lèpre.

- L'urticaire, les papules rouges oedémateuses, ortiées seront facilement différenciées des macules ou des papules infiltrées de la lèpre (41).

Le prurit intense, le caractère mobile de l'éruption, son évolution fugace et ses récurrences multiples doivent faire évoquer l'urticaire.

- Le granulome annulaire constitué de papules de taille variable disposées en anneau au niveau desquelles la peau est de couleur normale parfois rosées ou violines, lisses de consistance ferme. Seul le frottis bactériologique ou une biopsie permettent d'écarter la lèpre (41).

- La leishmaniose cutanée lupoïde diffuse, peut prendre l'aspect d'une lèpre lépromateuse. Le frottis bactériologique et la biopsie cutanée font écarter la lèpre.

- La sarcoïdose cutanée, des papules de teinte rouge ou violine, brune ou franchement jaunâtre, fermes, localisées au visage, à la face d'extension des bras et à la partie supérieure du dos. Une biopsie est parfois nécessaire au diagnostic.

Dans tous ces cas, la bacilloscopie et l'anatomopathologie aident le diagnostic.

* *Nodules et tumeurs* : les lépromes volumineux peuvent faire discuter (41).

- Les manifestations cutanées de la leucémie se présentent sous forme de nodules tumoraux arrondis, violacés, fermes et indolores avec prurit, adénopathies et ecchymoses. Le bilan hématologique et la biopsie permettent de faire le diagnostic.

- Le mycosis fongoïde : lymphome à lymphocyte T au stade tumoral, peut être confondu avec les nodules de la lèpre L. La bacilloscopie négative et la biopsie permettent le diagnostic.

- La maladie de Recklinghausen : elle débute dans l'enfance par des taches café-au-lait, puis progressivement apparaissent des nodules de taille variable disséminés principalement sur le tronc, de consistance molle, la présence de tumeur "royale" permet d'en poser le diagnostic qui pourra être aidé par l'anatomopathologie.

- La maladie de Kaposi se caractérise par des placards angiomateux, violacés, infiltrés. Des lésions nodulaires brunâtres ou violacées peuvent apparaître sur ces placards ou en zone saine. Sa localisation faciale et/ou à l'oreille peut être source d'erreur diagnostique, faisant évoquer à tort la lèpre.

L'aspect clinique, le contexte épidémiologique ou plus rarement la biopsie permettent de poser le diagnostic.

*** Infiltration**

– La maladie de Hodgkin se caractérise par des nodules multiples, violacés, fermes, des tumeurs ulcérées et des placards infiltrés. Le prurit intense au niveau de ces lésions et la biopsie permettent d'écartier le diagnostic de lèpre L (41).

*** Troubles trophiques et lésions neurologiques**

– La syringomyélie réalise un syndrome central avec atteinte du faisceau pyramidal qui pourrait être confondu avec la lèpre notamment devant le syndrome d'anesthésie thermique et douloureuse et l'importance des paralysies musculaires.

– La maladie de Raynaud se manifeste par des lésions ischémiques qui s'accompagnent de phénomènes paroxystiques à type de syncope locale (41).

– Le mal perforant plantaire apparu chez un diabétique méconnu, ou relevant d'une autre étiologie, peut être faussement attribué à la lèpre (44).

– La périartérite noueuse qui se manifeste par des nouures et des fontes musculaires peut faire évoquer une lèpre L en réaction. La bacilloscopie négative, écarte le diagnostic de lèpre.

– La xérose cutanée et la kératodermie palmo-plantaire sont fréquemment associées à la lèpre. Tenir compte du contexte familial, épidémiologique et pratiquer des biopsies pour le diagnostic.

VII. LE TRAITEMENT

Pendant la dernière décennie, beaucoup de progrès ont été réalisés dans la lutte antilépreuse à cause de l'application de plus en plus généralisée de la PCT à l'échelle mondiale. Il a pour buts :

- le traitement curatif des cas qui permet de rompre la chaîne de transmission
- la prévention des invalidités

1. LA POLYCHIMIOTHERAPIE (PCT)

1.1 Moyens

Parmi les antibiotiques disponibles, la Dapsone, la Rifampicine, la Clofazimine sont les molécules employées (41).

a. La Dapsone

La 4-4 diamino-dyphényl-sulfone (DDS) ou Disulone est l'antibactérien le plus employé. Les comprimés sont dosés à 100 mg et à 50 mg. Elle est faiblement bactéricide avec la dose de 100 mg/jour en pratique quotidienne.

Ses effets secondaires sont les céphalées, les nausées, les accidents hématologiques (anémie hémolytique, méthémoglobulinémie), les accidents cutanés (toxidermie) et les accidents hépatiques (cytolyse) (20).

Elle est contre-indiquée en cas d'atteinte rénale et de déficit en G6PD. On l'administre en cas de lèpre PB ou MB à la posologie de 100 mg/jour auto-administrée. Chez l'enfant, cette posologie est réduite en fonction du poids :

1/4 dose à 12 kg

1/2 dose à 25 kg

3/4 dose à 50 kg en prise quotidienne non supervisée.

b. La Rifampicine (Rifadine, Rimactan, RMP)

Elle est la plus bactéricide et se présente en gélules de 300 mg et en suspension de 2/100.

Ses effets secondaires sont nombreux mais peu fréquents : hépatite, éruption cutanée, troubles digestifs, thrombopénie, somnolence, vertiges et psychose.

Elle est contre-indiquée en cas d'ictère ou d'hépatite et indiquée pour les deux formes de la maladie à la posologie de 10 mg/kg en prise mensuelle supervisée (20, 44).

c. La clofazimine (Lamprène)

Elle a une activité bactéricide modérée mais ses propriétés anti-inflammatoires permettent de prévenir les réactions lépreuses. Les gélules sont dosés à 50 et 100 mg.

Les effets secondaires sont rares, se réduisant à la diarrhée, au prurit, la phototoxicité, sécheresse de la peau, ichtyose, éruptions cutanées et surtout la coloration rouge orangé de la peau saine qui est réversible (20, 44).

Elle est indiquée dans la lèpre lépromateuse à la dose de 5 mg/kg/mois, prise mensuelle supervisée et 50 mg/jour non supervisée.

d. La PCT selon les formes de lèpre (OMS)

Ce schéma a été proposé par le groupe d'experts de l'OMS en 1981 (38).

- Lèpre paucibacillaire

. Rifampicine 600 mg une fois par mois sous surveillance

. Dapsone 100 mg/jour auto-administrée

Ce traitement dure six mois.

- Lèpre multibacillaire

. Rifampicine 600 mg une fois par mois sous supervision

. Clofazimine 300 mg une fois par mois sous supervision

. Dapsone 100 mg/jour auto-administrée

. Clofazimine 50 mg/jour auto-administrée

La durée du traitement était de 24 mois, actuellement elle est raccourcie à 12 mois (4).

2. LES THERAPEUTIQUES NOUVELLES EN COURS D'EVALUATION

Pour raccourcir la durée du traitement et mettre en place une thérapeutique totalement supervisée, on dispose de nouveaux antibiotiques fortement bactéricides sur *M. leprae*. Actuellement trois familles d'antibiotiques répondent à ces exigences (41).

a. Fluoroquinolones

Parmi elles, la pefloxacinine et l'ofloxacinine dont la puissante activité bactéricide sur *M. leprae* a été démontrée chez la souris où 400 mg d'ofloxacinine tuent presque 99.99% de bacilles visibles au début du traitement (10, 11).

L'amélioration clinique est spectaculaire avec des effets secondaires dominés par les nausées, les vomissements, gastralgies, diarrhées, colite pseudo-membraneuse, photosensibilisation, prurit, érythème polymorphe, thrombopénie, tendinite, urticaire, purpura vasculaire, convulsions et syndrome de Lyell.

Les contre-indications sont entre autres la grossesse, l'allaitement, tendinopathie, déficit en glucose 6 phosphate déshydrogénase (G6PD), l'enfant à la fin de la période de croissance et l'épilepsie.

Les indications sont larges, notamment dans les deux formes de la lèpre à la dose de :

800 mg de pefloxacinine/jour
400 mg d'ofloxacinine/jour

b. Minocycline

C'est la seule cycline active sur *M. leprae*.

Les effets secondaires sont constitués par la dyschromie ou l'hypoplasie de l'émail dentaire en cas d'administration chez l'enfant de moins de 8 ans, l'anorexie, la thrombocytopénie, des signes d'hypertension intracrânienne (céphalées, troubles de la vision).

Les contre-indications seront dominées par l'existence de la grossesse, d'une allergie aux tétracyclines et le jeune âge.

Elle est indiquée en cas de maladie de HANSEN à la dose de 100 mg/jour, bien tolérée et entraîne une rapide amélioration clinique car tue 99% des bacilles visibles (41).

c. La clarithromycine

Dérivée de l'érythromycine, ses effets secondaires sont ceux des macrolides : nausées, les vomissements, la gastralgie, les manifestations cutané-allergiques et l'hépatite.

Elle est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale ou hépatique.

Chez l'homme, administrée à la dose de 50 mg/jour, la tolérance est bonne ainsi que l'amélioration clinique (41).

3. LE TRAITEMENT DES FORMES REACTIONNELLES

Il est à base de corticoïdes (prednisone ou prednisolone), de thalidomide et de clofazimine.

3.1 Moyens

Les corticoïdes sont non seulement le moyen le plus efficace pour maîtriser les manifestations les plus graves des réactions mais constituent le seul recours en cas de déficit sensitivo-moteur (44).

Les effets secondaires sont bien connus : ulcère gastro-duodéal, hémorragies digestives, HTA, diabète, complications infectieuses et parasitaires, dépressions de la fonction cortico-surrénale. Donc leurs contre-indications habituelles sont : l'UGD évolutif, l'insuffisance rénale grave, diabète, viroses évolutives, anguillulose, infections sévères.

La thalidomide a comme effets secondaires après une longue administration de type paresthésies douloureuses, crampes des mollets, faiblesse musculaire. Mais c'est son redoutable pouvoir tératogène qui interdit son emploi chez la femme en âge de procréer (44).

La clofazimine, en dehors de ses propriétés anti-bacillaires, a une activité anti-inflammatoire efficace. Mais elle provoque des crampes, des douleurs abdominales, des diarrhées, des vomissements, des adénites douloureuses. Elle est dépourvue d'effets tératogènes.

3.2 Indications et posologie (41)

a. En cas de réaction d'inversion et de névrites isolées

- Forme légère : Aspirine 2-3 g/jour ou Paracétamol 1-3 g/jour
- Forme de gravité modérée : Prednisone 20-25 mg/jour pendant 3 mois

puis

diminution de 5 mg/30 jours.

- Forme grave : Prednisone 60-80 mg/jour jusqu'à l'amélioration clinique

puis

diminution 5 mg/10 jours selon la réponse thérapeutique jusqu'à l'obtention d'une dose d'entretien pendant 3 mois.

b. En cas de réaction de type 2 (ENL)

- ENL mineurs : on donne de l'aspirine ou du paracétamol 2-3 g/jour
- ENL sévères : on distingue 4 formes :

* ENL aiguë simple : on administre la thalidomide 400 mg/jour pendant 3-5 jours puis diminution de 100 mg tous les 8 jours ou la prednisone 40-60 mg/jour pendant 6 jours en diminuant de 5 mg tous les 5 jours.

* ENL grave et névrite déficitaire : on donne la thalidomide associée à la prednisone aux mêmes doses.

* ENL chronique avec plus de deux récurrences : on administre la thalidomide ou la prednisone associée à la clofazimine : 300 mg/jour pendant 3 mois, 200 mg/jour pendant 2 mois et 100 mg/jour.

4. LA PROPHYLAXIE

L'absence de vaccin nous amène à donner beaucoup plus d'importance à l'information, l'éducation et à la sensibilisation de la population, au dépistage et au traitement précoces des cas de lèpre. Les essais d'un vaccin mis au point par génie génétique, sont porteurs d'espoir (28).

NOTRE ETUDE

DEUXIEME PARTIE

I. CADRE DE L'ETUDE

Construit en 1935 et appelé Institut Central de la Lèpre (ICL), il a pris le nom de l'Institut MARCHOUX (IMx) en 1944. Il est implanté dans le quartier de Djicoroni-Para en commune IV du District de Bamako.

C'est un institut de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies en Afrique de l'Ouest (OCCGE).

En janvier 1998, cet institut a été restructuré dans le but de recentrer ses activités sur la lutte contre la lèpre. De cette restructuration sont nées deux entités : une entité demeurée OCCGE dénommée Observatoire de la Lèpre en Afrique (OLA) ; et une entité dévolue au Mali comprenant les services hospitaliers et la grande partie du service administratif.

Notre étude a été menée dans la partie dévolue au Mali, notamment dans les unités de Dermato-léprologie et Léprologie. Tous les consultants de l'Institut MARCHOUX sont d'abord enregistrés au niveau du Bureau des Entrées et dirigés ensuite soit vers la dermatologie, soit vers la léprologie selon le motif de consultation. L'analyse des données et la mise au point de la thèse ont été réalisées à l'OLA.

L'Unité de dermatologie a pour mission :

- Le diagnostic et le traitement des cas de lèpre, des dermatoses et des maladies sexuellement transmissibles (MST). Cette unité dispose de trois salles de consultation et 30 lits d'hospitalisation.
- La recherche clinique et anatomo-pathologique.
- L'enseignement universitaire et post-universitaire.
- La formation pratique des étudiants et personnels de santé en dermatologie.

Quand à l'Unité de léprologie, ses principales attributions sont entre autres :

- Le dépistage des nouveaux cas de lèpre.
- La recherche clinique en léprologie, notamment les essais thérapeutiques de la lèpre.
- Le suivi et l'identification des rechutes chez les malades traités.
- L'encadrement des stages et thèses des agents du Programme National de Lutte contre la lèpre (PNL) et des étudiants

II. MALADES ET METHODE

2.1 Population cible

Tous les consultants de l'Institut MARCHOUX vus en dermatologie et en léprologie ~~durant~~ pendant les années 1988 et 1997.

2.2 Type d'étude

Deux types d'étude ont été menées :

- une enquête retrospective portant sur les dossiers des malades vus en 1988
- une enquête prospective portant sur les malades vus en 1997 (Janvier-Décembre).

2.3 Taille de l'échantillon

Nous avons mené une enquête exhaustive portant sur les malades diagnostiqués lèpre en 1988 (un recueil retrospectif des données a été fait sur les dossiers) et sur les malades diagnostiqués lèpre en 1997 (recueil prospectif des données).

2.4 Critères d'inclusion

- Définition du cas de l'étude retrospective : tout dossier de ~~nouveaux~~ cas de lèpre (jamais traité) établi en 1988.
- Définition du cas de l'étude prospective : a été considéré comme "cas de lèpre" dépisté, un malade nouveau (jamais traité) qui présente un ou plusieurs lésions cliniques avec positivité ou non de la bacilloscopie et qui a besoin de suivre un traitement complet.

2.5 Critères d'exclusion

- Etude retrospective
Les dossiers colligés en dehors de l'année 1988 et les malades traités ou en traitement.
- Etude prospective
Les malades ne répondant pas à la définition du cas.

2.6 La collecte des données

Un questionnaire devant être ^{exploité} administré a été établi pour chaque cas de lèpre tant en étude retrospective que prospective (voir annexe).

Ce questionnaire comportait :

- l'identité du patient
- un interrogatoire portant sur :
 - . la présentation spontanée ou la référence, avec précision de l'origine de cette référence
 - . le motif de consultation
 - . la durée des plaintes
 - . la notion de contagé, l'itinéraire du malade
- un examen clinique complet notamment cutanéomuqueux, neurologique et musculaire.

Cet examen était complété par l'appréciation de l'état général du patient et l'évaluation du degré d'infirmité selon la grille de l'OMS.

Grille de cotation des invalidités

Pieds et mains

Degré 0 : absence d'anesthésie, pas de déformation ni de lésions visibles

Degré 1 : anesthésie, mais pas de déformation ou de lésions visibles

Degré 2 : présence d'une déformation ou d'une lésion visible

Yeux

Degré 0 : absence de problèmes oculaires imputables à la lèpre, aucun signe de perte d'acuité visuelle

Degré 1 : présence de problèmes oculaires imputables à la lèpre, mais aucune baisse d'acuité (acuité au moins égale à 6/60 ; le sujet peut compter les doigts à 6 mètres)

Degré 2 : forte baisse de l'acuité visuelle (inférieure à 6/60 : le sujet ne peut compter les doigts à 6 mètres) (28).

Des examens paracliniques, bacilloscopie et biopsie cutanée étaient demandés permettant la classification clinique, bactériologique et histologique des cas de lèpre trouvés.

2.7 Durée de l'étude

L'enquête retrospective a porté sur des dossiers de cas dépistés en 1988. Par contre, l'enquête prospective a duré douze mois (entre Janvier et Décembre de l'année 1997) et concernait seulement les nouveaux cas de lèpre.

Ces données ont fait l'objet d'une analyse au logiciel Epi-Info.

III. RESULTATS

3.1. Les caractéristiques des cas de l'étude rétrospective (dossiers de 1988)

3.1.1 Les caractères épidémiologiques

Tableau 1 : Répartition des cas en fonction du sexe et de la tranche d'âge

Tranche d'âge	SEX E		TOTAL	%
	Féminin	Masculin		
15 ans et + (Adulte)	26	44	70	80,5
< 15 ans (Enfant)	10	7	17	19,5
	36 (41,4%)	51 (58,6%)	87	100 %

Valeur de P = 0,17 NS

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la fréquence des cas de lèpre selon le sexe.

* *Selon l'âge*

L'âge des cas de lèpre trouvés variait de 5 à 58 ans avec une moyenne d'âge de 25 ans plus ou moins 12,2 (pour 87 patients ayant l'âge précisé). La fréquence des cas de lèpre chez les enfants est inférieure à celle des adultes (17 enfants : 19,5% ; 70 adultes : 80,5%).

* *Selon le sexe*

58,6% des cas de lèpre retrouvés sont de sexe masculin contre 41,4% de femmes. L'âge moyen pour les hommes est de 28,25 et celui des femmes 22,63. Cette différence d'âge selon le sexe n'est pas statistiquement significative.

Tableau 2 : Répartition des cas selon les lieux de provenance

Origine	SEX E		TOTAL	%
	Féminin	Masculin		
Bamako	6	10	16	17,4
Région	30	43	73	79,3
Hors du Mali	2	1	3	3,3
TOTAL	38	54	92	100 %

79,3% des patients observés résidaient en dehors de Bamako contre 17,4% résidant à Bamako. Une faible proportion des patients provenant des pays frontaliers (3,3%). Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la fréquence des cas de lèpre selon la variance origine.

Tableau 3 : Répartition des cas en fonction des délais de consultation

Durée en année	SEX E		TOTAL	%
	Féminin	Masculin		
< 1 an	1	3	4	5,3
1 – 5 ans	27	29	56	74,7
> 5 ans	5	10	15	20,0
TOTAL	33 (44%)	42 (56%)	75 (100%)	100%

Valeur P = 0,51 NS

Le délai de consultation moyen était de 41,2 mois avec une déviation standard de 55,01 sur 75 cas ayant un délai bien précisé. Le maximum de patients avait un délai compris entre 1 et 5 ans, soit 74,7%. Une proportion non négligeable (20%) avait un délai > 5 ans.

Tableau 4 : Répartition des cas en fonction du contact et la tranche d'âge

CONTACT	Tranche d'age		TOTAL	%
	Adulte	Enfant		
Oui	26	8	34	41,0
Non	41	8	49	59,0
TOTAL	67 (80,7%)	16 (19,3%)	83	100%

41% des patients avaient un contact avec un lépreux connu.

3.1.2 Les caractères cliniques

Tableau 5 : Répartition des cas en fonction des lésions cutanées et le sexe

LÉSIONS CUTANÉES	SEX E		TOTAL	%
	F	M		
Macule	22	23	45	48,4
Nodule	6	6	12	12,9
Infiltration	5	7	12	12,9
Macule + Nodule	0	1	1	1,1
Macule + Nodule + Inf.	0	1	1	1,1
Nodule + Infiltration	4	7	11	11,8
Macule + Infiltration	2	9	11	11,8
TOTAL	39	54	93	100 %

La macule hypochromique était la plus fréquente des manifestations cliniques (48,4%) avec un maximum de sujets de sexe masculin (58,1%).

Tableau 6 : Répartition des cas en fonction des signes nerveux

Troncs nerveux	Hypertrophie + Douleur		Pas d'atteinte nerveuse	
	Nombre	%	Nombre	%
Cervical (PCS)	13	14,0	80	86
Cubital (Cu)	37	39,8	56	60,2
Médian (Me)	8	8,6	85	91,4
Radial (Ra)	30	32,3	63	67,7
Sciatique poplité ext. SPE	27	29,0	66	71,0
Tibial postérieur (TP)	0	0 %	93	100 %

Le tronc nerveux le plus touché est le cubital (39,8%) et les moins touchés sont le médian, le cervical. Par contre le tibial postérieur n'étant pas touché (100% des cas).

Tableau 7 : Répartition des cas en fonction des infirmités lépreuses

Degré	Yeux	Mains	Pieds	Infirmité maximum
0 (néant)	90	74	90	71 (76,3%)
1 (trouble sensitif, lésion non visible)	0	1	3	02 (02,2%)
2 (paralyse, ulcération, amputation)	3	18	0	20 (21,5%)
TOTAL	93	93	93	93 (100 %)

Valeur P < 0,05

L'infirmité de degré 2 était plus élevée aux mains avec 18 patients (19,4%) contre 3 patients aux yeux (3,2%) et aux pieds (3,3%). Il existe une différence statistiquement significative entre les degrés d'infirmité selon leurs topographies. L'invalidité de degré 2 > à celle de 1 (21,5% contre 02,2%)

3.1.3 Les caractères paracliniques

Tableau 8 : Répartition des cas en fonction de la forme de lèpre et l'IB maximum

	IB maximum	Forme de lèpre		Total	%
		MB	PB		
0		0	42	42	45,7
1 - 2 - 3		13	0	13	14,2
4 - 5 - 6		37	0	37	40,1
	TOTAL	50	42	92	100 %

Valeur P < 0,05

Le nombre de patients ayant l'index bactériologique maximum ≥ 1 est le plus élevé, 50 individus soit 54,3% des cas sur 92 qui ont fait la bacilloscopie.

Il existe une différence statistiquement significative entre la fréquence de lèpre MB et PB (nombre MB > nombre PB).

Tableau 9 : Répartition des cas en fonction de la forme de lèpre et l'image anatomopathologie

	Histologie	Forme de lèpre		Total	%
		MB	PB		
I		0	3	3	5,9
TT		0	13	3	5,9
BT		1	13	14	27,5
BL		2	0	2	3,9
LLs		26	0	26	51,0
LLp		2	0	2	3,9
LL		1	0	1	2,0
	TOTAL	32	19	51	100 %

Valeur P < 0,05

Il y a une différence statistiquement significative entre la forme clinique de lèpre et l'aspect anatomopathologie. La lèpre lépromateuse était la plus fréquente parmi les 51 biopsies qui ont été effectuées, soit 51,0%.

Pour un cas de lèpre BT une histologie MB a été observée.

La majorité des formes MB avait une image anatomopathologie de lèpre intermédiaire susceptible de réaction

Tableau 10 : Répartition des cas en fonction de la forme de lèpre et le nombre de lésions

Nombre de lésions	Forme de lèpre		Total	%
	MB	PB		
≤ 5	3	41	44	47,3
> 5	48	1	49	52,7
TOTAL	51	42	93	100 %

Valeur P < 0,05

52,7% des patients avaient le nombre de lésions > 5, soit 49 individus contre 47,3%, soit 44 individus qui avaient le nombre de lésions ≤ 5.

51 patients étaient de forme MB contre 42 de forme PB.

Il y a une différence statistiquement significative entre les effectifs des formes de lèpre classées selon le nombre des lésions.

Sur le terrain, 3 cas MB auraient pu être classés PB et 1 cas PB pourrait être considéré MB en dehors de la pratique d'une bacilloscopie.

Tableau 11 : Répartition des cas selon la classification clinique et bactériologique

Classification clinique	Classification bactériologique		Total
	MB (IB > 0)	PB (IB = 0)	
> 5 lésions	48	1	49
≤ 5 lésions	3	41	44
TOTAL	51	42	93

La valeur prédictive positive de la classification clinique (MB : 97,9%) avec intervalle de confiance à 95% [82,8 – 98,5]. Et la valeur prédictive positive (PB : 93,2%) de la classification clinique 97,6% avec l'IC à 95% [85,9 – 99,9].

3.2 Les caractéristiques des cas de l'étude prospective (1997)

3.2.1 Les caractères épidémiologiques

Tableau 12 : Répartition en fonction du sexe et de la tranche d'âge des sujets

Tranche d'âge	SEXE		Total
	Féminin	Masculin	
Adulte (15 ans et +)	54	52	106 (89,1%)
Enfants (< 15 ans)	3	10	13 (10,9%)
TOTAL	57 (47,9%)	62 (52,1%)	119 (100 %)

Valeur de P = 0,057 NS

L'âge des cas de lèpre trouvés varie de 8 à 73 ans avec une moyenne d'âge de 33,8 ans \pm 16,7. La fréquence des cas de lèpre chez les enfants, était également inférieure à celle des adultes, soit respectivement 13 patients (10,9%) et 106 patients (89,1%).

52,1% des cas recensés étaient de sexe masculin. L'âge moyen pour les femmes est de 34,58 et celui des hommes est de 33,13. La différence est statistiquement non significative (P = 0,64).

Tableau 13 : Répartition des cas selon leur origine

Origine	SEXE		Total	%
	Féminin	Masculin		
Bamako	16	11	27	22,7
Région	10	10	20	16,8
Hors du Mali	31	41	72	60,5
TOTAL	57 (47,9%)	62 (52,1%)	119	100 %

Valeur de P = 0,34 NS

60,5% des sujets de lèpre étaient originaires des régions ; 22,7% originaires de Bamako et 16,8% résidaient hors du Mali.

Tableau 13 : Répartition des cas selon les délais à la consultation

Durée en année	SEX E		Total	%
	Féminin	Masculin		
< 1 an	17	18	35	29,4
1 - 5 ans	28	36	64	53,79
> 5 ans	6	1	7	5,88
Inconnue	6	7	13	10,32
TOTAL	57	62	119	100 %

Valeur P = 0,13 NS

Le délai de consultation moyen est de 26,07 mois \pm 36,73 sur 106 cas. 13 patients avaient un délai inconnu.

Plus de la moitié des cas avait une durée d'évolution comprise entre 1 et 5 ans, soit 53,79% des cas.

Tableau 14 : Répartition des cas en fonction du motif de consultation et le sexe

Motif	SEX E		Total	%
	Féminin	Masculin		
Suspicion de lèpre	7	15	22	18,5
Autres*	50	47	97	81,5
TOTAL	57	62	119	100 %

Valeur P < 0,05

22 patients, soit 18,5% ont suspecté la lèpre et 97 patients soit 81,5% se sont présentés pour une dermatose non lèpre sans suspecter la lèpre. Les signes de lèpre sont masqués par ces dermatoses.

Autres* :

- Chéloïde
- Dystrophie unguéale
- Eczéma
- Mycoses (Dermatophytie, Onychomycose, Pityriasis versicolor, Pied d'Athlète)
- Naevus
- Vitiligo
- Xérose

Tableau 15 : Répartition des sujets en fonction du contage et de la tranche d'âge

Notion de contage	S E X E		Total	%
	15 ans et + (Adulte)	< 15 ans (Enfant)		
Oui	40	5	45	37,8
Non	66	8	74	62,2
	106	13	119	100 %

Valeur de P = 0,5 NS

Parmi les 119 patients enquêtés, 45 avaient eu un contact avec un lépreux connu, soit 37,8% et 74 n'ont pas eu de contact, soit 62,2%. La tranche d'âge adulte est plus représentée (106 cas).

3.2.2 *Les caractères cliniques*

Tableau 16 : Répartition des sujets en fonction des lésions cutanées et le sexe

Lésions cliniques	S E X E		Total	%
	Féminin	Masculin		
Macule	45	40	85	71,4
Nodule	1	2	3	2,5
Infiltration	0	2	2	1,7
Macule + Nodule	4	2	6	5,0
Macule + Nodule + Infiltration	1	1	2	1,7
Nodule + Infiltration	3	2	5	4,2
Macule + Infiltration	3	13	16	13,4
TOTAL	57	62	119	100 %

Valeur de P = 0,14 NS

La macule hypochromique est également la plus fréquente (71,4%) des cas. Ceci est l'expression du diagnostic précoce mais une tendance à la manifestation de plus en plus discrète de la lèpre.

Tableau 17 : Répartition des sujets en fonction des infirmités aux yeux, mains et pieds

Degré	Yeux	Mains	Pieds	Infirmité maximale
0 (néant)	90	89	102	71 (59,7%)
1 (trouble sensitif, lésion non visible)	25	29	15	46 (38,7%)
2 (paralysie, ulcération, amputation)	4	1	2	02 (01,7%)
TOTAL	119	109	119	119 (100%)

Valeur P < 0,05

L'infirmité de degré 2 est plus élevée aux yeux avec 4 patients, soit 3,4% contre 1,7% aux pieds et 0,8% aux mains, soit respectivement 2 et 1 patients.

3.2.3 Les caractères paracliniques

Tableau 18 : Répartition des sujets en fonction de la forme de lèpre

IB maximum	Forme de lèpre		Total	%
	MB > 5 lésions	PB ≤ 5 lésions		
0	1	74	75	63,0
1 - 2 - 3	25	0	25	21,0
4 - 5 - 6	19	0	19	16,0
TOTAL	45	74	119	100 %

Valeur de P < 0,05

Le nombre de patients ayant l'index bactériologique = 0 est plus fréquent 63,0% (75 patients) contre 37% de forme MB (44 patients).

Tableau 19 : Répartition des sujets en fonction de la forme de lèpre et la biopsie

Histologie	Forme de lèpre		Total	%
	MB	PB		
I	3	3	6	20,0
TT	0	1	1	3,3
BT	0	15	15	50,0
LL	7	1	8	26,7
TOTAL	10	20	30	100 %

Valeur de P < 0,05

La lèpre borderline tuberculoïde est la plus fréquente parmi les 30 biopsies effectuées, soit 50,0% des cas. Il y a une différence statistiquement significative de concordance entre la forme clinique de lèpre et l'aspect anatomopathologique.

Tableau 20 : Répartition des sujets en fonction de la forme et le nombre de lésions

Nombre de lésions	Forme de lèpre		Total	%
	MB	PB		
≤ 5 lésions	4	74	78	65,5
> 5 lésions	40	1	41	34,5
TOTAL	44	75	119	100 %

Valeur de P < 0,05

65,5% des patients avaient le nombre de lésions ≤5 et 34,5% ont présenté des lésions > 5. Parmi ceux-ci 44 forme MB et 75 PB. Il y a une différence statistiquement significative entre les formes de lèpre classées selon le nombre de lésions.

La valeur prédictive positive (MB) de la classification clinique 97,6% avec l'intervalle de confiance à 95% [85,6 – 99,9] et la valeur prédictive négative (PB) de la classification clinique 94,9% avec l'intervalle de confiance à 95% [86,7 – 98,3].

3.3 Comparaison des résultats de deux études

L'âge moyen des patients de 1988 était inférieur à celui de 1997 (25,9 et 33,8). Les adultes étaient plus représentés ainsi que le sexe masculin au cours des deux études. De même la majeure partie des patients résidaient dans les régions avec une durée moyenne d'évolution plus longue pour les patients de 1988.

Seulement 35 cas de contagie ont été signalés en étude rétrospective contre 45 en prospective.

Tableau 21 : Comparaison en fonction des caractères épidémiologiques des deux études

	Année 1988	Année 1997	Valeur de P
Nombre de cas	93	119	
Age moyen	25,9 ± 12,2	33,8 ± 16,7	< 0,001
Tranche d'âge	Enfant 17	Enfant 13	NS
	Adulte 70	Adulte 106	
Sexe	Homme 54	Homme 67	NS
	Femme 39	Femme 57	
Délai moyen de consultation	41,2 mois	26,07 mois	= 0,02
Motif consultation	Suspicion 93	Suspicion 22	
Notion de contagie	35 cas	45 cas	NS
Origine	Bamako 16	Bamako 27	= 0,002
	Région 73	Région 72	
	Hors Mali 3	Hors Mali 20	

Tableau 22 : Comparaison en fonction des caractères cliniques des deux études

	Année 1988	Année 1997	Valeur de P
Nombre de macule	45	85	< 0,001
Nombre de lésions	≤ 5 lésions = 44	≤ 5 lésions = 78	0,007
	> 5 lésions = 49	> 5 lésions = 41	
Forme de lèpre	MB : 51	MB : 44	0,009
	PB : 42	PB : 75	
Infirmité de degré 2	20 (21,5%)	2 (1,7%)	< 0,001
Hypertrophie maximum	Cubital 37 (39,8%)	Cubital 41 (34,4%)	NS

Le nombre de macule hypochromique en étude prospective est plus élevée par rapport à l'étude rétrospective. Mais la forme de lèpre MB avec lésions > 5 était plus fréquente en 1988 qu'en 1997.

De même l'infirmité de degré 2 était plus élevée avec une moindre atteinte du nerf cubital (39,8%) qu'en étude prospective.

Tableau 23 : Comparaison en fonction des caractères paracliniques des deux études

	Année 1988	Année 1997	Valeur de P
IB maximum	0 = 42 (45,7%) 1 - 2 = 13 (14,2%) 4 - 6 = 37 (40,1%)	0 = 75 (63%) 1 - 3 = 25 (21%) 4 - 6 = 19 (16%)	< 0,001
Histologie	I : 3 (5,9%) BT : 14 (27,4%) LL : 29 (56,9%)	I : 6 (20%°) BT : 15 (50%) LL : 8 (26,7%)	< 0,008

L'IB = 0 était plus représenté au cours des deux études. La lèpre lépromateuse occupait plus de 50% des résultats de l'histologie en étude rétrospective. Par contre la lèpre borderline tuberculoïde occupait la première place avec 50% en 1997.

Il y a des différences statistiquement significatives entre le nombre PB en 1988 et 1997, de même entre le nombre MB en 1988 et 1997. En histologie, on note beaucoup plus de MB en 1988 qu'en 1997.

Tableau 24 : Comparaison en fonction de la classification clinique et bactériologique des deux études

Année 1988			
Classification clinique	MB (IB > 0)	PB (IB = 0)	Total
> 5 lésions	48	1	49
≤ 5 lésions	3	41	44
Total	51	42	93
Année 1997			
> 5 lésions	40	1	41
≤ 5 lésions	4	74	78
Total	44	75	119

Valeur P < 0,05

Le nombre de patients ayant l'IB > 0 était de 49 en étude rétrospective contre 44 en étude prospective.

L'IB = 0 était plus nombreux en étude prospective qu'en étude rétrospective, soit 75 patients contre 44.

Il y a concordance entre la classification clinique et bactériologique.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4.1. SUR LES CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES DES DEUX ETUDES

4.1.1 L'âge

Sur le plan de l'âge des patients, les résultats des deux études ont montré que la tranche d'âge jeune était moins touchée que celle des adultes : 19,5% d'enfants contre 80,5% d'adultes en étude rétrospective et 10,9% d'enfants contre 89,1% d'adultes en étude prospective.

Cette prédominance de cas de lèpre chez les adultes par rapport aux cas chez les enfants démontre qu'en zone endémique, la lèpre se contracte dans l'enfance et se manifeste à l'âge adulte. Ceci s'expliquerait par une méconnaissance et/ou une négligence des signes précoces de la maladie dans cette tranche d'âge.

Ce résultat est conforme aux données récentes (33) qui montrent que seulement 10,3% des enfants de moins de 15 ans sont atteints de la maladie dans le monde en 1998, parmi les cas nouvellement dépistés.

4.1.2 Le sexe

La répartition selon le sexe montre un plus grand nombre de sujets de sexe masculin au cours des deux études. Cette prédominance de la morbidité lépreuse dans le sexe masculin ne démontre pas la sensibilité d'un sexe masculin au bacille par rapport au sexe féminin ; mais dépend surtout des situations épidémiologiques diverses. Elle s'explique par la plus grande participation des hommes à la vie sociale. Ils ont ainsi plus de chance d'avoir des contacts infectants.

4.1.3 L'origine des patients

La majorité des cas dépistés résidaient dans les régions 79,3% en 1988 et 60,5% en 1997. Ce qui dénote une diminution du nombre de cas dans les campagnes que dans les villes où on note : 17,4% en 1988 et 22,7% en 1997.

La population rurale, quoique moins dense, a tendance à vivre en promiscuité que celle urbaine. D'où le nombre plus élevé de cas parmi cette population rurale.

4.1.4 Les délais de consultation

Concernant le délai de consultation avant le dépistage, la majorité des patients se sont présentés en consultation entre 1 et 5 ans au cours des deux études : 74,7% en 1988 avec une moyenne de 41,2 mois, soit 3,43 ans et 53,79% en 1997, dont la moyenne est de 26,7 mois, soit 2,22 ans.

L'écart est de 14,5 mois, soit 1,21 an. Ceci démontre que les patients de 1997 ont consulté un peu plus tôt que ceux de 1988. Mais en somme, ces résultats dénotent une méconnaissance des signes de début de l'affection au sein des individus pendant les deux études.

Cependant on constate un raccourcissement du délai de consultation entre les patients de 1988 et 1997 ; ce qui est l'expression d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

4.1.5 Le motif de consultation

En étude rétrospective, parmi les 93 cas de lèpre nouveaux retrouvés, la suspicion de lèpre par les patients n'était pas mentionnée dans les dossiers. Par contre en étude prospective, 22 patients soit 18,5% ont suspecté la maladie. Ce résultat nous révèle une insuffisance d'information sur les manifestations cliniques de la maladie comme en témoigne une étude menée à l'Institut MARCHOUX en 1996 (46) avec moins d'un tiers de la population (31%).

Ce qui explique les retards de consultation entraînant ainsi l'installation des infirmités graves.

4.1.6 La notion de contagion

La notion de contagion n'a pas pu être établie chez la majorité des patients au cours des deux études. Ce qui rend difficile l'identification de la source de contagion de la maladie. Cependant quarante cinq (45) patients ont affirmé avoir eu un contact un hansénien en 1997 contre trente cinq (35) en 1988. Ce qui soutient l'idée que la lèpre est une maladie de contagion domiciliaire et est conforme aux résultats des travaux de Benjamin en Indonésie (42).

Ces résultats montrent également que la lèpre est d'une contagion lente et d'une contagiosité limitée.

La lenteur et la limitation de la contagion et de la contagiosité sont donc des facteurs très favorables permettant le contrôle et l'éradication du fléau dans les pays d'endémie.

4.2 SUR LES CARACTERES CLINIQUES

4.2.1 Les signes cutanés

La prédominance de la lésion maculaire (48,4% en 1988 et 71,4% en 1997) est en faveur du dépistage précoce.

Cependant le nombre de lésion > 5 lésions plus fréquent au cours de l'étude rétrospective (52,7%) par rapport à l'étude prospective (34,5%) démontre que les formes de lèpre sévères régresse d'année en année. Ce qui s'expliquerait par l'extension de la couverture PCT à l'ensemble de la population et aux stratégies de dépistage précoce.

4.2.2 Les signes nerveux

L'hypertrophie nerveuse associée à la douleur qui a été constatée sur les principaux nerfs avec une fréquence plus élevée pour le cubital et le radial (voir tableau 6-17), semble liée à la position trop superficielle de ces nerfs par rapport aux autres tels le médian et le tibial postérieur qui sont plus difficiles à palper. Et non une préférence du bacille d'un nerf par rapport à l'autre.

Une étude récente menée à l'Institut MARCHOUX a montré une fréquence élevée de l'atteinte du médian (70%) et du sciatique poplité externe (60%) (21).

4.2.3 La forme de la maladie

La proportion élevée de cas de lèpre multibacillaire en étude rétrospective (54,8%) par rapport à l'étude prospective (37%) nous montre que le profil des nouveaux cas de lèpre change avec environ 21,5% d'infirmité de degré 2 en 1988 contre 1,7% en 1997. D'où le besoin important consiste en la détection et au traitement précoces avant l'installation des incapacités graves.

4.3 Sur les caractéristiques paracliniques

Concernant l'index bactériologique maximum, le nombre de patients ayant le frottis négatif était plus élevé en 1997 avec 75 patients (63%) qu'en 1988 où 42 patients, soit 45,7% avaient un frottis cutané négatif.

En fonction des résultats de la biopsie, la lèpre lépromateuse est apparue au premier plan avec 29 patients, soit 56,9% de l'ensemble des biopsies pratiquées en

cours de l'étude rétrospective. Dans l'étude prospective la lèpre borderline tuberculoïde était la plus fréquente avec 15 patients soit 50,0% de l'ensemble des biopsies effectuées.

D'autre part, quatre patients classés cliniquement multibacillaires étaient des paucibacillaires à la biopsie (trois en étude rétrospective et un en étude prospective). Et un patient classé cliniquement paucibacillaire était multibacillaire à la biopsie.

Avec ce résultat, nous devons craindre la survenue de résistance de *M. leprae* aux nouveaux antibiotiques ou de rechute précoce. En effet, les multibacillaires classés paucibacillaires bénéficieront du court schéma thérapeutique et ceux paucibacillaires classés multibacillaires auront un long schéma thérapeutique.

D'où la nécessité d'être vigilant de la part des personnels de santé au cours du dépistage afin d'éviter d'éventuelle résistance. Par ailleurs, la majorité des MB avait une histologie de lèpre interpolaire. Ceci peut faire craindre la survenue fréquente des cas d'ENL.

4.4 Sur la classification clinique et bactériologique

Parmi les cas de lèpre diagnostiqués en 1988, sur 51 patients classés cliniquement MB, 3 patients avaient le frottis cutané négatif. Et sur 42 malades classés cliniquement PB, un patient avait l'IB positif.

De même en étude prospective, parmi 41 patients MB (nombre de lésions > 5), un patient avait le frottis cutané négatif (IB = 0). Et 78 patients PB (nombre de lésions ≤ 5) 4 patients avaient le frottis cutané positif (IB > 0).

Ces résultats rendent compte que la nouvelle classification basée uniquement sur la clinique en l'absence de bacilloscopie fiable, nécessite un examen clinique minutieux de la part des personnels de santé impliqués dans la détection de nouveaux cas. Sinon la tendance actuelle qui est de 58% de PB contre 42% de MB (33) risque d'être inversée d'ici la date prévue pour l'élimination du fléau. Cependant la diminution de la prévalence a continué ces dix dernières années : 54,8% de MB en 1988 et 37% en 1997. Ce résultat est à l'actif des progrès importants qui ont été réalisés dans le cadre de la PCT dans les principaux pays d'endémie. D'où la nécessité d'encourager les activités destinées à accroître cette couverture PCT grâce à des campagnes d'IEC.

CONCLUSION

À l'heure actuelle où nous disposons de stratégies de dépistage mises en oeuvre à l'échelle mondiale, notamment dans les pays d'endémie, le profil épidémiologique et clinique des nouveaux cas change. En effet on note :

- **Sur le plan épidémiologique :**

- un vieillissement de l'âge des malades (de 80,5% en 1988 à 89,1% en 1997),
- une prédominance de la maladie dans le sexe masculin que féminin au cours des deux études,
- une fréquence plus élevée de cas dans la population rurale.

- **Sur le plan clinique :**

- un plus faible taux de lépromateux (nombre de MB < PB) et de formes plus évoluées au cours de l'étude prospective que rétrospective,
- une prédominance de la lèpre maculaire parmi nos cas pendant les deux études,
- une faible proportion de la contagion et de la contagiosité
- un raccourcissement des délais de consultation
- une méconnaissance des signes de plus en plus discrets de la maladie (prédominance des formes maculaires) chez la majorité des patients qui consultent pour autres dermatoses qui masquent les signes de début de la lèpre.

RECOMMANDATIONS

- Intensifier la formation du personnel et mettre en place les services de santé capables de diagnostiquer et traiter précocement la lèpre. Une connaissance approfondie des aspects cliniques et épidémiologiques des nouveaux cas de lèpre doit être un outil essentiel pour les personnels médicaux et paramédicaux afin de permettre un diagnostic et un traitement précoces, mais aussi de prévenir les incapacités dues à la maladie de Hansen.
- Responsabiliser davantage les services de dermatologie dans le dépistage précoce de la lèpre, vu le nombre élevé de cas d'association des dermatoses à la lèpre.
- Informer la communauté des signes précoces et du caractère curable de la maladie de HANSEN, parfois à travers les campagnes d'information (presse, radio, télévision).
- Etendre la couverture PCT à l'ensemble de la population cible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Acta Leprologica 1993 Volume 8, n°3 121-125. Nombre estimatif de cas de lèpre dans le monde*. NOORDEEN (S.K)¹, LOPEZ BRAVO (L)² et SUNDARESAN (T.K)³
2. Acta Leprologica 1996 : Volume 10, n°1, page 310 : Mise au point : stratégie d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique*. DAUMERIE (D.)
3. Acta Leprologica 1996 Numéro spécial. Place de la consultation dermatologique dans le dépistage précoce de la lèpre. KEITA (S), DIAWARA (KH), – Unité de Dermato-léprologie Institut Marchoux, Bamako Mali.
4. Association des Léprologues de langue française, Bulletin Novembre 1997 numéro 2, page 2-15. Dr BOBIN P., Pr ASSE H.
5. ATKIN S.L., EL BHOBAREY A, KAMEL M, OWEN JP, DICK WC : Clinical and laboratory studies of arthritis in leprosy. British medical Journal 1989. 298 : 1423-1425
6. BASSET A, GROSSHANS E. "La lèpre", Encycl. Med. Chir. (Paris) Dermatologie 12520A¹⁰. 5-1985, 12.
7. CALAS E, BONERANDI J.J, CASTELAIN J.Y, BRETON A, PENE P et BLANC F : Maladie de Hansen type L à évolution histoïde
8. DOUL J.A, GUINTO R.S, RODRIGUEZ J.M, BANCROFT H. "The incidence of leprosy in cordovia ant Talisay Celui. Philippines". International Journal of Leprosy 1942 10 107-131
9. Epidemiologie tropicale sous la direction du Pr NGUYEN Tang. Am. "Lèpre" Epidémiologie et clinique. Agence de Coopération culturelle et technique 1988.
10. GROSSET J.H, GUELPA-LAURAS C.C, PERANI E.G, BEOLEHIO C. "Activity of ofloxacin against *M. leprae* in the mousse". International Journal of Leprosy 1988 56 259-264

11. GUELPA-LAURAS C.C, PERANI E.G, GIROIR A.M, GROSSET J.H. "Activities of pefloxacin and ciprofloxacin against *M. leprae* in mouse" International Journal of Leprosy 1987 55 70-77
12. HASTINGS R.C, Leprosy, CHURCHILL Livingtone, Edinburgh, 1985
13. JOPLING W.H, MC-DOUGALL A.C, Handbook of leprosy, William HEINEMANN. Medical Books . Londres 4e édition. 1988
14. JAMET P, PERANI E.G, GROSSET J.H. "Powerfull bactericidal activities of clarithromycin and minocyclin against *M. leprae* in lepromatous leprosy". J. INF. Dis 1993, 168, 188. 1990
15. JOLY P, LESSANA Leibouwitch M, MASSIF A, GARIN I? FOUCHARD J, ESCANDE J.P, Lèpre autochtone chez un patient traité pour pemphigus superficiel. Annales de Dermato-vénéréologie Volume 118, numéro 6 1, 91
16. KAUR G. et al., "A clinical, immunological and histological study of nevritic leprosy patients", Int. J. Lep., 1991, 59, 385-391.
17. LANGUILLON J. Précis de léprologie. Masson 1986. 2e édition 389 pages
18. LANGUILLON J Acta Leprologica, 1987, 4 283-295
19. LEICKER D.L, MC-DOUGALL A.C. Examen microbiologie dans la lèpre. Association Française Raoul Follereau. 1986 35 pages
20. Marc GENTILLINI : Médecine tropicale. 5e édition. Nouveau tirage actualisé 1996. 929 pages
21. MOHAN L, SHARMA N.K, SANGAL R, ARORA S.K. Lepromatous leprosy in children report of six case of histoid variety. BRD medical coll/Gorakhpun 270013/INdia Journal of Leprosy 89. 61. 103-106
22. METHA S.D, HANDA L.L, DOWN G, HANDA S.J. Kaur I. "Lymphocutaneous sporotrichosis. Leprosy Review volume 66 n°3. Septembre 1995

23. MECHALI D, COULAUD J.P. "Anti-lépreux", in Pharmacologie clinique. Bases de la thérapeutique, Giroud S.P, MATHE G, MEYNIEL G. 2e édition 1988. 1574-1583
24. NOORDEEN S.K. "Evolution of tuberculoid leprosy in a community". Leprosy in India 1975, 47, 75-93
25. NOORDEEN S.K. "Epidemiology of (poly) nevritic type of leprosy". Leprosy in India 1972, 44, 90-96
26. NOORDEEN S.K. "Mortality in leprosy" India Journal of Medical research, 1972, 60, 439-445
27. N'DELI, GUELPA-LAURAS C.C, PERANI G, GROSSET J.H. "Effectiveness of pefloxacin in the treatment of lepromatous leprosy". International Journal of Leprosy 1990, 58 12-18
28. NOMAGUICHI HIRATO AYE TM., YOGI Y, OKAMURA H, MIYATA M, SATO Y. : Gene vaccination for *M. leprae* hsp 65 using plasmid DNA carrying immunostimulatory sequences (M114, P46, Abstracts : 15e Congrès International de la lèpre, Beijing). Septembre 98
29. Organisation Mondiale de la Santé Genève. Guide de la lutte antilépreuse 1989 2e édition
30. Organisation Mondiale de la Santé, Série de rapports techniques 716, 1985, Epidémiologie de la lutte antilépreuse. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS
31. OMS, Série de rapports techniques, n°768, 1988, Comité OMS d'experts de la lèpre, 6e édition
32. OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1997, 72, 165-172
33. OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire Mai 1998, 73, 153-160
34. PATTYN S.R, DOCHX P, CAP J.A. Lèpre : microbiologie, diagnostic, traitement et lutte. Masson. Paris 1981, 112
35. Programme National de lutte contre la lèpre au Mali : "Lutte antilépreuse" Décembre 1991

36. PEARSON J.M.H, ROSS W.F. "Nerve involvement in leprosy : pathology, differential diagnosis and principales of management" *Leprosy Review*, 1975, 46, 199-212
37. PERANI E.G, GROSSET J.H. "Effectiveness of clarithromycin and minocyclin alone in combination against *M. leprae* infection in mice", *Antimicrob, Agents chemother .British. International Journal* 1991, 35, 579-581
38. Programme d'Action pour l'élimination de la lèpre. WHO/Lep/95.1
39. REMESH V, UNA Saxena, MISRAAND R.S., MUKHERJEE A, Post Kala . Azar dermal leishmaniasis : a case report strikingly ressemblous lepromatous leprosy. Volume 62, n°2. Juin 1991 *Leprosy Review*
40. RIDLEY D.S, JOPLING W.H. "Classification of leprosy according to immunity : a live group system". *International Journal of Leprosy* 1966, 34, 255-273
41. SANSARRICQ H. La lèpre "Médecine tropicale" Pr Marc GENTILLINI
42. SAYLAN T, SULAS M, YUKSEL A, CAKINER T, AYTEKIN H. "The characteristics and mode of detection of the new patient encountered in the leprosy endemic province of van within the last live years. *Indian Journal of Leprosy* 1989, 61, 225-228
43. SOSHAMMA G and SUNYAWANSKI : Eye lesions in leprosy. *Leprosy Review*
44. THANGARAJ R.H, YAWALKAR S.J. La lèpre pour les médecins et le personnel paramédical. 3e édition. CIBA GEIGY Bâle Suisse 1988 115 pages
45. TRAORE M. Etude comparative de deux stratégies de dépistage de cas de lèpre à Kita. Thèse de Médecine 1997
46. WHO Expert Comitee of leprosy Fifth report Geneva : World Health Organization 1977 Tech. Report Ser 607

47. WHO Study group chemotherapy of leprosy for control programme Geneva : World Health Organization 1982. Tech. Rep. Ser 675
48. WADE H.W. "The histoïd variety of lepromatous leprosy". International Journal of Leprosy 1963, 31, 129-142
49. WHO Guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. 1995.

ANNEXES

FICHE ENQUETE

(Etude rétrospective)

I. Identification

Nom..... Prénom.....

Age..... Sexe (M/F).....

Profession.....

Résidence rurale.....

II. Motif de consultation

. Lèpre oui...../___/ Non...../___/

Signes : _____

. Autres : _____

. Durée évolutive _____

IV. Description cliniques des cas

1. Macules : Nombre...../___/

Topographie...../___/

Taille...../___/

Symétrie...../___/

2. Nodules : Nombre...../___/

Topographie...../___/

Taille...../___/

Symétrie...../___/

3. Infiltration : Nombre...../___/

Topographie...../___/

Taille...../___/

Symétrie...../___/

4. Hypertrophie des troncs nerveux

Sus orbitaire...../___/

Cervical...../___/

Cubital...../___/

Radial...../___/

Médian.../___/

Tibial antérieur.../___/

Tibial postérieur.../___/

5. Infirmités

Degré 0.../___/

Degré 1.../___/

Degré 2.../___/

6. Notion de contagage _____ Oui /___/ Non /___/

V. Examens cliniques et paracliniques

. Forme de lèpre : PB.../___/

MB.../___/

. Bacilloscopie... Oui /___/ Non /___/

. Biopsie : Oui.../___/ Non.../___/

FICHE ENQUETE

(Etude prospective)

I. Identification

Nom..... Prénom..... Age (en année)..... Sexe (M/F).....
Profession..... Résidence à Bamako.....
Résidence habituelle..... Ethnie.....

II. Mode de présentation à la consultation

. Référence..... Origine.....
. Présentation spontanée.....oui /__ / non /__ /

III. Motifs de consultation

. Suspicion de lèpre oui...../__ / non...../__ /
Si oui, noter symptômes décrits par le malade :

. Autres motifs à préciser _____

. Durée évolutive des motifs de consultation _____

IV. Description cliniques des cas

- Macules : Nombre...../__ /
Topographie...../__ /
Taille...../__ /
Symétrie...../__ /
- Nodules : Nombre...../__ /
Topographie...../__ /
Taille...../__ /
Symétrie...../__ /
- Infiltration : Cutanée...../__ /
Diffuse...../__ /
Circonscrite (Topographie)...../__ /
- Hypertrophie des troncs nerveux
Sus orbitaire:..../__ /
Cervical..../__ /
Cubital..../__ /
Radial..../__ /
Médian..../__ /
SPE..../__ /

Tibial antérieur.../___/

Tibial postérieur.../___/

- Atteinte oculaire

Conjonctive.../___/

Cécité.../___/

Kératie.../___/

Lagophtalmie.../___/

- Troubles de la sensibilité

Territoires cutanés.../___/

Cornée.../___/

- Troubles trophiques

. **Xérose cutanée**

Diffuse.../___/

Circonsrite/Topographie.../___/

. **Amyotrophie (topographie)**

Loge thénar.../___/

Loge hypothénar.../___/

Inter osseux.../___/

Pied plat.../___/

. **Griffes**

Cubiales.../___/

Cubito-médianes.../___/

Mal perforant plantaire.../___/

V. Examens cliniques et paracliniques

- Diagnostic d'une lèpre

. Forme cliniques.../___/

. Bacilloscopie.../___/

. Biopsie : oui.../___/ non.../___/

Si oui, décrire l'aspect anatomopathologique : _____

. lèpre isolée.../___/

. lèpre associée à d'autres pathologies, lesquelles :

. lèpre en rapport avec le motif de consultation (suspectée)

oui.../___/ non.../___/

. lèpre diagnostiquée fortuit : oui.../___/ non.../___/

. notion de contagé : oui.../___/ non.../___/

Si oui, préciser le degré de contact :

Permanent.../___/

Intermittent.../___/

Liens de parenté avec le malade :

Date :

Lieu de recrutement.....

Nom de l'enquêteur

Les Aspects cliniques et épidémiologiques des nouveaux cas de lèpre dépistés à l'Institut MARCHOUX :

Etude rétrospective (année 1988) et étude prospective (année 1997)

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Dermatologie

RESUME

La lèpre est une maladie infectieuse, faiblement contagieuse, à manifestation cutané-nerveuse et/ou systémique. Elle sévissait autrefois dans tous les continents.

En Afrique, très peu d'études récentes ont été faites sur les aspects cliniques et épidémiologiques relatives aux cas de lèpre et notre étude est la première au niveau national. Elle a pour but de comparer les différents aspects cliniques et épidémiologiques des cas de lèpre dépistés en 1988 et 1997 (environ 10 ans).

Au cours de ces deux études qui ont porté sur 214 patients dont 93 dossiers en étude rétrospective et 119 patients en étude prospective, les aspects cliniques et épidémiologiques ont varié en fonction des individus et du milieu de vie socio-économique selon les deux années.

Au total nous avons noté, au point de vue épidémiologique :

- une diminution de la fréquence de la lèpre infantile (de 19,5% en 1988 à 10,9% en 1997)
- l'atteinte du sexe masculin est prédominant au cours des deux années (58,1% d'hommes contre 41,9% de femmes en 1988 ; 52,10% contre 47,89% en 1997)
- le nombre de cas de lèpre a diminué chez les urbains entre 1988 et 1997 ; cependant la prédominance observée chez les ruraux est la même au cours des deux années de 79,3% en 1988 à 60,5% en 1997)
- une diminution du délai de consultation entre 1988 et 1997 (3 ans en 1988 et 2 ans en 1997)
- l'atteinte par la lèpre ne semble pas exclusivement liée au contagement (39,8% en 1988 et 37,8% en 1997) avec la lenteur et la limitation de la contagiosité.

Au point de vue clinique :

– la lèpre maculaire est actuellement la plus observée (48,4% en 1988 contre 71,4% en 1997).

Ceci révèle que les formes nodulaires et caricaturales diminuent, rendant le diagnostic de lèpre de plus en plus difficile. La majorité des patients viennent consulter pour dermatoses sans suspecter la lèpre (81,5%),

– la multiplicité des lésions en 1988 a cédé la place au petit nombre de lésions en 1997 (52,7% ont plus de 5 lésions et 65,5% ont moins de 5 lésions),

– la fréquence des formes de lèpre est inversée entre les deux années (54,8% de MB et 45,2% de PB en 1988 ; 37% de MB et 63% de PB en 1997),

– les invalidités graves (degré 2) s'observent de plus en plus rarement (21,5% en 1988 contre 1,7% en 1997).

Ces faits rendent compte que les formes graves de lèpre reculent d'année en année, surtout avec les progrès réalisés dans le cadre de la polychimiothérapie (PCT) mais l'IEC pour le dépistage précoce et le traitement doit être de plus en plus renforcée au sein des communautés rurales.

Mots clés : Lèpre, épidémiologie, clinique, polychimiothérapie, information, éducation, communication.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre des mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

* * * * *

* * *

*