

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2002-2003

Iconographie des lésions lépreuses dermatologiques au Mali

CNAM

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

Par

Cheick Oumar Bagayoko

Pour obtenir le grade de

Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury: Pr Amadou Dolo

Membres du jury:

Dr_Marc Pechere

_Dr Ousmane Faye

Directeur de thèse :

Pr Abdel Kader Traoré

Introduction

La lèpre est une maladie infectieuse, contagieuse due au *Mycobacterium leprae*, découvert par Armauer Hansen en 1883.

Au Mali, la prévalence instantanée de la lèpre a la fin du 4eme trimestre 2002 était de 531 cas (141 PB et 390 MB), soit un taux de prévalence instantané de 0,49 cas pour 10 000 habitants (POP. du Mali actualisée : 10.791.216 habitants en 2002) ; il existe encore des cercles hyper-endémiques avec 2 ou plus de 2 cas pour

10.000habitants (commune IV du district de Bamako et Gourma-Rharous dans la région de Tombouctou) (13) .

Signalons que l’OMS estime le nombre de lépreux à environ 1,5 millions dans le monde (10).

Les zones les plus touchées sont : l’Afrique intertropicale, l’Inde, la Chine, l’Asie du sud-est, l’Amérique centrale et du sud. Quelques foyers existent encore en Europe : Portugal, Espagne, Italie , et Grèce.

En France, la lèpre a disparu, mais elle est toujours présente dans les DEPARTEMENTS D’OUTRE-MER (10).

Le Maghreb n’est pas épargné ; le Maroc serait le pays le plus touché. En Tunisie, si la maladie tend à disparaître, il existe quelques foyers cantonnés dans le centre et le sud du pays. Par contre l’Algérie semble épargné (10).

Le réservoir de *Mycobacterium leprae* est essentiellement humain et les sécrétions nasales des lépromateux non traités constituent la principale source de contamination. Les ulcérations, le lait maternel, les selles peuvent être également contaminant (10) .

La porte d’entrée reste imprécise, mais la peau peut être à l’origine de la contamination par blessure ; la transmission in-utero est également possible (10) .

L’incubation est longue de 2 à 10 ans ; mais souvent courte (6 mois) ou très longue (20 ans).

IL est important de signaler , que malgré tous les essais de culture sur divers milieux , les chercheurs ne sont pas encore parvenus à cultiver *Mycobacterium leprae*. Son inoculation à plusieurs animaux de laboratoire reste impossible ; toute fois il a été possible de l'inoculer au coussinet plantaire de la souris et seuls certains animaux sont réceptifs dont le tatou (mammifère à écaille de l'Amérique centrale et du sud) ; lequel après une inoculation développe une lèpre de type lépromateuse, avec de nombreux bacilles dans les organes (1).

Considérant le caractère invalidant de cette pathologie et l'impossibilité de culture de la bactérie qui en est la cause, une seule solution semble primordiale ; le dépistage au stade de début . Le diagnostic précoce reste l'un des facteurs les plus importants pour une prise en charge efficace et sans séquelles de la maladie. Or à l'état actuel des connaissances , il n'existe pas de véritables moyens de ce diagnostic précoce. Mais l'iconographie qui est une méthode d'imagerie consistant à scanner les clichés photographiques, pourrait être utile au dépistage précoce et à la prise en charge de la lèpre.

Dans cette optique, nous nous proposons de faire une étude sur l'iconographie des lésions lépreuses dermatologiques du service de léprologie au Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM).

Objectifs :

☛ Objectif général :

-Réaliser une étude iconographique de la lèpre afin de mettre à la disposition du praticien une base de données iconographiques comme outil de travail.

☛ Objectifs spécifiques :

- Montrer l'impact du traitement sur les différents stades évolutifs de la lèpre , afin d'attirer l'attention du spécialiste sur un éventuel cas .

-Démontrer que l'iconographie peut servir de document de référence permettant de faire le diagnostic différentiel avec d'autres dermatoses .

Généralites

1.1.Définitions :

1.1.1 La lèpre : c'est une maladie infectieuse , contagieuse due au *Mycobacterium leprae* . Elle est endémique et chronique .

Un cas de lèpre est un sujet présentant des signes cliniques de lèpre avec ou sans confirmation bactériologique et ayant besoin d'un traitement spécifique (1)

1.1.2. L 'iconographie : se définit comme une banque de données photographiques ou en un mot une banque d'images

1.1.3. Définition de quelques indicateurs de diagnostic et de

surveillance :

- *Un cas de lèpre en traitement PCT est un sujet atteint de lèpre ayant reçu au moins une prise des médicaments spécifiques contre la lèpre (PCT) au cours d'une année donnée(2) .
- *La proportion de malades présentant des invalidités parmi les nouveaux cas est le rapport du nombre de nouveaux cas détectés porteurs d'invalidités de degré 2 pendant une période donnée sur le nombre total de nouveaux cas détectés pendant la même période (2).
- *La proportion d'enfants (0-14ans) parmi les nouveaux cas détectés est le rapport du nombre de nouveaux cas de moins de 15ans durant une période donnée sur le nombre total de nouveaux cas pendant la même période .
- *La prévalence de la lèpre est le rapport du nombre de cas enregistrés à un moment donné sur la population au même moment pour 10000 habitants (3) .

1.2. Historique :

La lèpre est l'un des plus anciens fléaux de l'humanité ; elle est marquée par un terrible retentissement psychologique et social , ce qui lui vaut son importance historique et culturelle . Sa gravité vient du fait que son évolution s'accompagne presque toujours d'une invalidité et d' un handicap permanent .

La plus ancienne description authentique de la lèpre vient de l'Inde (6^{ème} siècle av j.c) ; ou elle a été décrite sous le nom de « kushtha », ce qui veut dire « rongé » en sanscrit .

Au même siècle la bible a décrit les façons de diagnostiquer la lèpre et les lois de purifications à observer : « Que celui qui aura réellement la lèpre , porte des habits déchirés, qu'il aille la tête nue, qu'il se couvre le bas du visage et qu'il crie :je suis impur ! il demeurera seul et son habitation sera hors du camp ». Cette loi, quelque sévère qu'elle fut, servit de modèle dans plusieurs pays . (4)

En Chine, la première mention de lèpre figure dans un ancien traité datant du 4^{ème} siècle av j.c. (4)

La maladie passa dans la Méditerranée en 327 av j.c, probablement amenée par les soldats d'Alexandre le grand lors de leur campagne des Indes . (4)

La première preuve irréfutable de lésion osseuse de la lèpre a été trouvée sur une momie égyptienne du 2^{ème} siècle av j.c. (4)

On prétend que les soldats de Pompée revenant d'Egypte auraient introduit la lèpre en Italie ; puis avec le développement des échanges et du commerce, la lèpre se répandit dans toute l'Europe .

Au 1^{er} siècle, le nouveau testament mentionne plusieurs guérisons de lépreux par le christ .

Au moyen âge, les premiers signes d'inquiétude remontent au 6^{ème} siècle, avec un édit du royaume Lombard. C'est au 8^{ème} siècle que Charlemagne, dans une ordonnance de 789 interdit aux lépreux de se mêler au peuple.

Au 11^{ème} siècle , les croisades vinrent donner au fléau une violence et une intensité inconnues jusqu'alors et, d'un bout à l'autre de l'Europe ,cette affection s'enracina profondément .

Les villes ,les bourgs et les villages étaient tenus de faire construire une petite maison de bois sur quatre pieux pour chaque lépreux . A la mort de son propriétaire la maison et son contenu étaient brûlés . C'est ainsi qu'avec le nombre de malades croissants, leur réunion a été jugée indispensable dans des lieux clos appelés ladreries, maladreries, maladières, léproseries, lazaret ou mezelleries (lat.miselli : malheureux). Leur entretien en devint ainsi moins onéreux, leur séquestration plus sévère, et les soins plus réguliers .

Au 13^{ème} siècle le nombre d'établissements réservés aux lépreux s'élevaient à 19000 environ dans le monde chrétien ; ainsi les ordres de chevaleries se consacrèrent au service des lépreux grâce aux encouragements du roi Saint Louis.

Ainsi les ravages exercées par la lèpre commencèrent à diminuer vers la fin du 15^{ème} siècle . Peu à peu les léproseries furent détruites ou affectées à d'autres usages .

La lèpre pénétra l'Amérique du nord vers le milieu du 16^{ème} siècle, apportée par les immigrants venus d'Europe . Plus tard, les esclaves amenés d'Afrique multiplièrent les sources d'infections dans les 3 Amériques et tout spécialement au Brésil .

En suisse le dernier cas de lèpre publiée a été recensé le 16 mai 1927, à l'hôpital de Brigue .

La lèpre s'est probablement propagée en Afrique depuis le moyen orient au cours du moyen âge le long des grandes voies de communication.

Le bacille responsable de la lèpre a été découvert en 1883 par le norvégien Armauer Hansen . *Mycobacterium leprae* a été la première bactérie pathogène identifiée chez l'homme.

La lepro - réaction de Mitsuda date de 1916

Depuis 1960 l'inoculation à la souris est connue (Shepard)

La diamino-diphényl sulfone (DDS) a été synthétisée par les allemands From. et Wittmann en 1908 et l'efficacité de la pro mine dérivée de la DDS a été publiée en 1943 par Faget à Carville (Louisiane USA) . (1)

Les premiers cas de résistance secondaire de *Mycobacterium leprae* à la dapsonne ont été rapportés en 1964 par Pettit et Ress . L'activité de la rifampicine sur *Mycobacterium leprae* a été établie en 1970 par Leiker, Kamp, et Ress . (1)

1.3 Epidémiologie :

1.3.1 Répartition géographique :

L'OMS estime à environ 1,5 millions le nombre de lépreux dans le monde .

Les zones les plus touchées par la maladie sont :

- l'Afrique inter-tropicale, l'Inde, la Chine, l'Asie du sud-est, l'Amérique centrale et du sud
- quelques foyers persistent en Europe : Portugal, Espagne, Italie, Grèce .

Une année avant la date fixée par l'OMS pour son élimination, le taux de prévalence au niveau mondial de la maladie se situait aux alentours de 1,25 pour 10000 hbts.

La majeure partie des cas enregistrés se trouvaient en Asie du sud-est, en Afrique et en Amérique (voir tableau 1) .

Au 1^{er} janvier 2000 la prévalence de la lèpre au Mali était de 1,5 pour 10 000 hbts (soit 1793 cas)

La prévalence instantanée à la fin du 4^{ème} trimestre 2002 est de 531 cas (141 PB et 390 MB) pour 610 cas a la fin du 3^{ème} trimestre 2002 soit un taux de prévalence instantanée de 0,49 cas pour 10 000 habitants à la fin de ce trimestre contre 0,56 à la fin du trimestre précédent (pop du Mali actualisée :10.791.216 habitants en 2002) .

La carte 1 ci – dessous explique le taux de prévalence de la lèpre pour 100 000 hbts à la fin du quatrième trimestre 2002 .

Tableau 1 : Répartition géographique en début 2000 des cas de lèpres et de la couverture par poly-chimiothérapie(PCT)

| Régions OMS | Nouveaux cas signalés(taux pour 100.000 hbts) | Cas sous PCT | Guérison par PCT cumulée |
|------------------------|---|--------------|--------------------------|
| Afrique | 43037(12,1) | 44376 | 368419 |
| Amérique | 1702(2,0) | 4115 | 39102 |
| Méditerranée orientale | 5575(1,6) | 8434 | 56248 |
| Europe | 152(-) | 231 | 280 |
| Asie du sud-est | 621620(41,3) | 574924 | 9505790 |
| Pacifique occidental | 6672(1,8) | 9011 | 181534 |
| Total | 678758 | 641091 | 10151373 |

Source :relevé épidémiologique no28 du 14 juillet 2000 ()

1.3.2 Distribution selon l'âge et le sexe :

1.3.2.1 Age :

La lèpre peut survenir à tout âge, mais rare chez les nourrissons . Selon des études faites en Birmanie, dans le sud de l'inde, en Norvège et aux Philippines l'incidence atteint son maximum entre l'âge de 10 -20 ans, avant de diminuer (5 ; 6) . Une enquête faite à l'institut marchoux de Bamako en 1953, a révélé que 33% des 473 malades avaient présenté leurs premiers signes dans l'enfance (7)

1.3.2.2 Sexe

Dans la plupart des régions du monde , l'incidence et la prévalence de la lèpre sont plus élevées chez l'homme que chez la femme ; toutefois l'inverse s'est produite dans certaines régions d'Afrique , en Thaïlande et au Japon

La forme lépromateuse en général semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme

Cette différence de la lèpre en fonction du sexe est plus marquée chez l'adulte que chez l'enfant (8)

1.3.3 Mode de transmission :

1.3.3.1 Le réservoir :

Il est essentiellement humain et ce sont les sécrétions nasales des lépromateux non traités qui constituent la principale source de contamination . Les ulcérations, le lait maternel, les selles peuvent également être contaminant . (10)

1.3.3.2 La porte d'entrée :

Elle reste imprécise, mais la peau peut être à l'origine de la contamination par blessure, la transmission in utero est également possible .

L'incubation de la maladie est longue 2 à 10 ans mais des incubations plus courtes, 6 mois ou plus longues, 20 ans ont été rapportées.

1.3.3.3 L'agent causal :

L'agent causal est *Mycobacterium leprae* (famille des *Mycobacteriaceae*). c'est un bacille acido-alcoolo-résistant (BAAR) gram positif retrouvé dans les sécrétions lépromateuses . Les bacilles se disposent en globi (amas de bacilles à disposition parallèle, en

paquets de cigares, en paquets d'allumettes) dans le cytoplasme des macrophages et dans les cellules de Schwann .le bacille de Hansein a un tropisme particulier pour la peau et les nerfs périphériques .

Malgré tous les essais de culture sur divers milieux, les chercheurs ne sont pas encore parvenus à cultiver *Mycobacterium leprae* . Son inoculation reste également difficile . Cependant il a été possible de l'inoculer au coussinet plantaire de la souris et seuls certains animaux sont réceptifs dont le tatou (mammifère à écailles de l'Amérique centrale et du sud) qui, après une inoculation développe une maladie de type lépromateuse avec de très nombreux bacilles dans les organes .

1.4 La pathogénie :(9,8)

La lèpre est une maladie très contagieuse mais peu pathogène

Cependant on distingue deux sortes d'immunité :

- -l'immunité à médiation cellulaire(IMC)
- -l'immunité humorale

1.5 Etude clinique :(10)

Les signes cliniques sont :

- Les lésions hypopigmentées ou rougeâtres accompagnées ou non d'un déficit sensitif

L'atteinte des nerfs périphériques qui se traduit par une hypertrophie, un déficit sensoriel et une faiblesse musculaire des mains, des pieds et de la face .

Après un contact infectant ,les sujets peuvent ne rien développer ou présenter ce qu'il est convenu d'appeler la forme indéterminée .Cette forme de lèpre peut guérir spontanément

Ailleurs, se développe une lèpre, maladie caractérisée par son polymorphisme lésionnel lié au degré de l'immunité cellulaire qu'a le sujet vis-à-vis de mycodermique leprae et c'est de là que sont venues les diverses classifications de la lèpre dont la plus admise actuellement est celle de Ridley et Jopling qui distingue cinq types de lèpre qui vont de la lépromateuse polaire (LL), à la tuberculoïde polaire (tt) en passant par les formes intermédiaires dites

borderline(formes inter polaires) : borderline borderline (bb) , borderline tuberculoïde(bt), et borderline lépromateuse(bl) .

En résumé les différentes formes de lèpre selon **Ridley et Jopling** sont :

- *La lèpre tuberculoïde
- *La lèpre lépromateuse :qui présente deux sous formes particulières :
 - **La lèpre lépromateuse nodulaire** à cellules fusiformes appelée lèpre histoïde de Wade
 - **-La lèpre de Lucio** s'exprimant par une infiltration diffuse avec nécrose et ulcération des lésions(phénomène de Lucio) .
- *Les formes inter polaires :
Sont des formes qui se situent entre le pôle tuberculoïde et le pôle lépromateux. On distingue :
 - -la forme borderline tuberculoïde (bt)
 - -la forme borderline borderline (bb)
 - -la forme borderline lépromateuse
- *Les états réactionnels :
 - - **Les réactions de type 1** : ce sont des réactions de reversions .
 - - **Les réactions de type 2** :qui s'expriment par l'érythème noueux lépreux (*Erythema nodosum leprosum*) .

Il faut noter que l'érythème noueux peut se voir dans d'autres circonstances : vaccinations, déséquilibres alimentaires, stress, maladies infectieuses...,mais il peut survenir sans cause apparente.

Diagnostic

1.6.1 IL est essentiellement clinique :

cependant les autres paramètres :histologie, bactériologie et immunologie permettent de le confirmer, de classer la lèpre et de faire un suivi thérapeutique convenable .

1.6.2 La bactériologie :

L'étude bactériologique se fait à partir du mucus nasal et du suc dermique obtenu à partir du lobule de l'oreille et des lésions cutanées, ce qui permet d'évaluer l'index bacillaire(IB) c'est à dire le nombre de bacilles par champ . Sans tenir compte de leur morphologie, il s'exprime en croix (1+,2+,3+....) . L'index morphologique(IM) qui évalue le pourcentage des bacilles d'aspect homogène (les formes homogènes en bâtonnets entiers correspondent aux B.H viables, les bacilles mal colorés , fragmentés , en dégénérescence, représentent les formes dites « granuleuses ») qui se voient chez les patients ayant bien répondu au traitement anti-lépreux .

Les formes tuberculoïdes polaires et borderline tuberculoïdes sont pauvres ou très pauvres en bacilles, les formes lépromateuses polaires sont toujours très riches en bacilles. Les lésions des formes inter polaires sont d'autant plus pauvres qu'on se rapproche de la tuberculoïde polaire.

1.6.3 Histologie :

- La lèpre tuberculoïde polaire :

Elle est caractérisée par un granulome tuberculoïde (cellules épithélioïde), quelques cellules géantes et une couronne de lymphocytes .

Ces follicules tuberculoïdes se trouvent dans le derme et arrivent au contact de la basale. les filets nerveux sont également envahis et détruits par l'infiltrat épithélioïde. les bacilles acido-alcool-résistant sont rares.

- La lèpre lépromateuse polaire :

Elle est caractérisée par un granulome respectant une bande dermique superficielle : la bande de unna. Il est dominé par la cellule spumeuse de Virchow, grande cellule histiocytaire à cytoplasme clair, bourrée de bacilles acido-alcool-résistant disposés en globi. Le

granulome comporte en outre de rares lymphocytes et plasmocytes et comprime les glandes sudorales , les follicules pilo-sébacés et les nerfs mais les détruit peu, les troubles de la sensibilité sont ainsi inconstants et la fonction des annexes est peu affectée.

Dans le groupe inter polaire, approximativement en allant du pôle lépromateux au pôle tuberculoïde, les cellules de Virchow diminuent pour laisser place au granulome tuberculoïde lympho-épithélioïde, de même les bacilles acido-alcool-résistant tendent à diminuer .

1.6.4 Immunologie :

La variabilité et la diversité des manifestations cliniques de la lèpre sont conditionnées par l'état de résistance du sujet vis-à-vis de *Mycobacterium leprae* .

1.6.4.1 Caractéristiques immunologiques de la lèpre tuberculoïde :

La lèpre tuberculoïde est une forme résistante vis-à-vis du BH, les lésions sont localisées, cantonnées, engendrées par des granulomes circonscrits, alors que les formes lépromateuses sont caractérisées par un déficit de l'immunité cellulaire d'où la diffusion et l'envahissement massif de l'organisme par ces bacilles ,les anticorps antimycobacterium leprae n'ont aucune valeur protectrice dans la lèpre.

1.6.4.2 Caractéristiques immunologiques de la lèpre lépromateuse :

Elle est également caractérisée par la présence d'immuns complexes circulants et dans l'érythème noueux lépreux la détection de fragments du complément de la c.réactive protéine est de règle.

1.6.4.3 L'intradermo-réaction à la lépromine :

La lépromine est un extrait standardisé de lépromine humaine ou de tatou. C'est un test intéressant à pratiquer chez les lépreux. Il ne s'agit pas d'un test diagnostique mais d'un test qui permet de classer la lèpre dans son spectre ; la lecture doit se faire dans la 3^{ème} – 4^{ème} semaine : la réaction dite réaction de Mitsuda est positive dans la lèpre tuberculoïde polaire et borderline, douteuse dans la forme BB et négative dans la lépromateuse polaire et dans la borderline lépromateuse. Elle se positive dans les réactions de réversions, traduisant le déplacement vers le pôle tuberculoïde, mais elle reste négative dans l'érythème noueux lépreux. Elle témoigne de la résistance du sujet au mycobactérium leprae et elle se traduit histologiquement par la formation d'un granulome tuberculoïde.

1.6.5 Iconographie :

De nos jours le diagnostic de la lèpre reste exclusivement clinique, d'où l'intérêt d'une iconographie rassemblant les données photographiques des lésions lépreuses, qui comparées à celles d'un patient en consultation permettent au praticien de suivre l'évolution de la maladie à différents stades évolutifs.

Dans notre contexte cette méthode de diagnostic paraît efficace de par sa facilité d'exploitation par n'importe quel agent de santé dans la mesure où on sait que dans les pays en développement, la majorité des spécialistes sont concentrés dans les zones urbaines. Elle offre en outre deux grands avantages :

- - permettre à tout agent de santé allant du médecin à l'infirmier de suspecter le diagnostic de la lèpre devant les lésions dermatologiques les plus banales et d'éviter ainsi leur minimisation comme de simples dermatoses.
- - Avoir une orientation thérapeutique et une méthode de suivi en se servant des données déjà existantes sur l'impact et l'efficacité des thérapies anti-lépreuses sur les différentes formes de lèpre traitées.

Méthodologie

2.1 Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 12 mois de juillet 2002 à juillet 2003 ayant pris en compte les images des malades lépreux diagnostiqués et traités de 1925 à 2002

2.2 Cadre d'étude :

Ce travail a été réalisé au Centre National D'appui à la Lutte Contre la Maladie :CNAM (voir description à l'annexe).

2.3 Patients :

Les deux sexes ont été concernés

2.3.1 Critères d'inclusion :

Tous les cas de lèpre ayant bénéficié d'un cliché photographique et d'un suivi régulier .

2.3.2 Critères de non inclusion :

Tous les cas n'ayant pas bénéficié d'un cliché photographique et ou d'un suivi régulier

2.4 Méthode :

Nous avons réalisé une scannographie des photos de tous les dossiers des malades inclus . La lecture des photos se faisait sur l'écran d'un ordinateur PC, permettant ainsi leur prévisualisation et leur mise en forme .

Nous avons disposé les photos selon l'ordre d'apparition de la maladie depuis l'entrée du malade jusqu'à sa sortie, ce qui permettait par la simple vue d'apprécier l'impact du traitement au cours de l'évolution de la maladie .

Nous avons utilisé les logiciels suivants :

- Adobe Photoshop
- Reader express photos
- Word et power point
- Dreamweaver

Nous avons fait créer au cours de cette étude l'embryon d'une base de données iconographiques sous forme :

- - D'un Site Web hébergé par le site du CNAM et de Keneya Blown (le vestibule de la santé), portail médical du Mali
- - D'un CD room qui comportera tous les éléments de notre étude et sur lequel nous nous proposons de mettre toutes les données sur la lèpre au Mali en vue d'en faire un outil d'auto formation

Résultats

3.1 Résultats descriptifs :

3.1.1 Tableau 2 : répartition géographique selon les pays

| Pays | Effectif | Fréquence |
|------|----------|-----------|
| | | |

| | | |
|------------|----|---------|
| Mali | 27 | 77,15 % |
| Guinée | 05 | 14,28 % |
| Sénégal | 02 | 5,72 % |
| Mauritanie | 01 | 2,85 % |
| Total | 35 | 100 % |

Cette répartition sous régional s'explique par le fait que le CNAM était le centre de prise en charge de la lèpre en A.O.F . Ainsi sur 35 malades 27 étaient des maliens soit 77,15 % des malades ; 5 étaient guinéens soit 14,28 % ; 2 étaient sénégalais soit 5,72 % ; et 1 était mauritanien soit 2,85 %

3.1.2 Tableau 3 : répartition selon les ATCD

| ATCD | Effectifs | Fréquence |
|-------------------------|-----------|-----------|
| Père ou Mère lépreux | 02 | 5,72 % |
| Autres parents lépreux | 01 | 2,85 % |
| Pas de contacts lépreux | 32 | 91,43 % |
| Total | 35 | 100 % |

Sur 35 patients deux seulement avaient des parents directs lépreux

(père ou mère), soit 5,72 % ; un avait un grand père lépreux soit 2,85 % et 32 patients n'avaient aucun contact lépreux soit 91,43 %

3.1.3 Tableau 4 : répartition selon le motif de consultation

| Motifs | Effectifs | Fréquence |
|---------------|-----------|-----------|
| Taches | 20 | 57,15 % |
| Lépromes | 04 | 11,43 % |
| Macules | 04 | 11,43 % |
| Rechutes | 04 | 11,43 % |
| démangeaisons | 03 | 8,56 % |
| Total | 35 | 100 % |

Le motif de consultation le plus fréquent était les taches (57,15 % des cas) ; les lépromes, les macules, les rechutes constituaient chacun 11,43 % des cas , enfin les démangeaisons ne constituaient que 8,56 % des cas

3.1.4 Tableau 5 : répartition en fonction des résultats de la bacilloscopie

| Bacilloscopie | Effectifs | Fréquence |
|---------------|-----------|-----------|
| Positive | 21 | 60 % |
| Négative | 05 | 14,28 % |
| Non faite | 09 | 25,72 % |
| Total | 35 | 100 % |

La bacilloscopie a été positive chez 21 patients sur 35 soit 60 % des cas, négative chez 5 patients sur 35 soit 14,28 % des cas, et non faite chez 9 patients sur 35 soit 25,72 % des cas .On peut ainsi déduire que cet examen ne permet pas d'infirmier le diagnostic de la lèpre .

3.1.5 Tableau 6 : répartition en fonction de la classe de la lèpre

| Classification | Effectifs | Fréquence |
|-----------------|-----------|-----------|
| L lépromateuse | 29 | 82,87 % |
| L tuberculoïde | 05 | 14,28 % |
| L inter polaire | 01 | 2,85 % |
| Total | 35 | 100 % |

La lèpre lépromateuse était la plus fréquente avec 82,87 % des cas, venait ensuite la lèpre tuberculoïde avec 14,28 % des cas tandis que la lèpre inter polaire était la moins fréquente avec 2,85 % des cas .

3.1.6 Tableau 7 : répartition en fonction des médicaments utilisés

| Schéma thérapeutique | Effectifs | Fréquence |
|---------------------------|-----------|-----------|
| DDS + gama ciego ciba | 13 | 37,15 % |
| Fana sil + rifampicine | 05 | 14,28 % |
| Disulone | 05 | 14,28 % |
| Sulf Tb1 + DDS | 04 | 11,43 % |
| Tetracor | 02 | 5,72 % |
| Clari-mino-oflo(essai) | 02 | 5,72 % |
| Rifam-oflo(essai) | 02 | 5,72 % |
| 11070 acétyle ou 11589 RP | 01 | 2,85 % |
| Abton roita | 01 | 2,85 % |
| Total | 35 | 100 % |

Le médicament le plus utilisé était la DDS plus le gamma ciego ciba avec 37,15 % des cas et le moins utilisé étaient l'abton roita et le 110270 acétyle ou 11589 RP avec 2,82 % des cas . En outre les essais de Claritromycine-Minonycine-Oflo et de Rifampicine-ofloxacin ont été expérimentés dans les cas de rechutes

3.1.7 Tableau 8 répartition en fonction de l'évolution

| évolution | Effectifs | Fréquence |
|--------------------|-----------|-----------|
| guérison | 14 | 40 % |
| Favorables | 13 | 37,15 % |
| Disparus ou évadés | 06 | 17,13 % |
| Décès | 02 | 5,72 % |
| Total | 35 | 100 % |

L'évolution a été en général satisfaisante avec 14 cas de guérison complète soit 40 % des cas, et 13 cas d'évolutions favorables vers la guérison soit 37,15 % des cas . Cependant 6 patients ont été portés disparu soit 17,13 % des cas et 2 décès ont été déplorés .

3.1.8 Tableau 9 : répartition en fonction de la durée du traitement

| Durée/mois | Effectifs | Fréquence |
|-----------------|-----------|-----------|
| 6-12 mois | 07 | 20 % |
| 12 –24 mois | 06 | 17,13 % |
| 24 – 36 mois | 08 | 22,87 % |
| Plus de 36 mois | 14 | 40 % |

| | | |
|-------|----|-------|
| Total | 35 | 100 % |
|-------|----|-------|

Le traitement était en général long . Sur 35 cas 14 cas ont été traités pendant plus de 36 mois soit 40 % des cas, 8 patients ont été traités pendant 24 à 36 mois soit 22,87 % des cas, 6 patients pendant 12 à 24 mois soit 17,13 % des cas, et 7 patients pendant 6 a12 mois soit 20 % des cas .

3.2 Résultats iconographiques :

Nous avons retenu 35 dossiers sur 1625 dont 4 cas de rechutes .

Cas n°1 :BC, âgé de 24 ans ,sexe masculin , nationalité malienne(Kayes) , a été admis à l'Institut Marchoux le 13-10-64 pour une tache du front dont le début remontait à 10 ans environ.

Dans ses antécédents, on ne retrouvait pas de lépreux dans sa famille

Examen clinique à l'entrée :

-lésions cutanées : on retrouvait des lésions maculaires du visage, et d'infiltration des oreilles de coloration cuivrée

-lésions muqueuses : l'épistaxis était présente

-les troubles de la sensibilité : Ils étaient absents et le patient avait un bon état général

Examen pathologique :

- biopsie du foie : elle avait montré entre les travées de Ramak et dans les espaces portales la présence de cellules réticulaires bourrées de BH, et de nombreuses cellules en cytolyse concluant ainsi un foie lépromateux .

-lésions dermatologiques : il a été retrouvé une infiltration nodulaire dermique ,sous un épiderme aminci aplani de type lépromateux , avec une destruction des glandes sudoripares ; les BH étaient présents sous forme d'amas et de globi ;la couche cornée de l'épiderme était dissociée, et lamelleuse .

Dans le derme on a noté un petit infiltrat à cellules rondes, peri-vasculo-nerveux et glandulaire avec absence de BH

-*conclusion* : lépromateux en période d'état

Les tests immunologiques demandés : le Mitsuda et la C-réactive protéine ont montré des lésions actives.

Les examens complémentaires :

- -*NFS et VS* : ils étaient normales
- -*Examen parasitologique* : il avait révélé la présence d'amibes dans les selles .

La prise en charge : le patient a été mis sous Gama ci ego ciba de 1964 à 1967 et sous DDS 600mg hebdomadaire de 1968 à 1969

L'évolution de la maladie : elle a été favorable et le patient est sorti guéri de l'Institut le 16-02-70



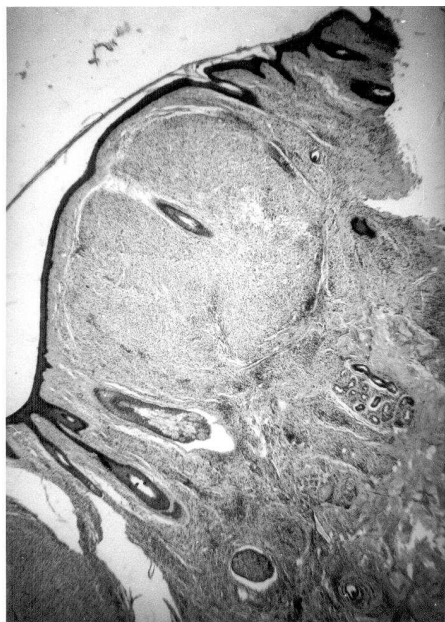
Lésion maculaire du visage



Lésion maculaire des épaules



Photo après 2 ans de traitement



Biopsie de la peau



Premières lésions des membres supérieurs

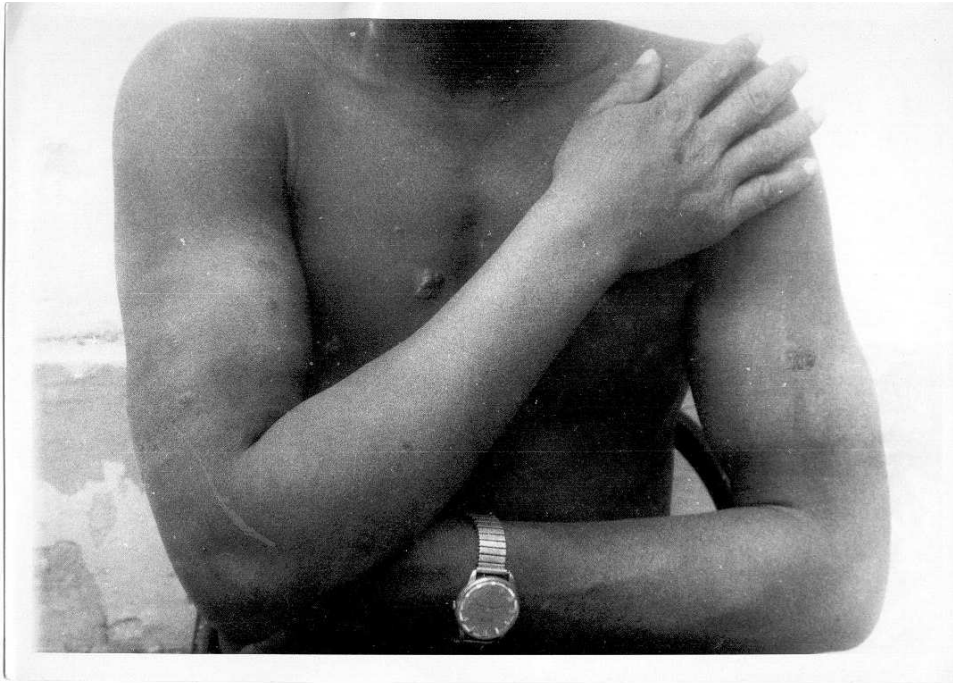


Photo après un an de traitement

Cas n°2 : FK, âgée de 18 ans ,sexe féminin, nationalité malienne(tomidiabi :Mopti), a été admise à l'Institut Marchoux le 22-05-67 pour lépromes de la nuque dont le début remonterait à 3 ans environ

- -les lésions cutanées : on note une infiltration diffuse
- -les lésions muqueuses : épistaxis
- -les troubles de la sensibilité : ils étaient absents et l'état général était conservé .

Examen pathologique : il avait conclu une lèpre de type lépromateux avec présence de BH dans le mucus nasal ;

Le mitsuda et la CRP, demandés comme tests immunologiques se sont révélés négatifs

Autres examens complémentaires, demandés ont été :le sérodiagnostic de Widal, la NFS - VS, et la radiographie pied/main

La prise en charge a consisté :

- -en 1967 de juin à décembre : administration de rifampicine injectable 1g/jour

- -en 1968 de janvier à décembre : administration de fanas il 1,50g/jour
- -de 1969 à 1970 : administration hebdomadaire de 1,50g de fanas il sssssssssssssssssssssssde rifocine

L'évolution : elle a été faite vers la guérison et la patiente a été exéatée le 30-08-70 avec un rendez – vous de 6 mois



Infiltration diffuse du visage



Photo après 1an traitement



Photo après 2 an de traitement

Cas n°3 : FB, âgée de 27 ans, sexe féminin, de nationalité malienne (Nioro), a été admise à l'Institut le 09-02-68 pour une tache du front dont le début remonterait à 2 ans environ .

Comme ATCD : son père était lépreux

Examen clinique :

- *-les lésions cutanées* : des érythémateuses plus ou moins limitées avec 5 cm de taille disséminées sur le front, le nez, et les oreilles ont été retrouvées .
- *-les lésions muqueuses* : les troubles de la sensibilité était absents
- *-l'état général* : il était bon

Examen pathologique : l'épiderme était subnormal

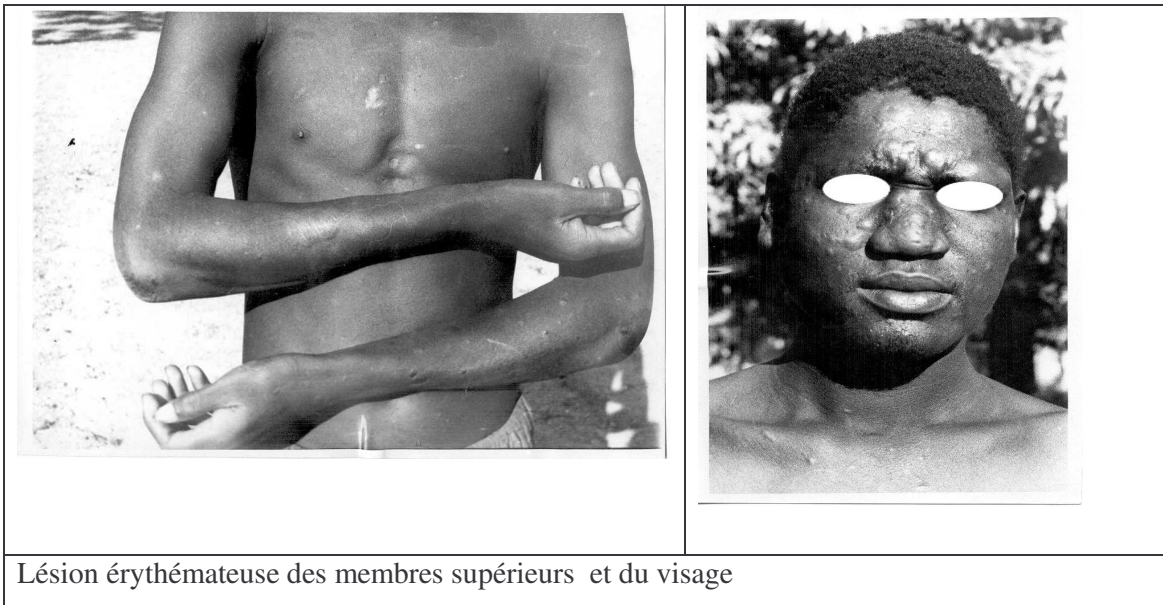
Examens complémentaires : la bascilloscopie a été positive à 3 croix et le test immunologique (mitsuda) était négatif .

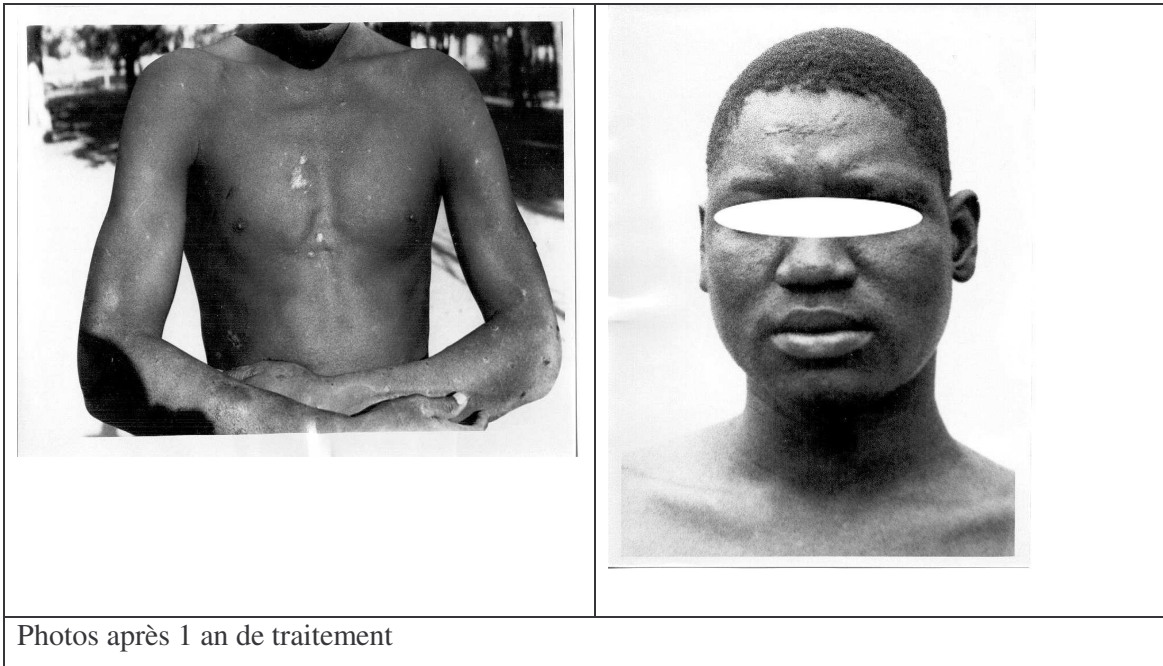
Classification : lèpre inter polaire avec des lésions actives a été trouvée

Traitement : Fanasil à la dose de 1,50g hebdomadaire

Evolution : après un an de traitement il y a eu une diminution considérable des lésions dermatologiques et la bascilloscopie a été négative (mucus et la peau)

La patiente a été exéatée en décembre 1969





Cas n°4 : DK, âgé de 20 ans, sexe masculin, nationalité guinéenne (kouroussa), a été admis à l'institut le 12-02 –1951 pour des taches de l'avant-bras droit qui avaient débuté depuis 4 ans .

Examen clinique :

- *-la face* : le visage était parsemé de lépromes surtout abondant sur le menton ; les oreilles étaient épaissies avec déformation des bords libres
- *-le tronc* : on note une dyschromie mal limitée du tronc avec des cicatrices de lépromes sur la poitrine et les lombes
- *les membres* : on notait un œdème des mains et des pieds
- *la respiration* : elle était difficile et les douleurs osseuses étaient présentes .

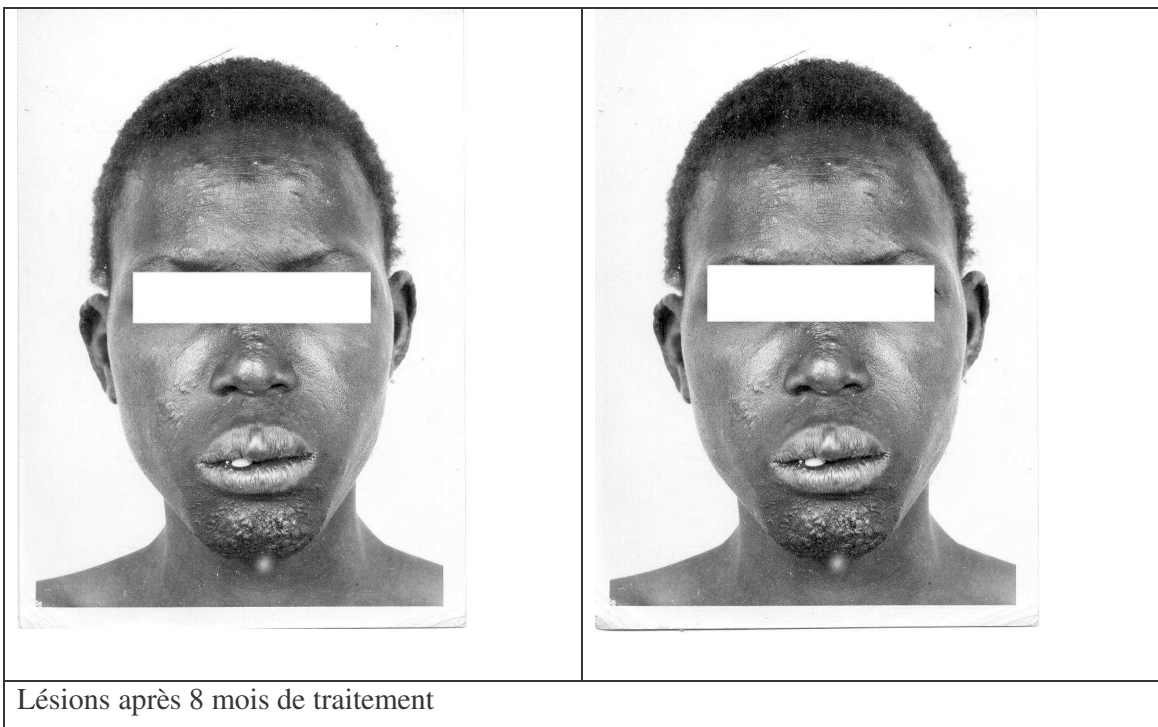
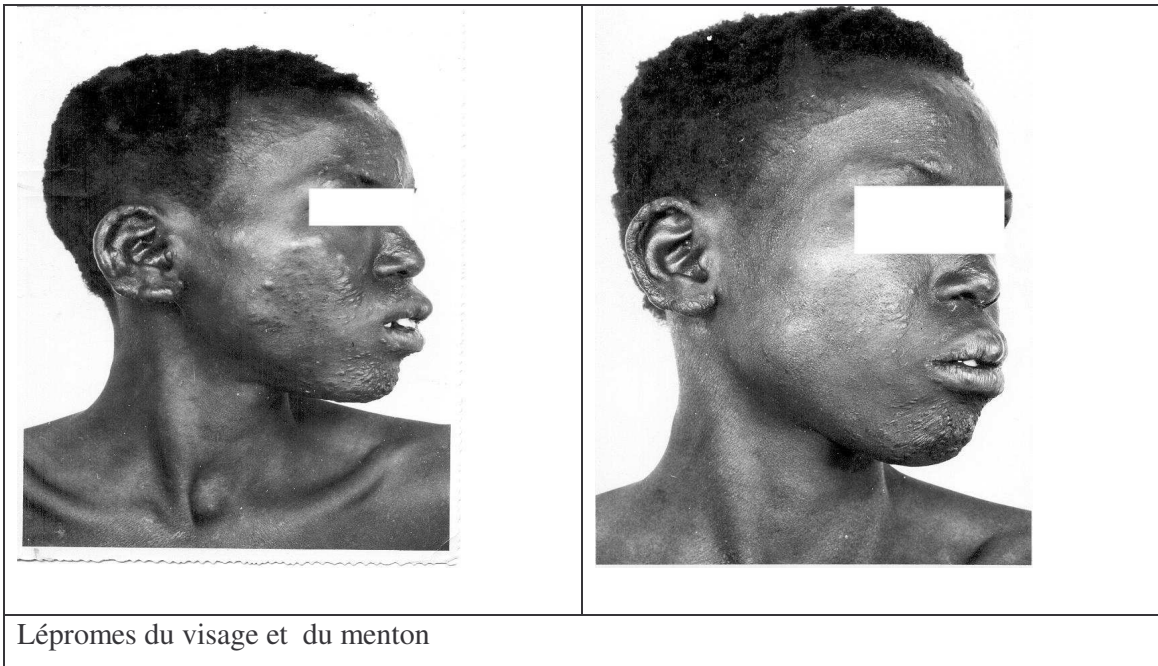
Examens complémentaires :

- *-la bascilloscopie* (mucus nasal et la peau) ;
- *- la NFS* était normale et *la VS* était accélérée

Classification : lèpre lépromateuse

Traitement : la disulone quotidienne

L'évolution : elle était favorable mais le patient a disparu en 1970



Cas n°5 : MK, âgé de 25 ans ,sexe masculin , nationalité sénégalaise

(djiga moro), a été admis à l'Institut le 25-06-1959 pour les macules de l'avant bras droit dont le début remonterait à 5 ans environ, sans ATCD particuliers

Examen clinique :

- *la face* : des larges macules du nez et de la lèvre supérieure ont été observées .
- Au niveau de l'épaule droite une tache tuberculoïde infiltrée a été observée.
- *Les membres* : on notait de larges macules infiltrées à bord surélevé, dyschromie à peau sèche, écailleuse, squameuse couvrant toute l'épaule droite avec présence de nombreuses lésions de grattages à ce niveau . Les doigts 5, 4, 3, 2 de la main droite étaient infiltrés avec une abduction du pouce impossible et des cubitaux épaissis .

On avait également observé des macules au scrotum

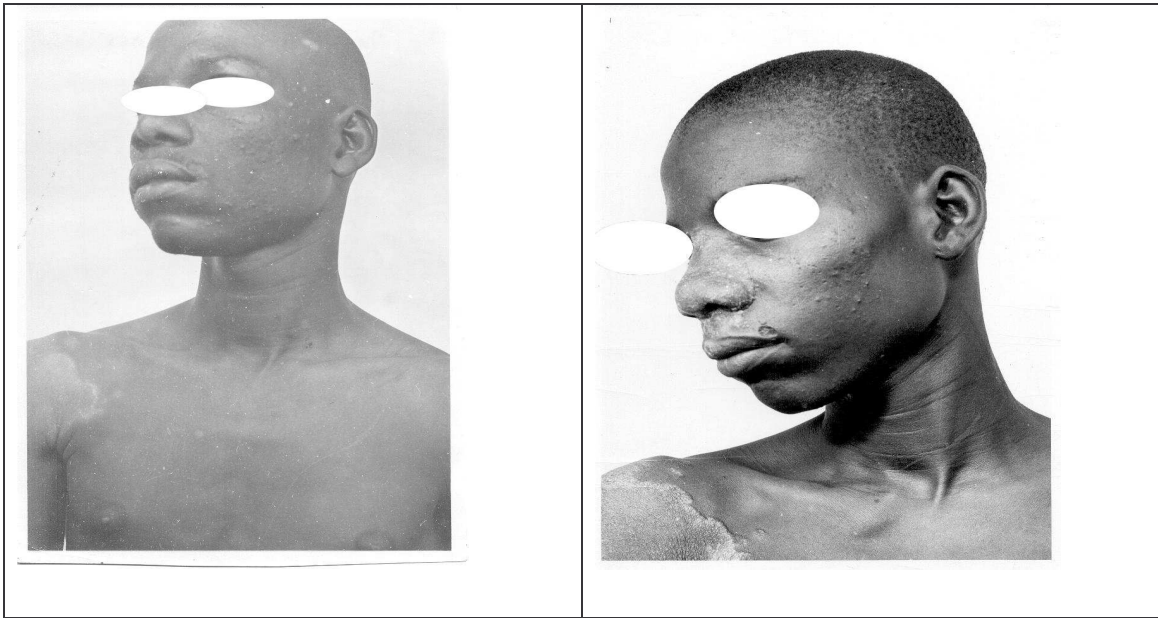
Examen complémentaires : la recherche de BH a été négative, la NFS normale et la VS accélérée

Classification : lèpre tuberculoïde sarcoïde

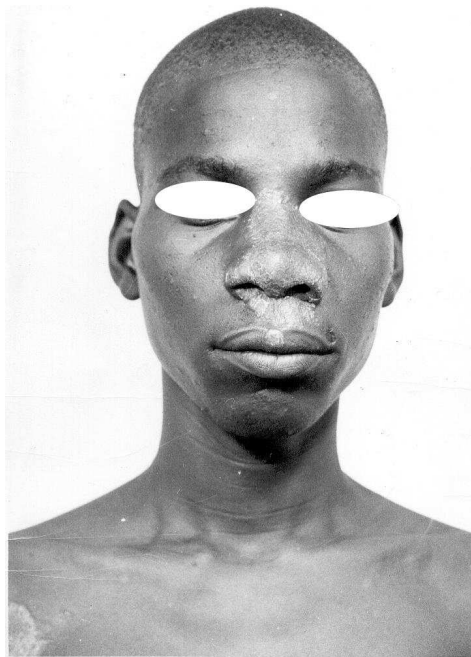
Traitement :

- *De juillet à décembre 1959* : le treacator avait été institué à la dose de 0,50 g augmenté progressivement de 0,25g chaque semaine pour atteindre 1,50g avec un arrêt de 15 jours au mois de novembre .
- *Année 1960* : 1g /jour de treacator puis 1g hebdomadaire de septembre à décembre a été institué
- *Année 1961* : arrêt pendant le mois de janvier, permission pendant le mois de février et reprise du traitement à partir du mois de mars avec une dose de 1,25g tous les jours de treacator

L'évolution : elle a été favorable mais le patient avait disparu à la fin de l'année 1961



Macules du nez, de l'avant bras droit, et de l'épaule droite



Evolution après 6 mois de traitement



Larges macules de la cuisse G

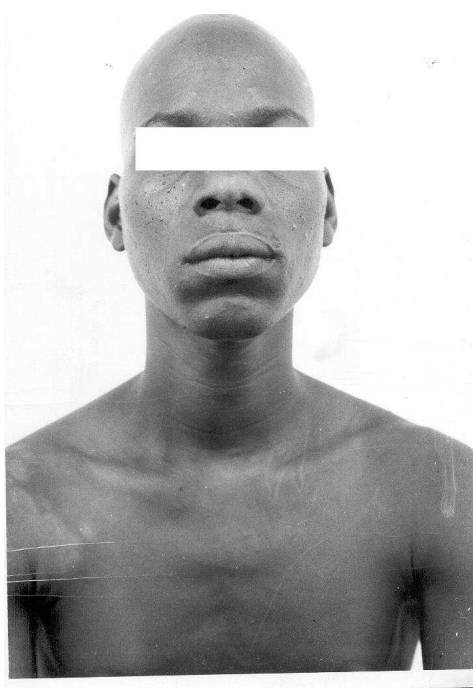


Photo après 2 ans de traitement

Cas n°6 : MK1, âgée de 39 ans, sexe féminin, nationalité malienne

(yeleman), admise à l'Institut le 16-02-1962 pour macules du dos dont le début remonterait à 3 ans environ .

Examen clinique :

- *les lésions cutanées* : on avait noté une infiltration diffuse du visage, des oreilles, tronc, et des membres . Des lépromes étaient présentes sur les lèvres .
- *L'état général* : il était bon

Examens complémentaires :

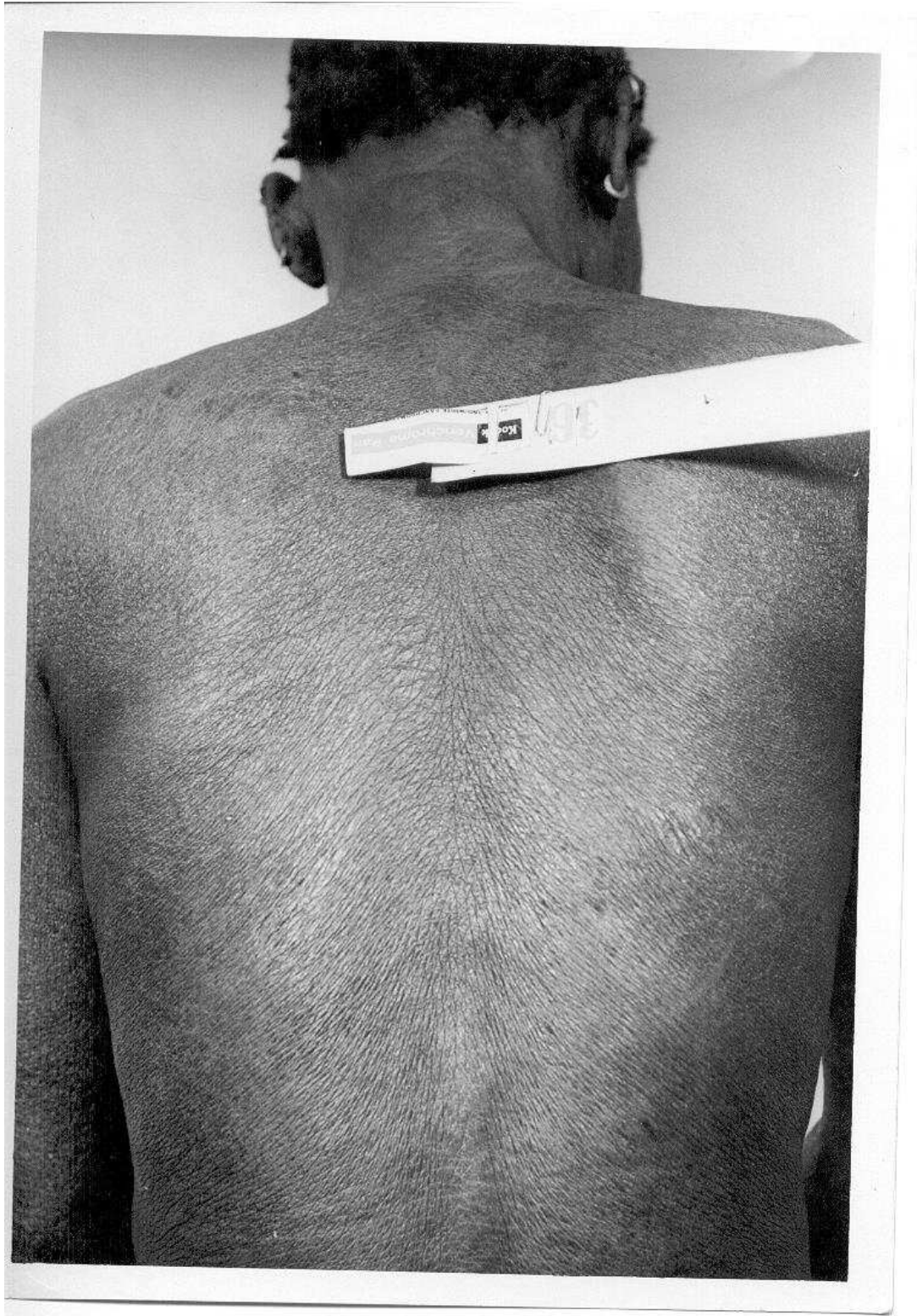
La bascilloscopie du mucus nasal et de la peau était positive ; le test immunologique était négatif (mitsuda) ; la NFS était normale et la VS accélérée . L'examen parasitologique des selles avait montré des trichomonas ; et enfin on notait la présence de traces d'albumine dans les urines

Classification : lèpre lépromateuse

Traitement :

- *Année 1962* : le trecator à la dose de 0,70/jour et la DDS à la dose de 0,070/jour ont été administrés
- *Année 1963* : le trecator à la dose initiale progressive puis dégressive et la DDS à la dose de 1,30g/jour ont été administrés
- *Année 1964* : le trecator a la dose annuelle de 258,95g et la DDS à la dose annuelle de 25,89g ont été administrés
- *Année 1965* : trecator à la dose de 25g/an et la DDS :30,40g /an .

L'évolution : elle a été favorable avec disparition des lésions cutanées et un assez bon état général sous DDS jusqu'en 1975 mais le patient avait disparu en 1977 .



Infiltration diffuse du dos avec présence de macules

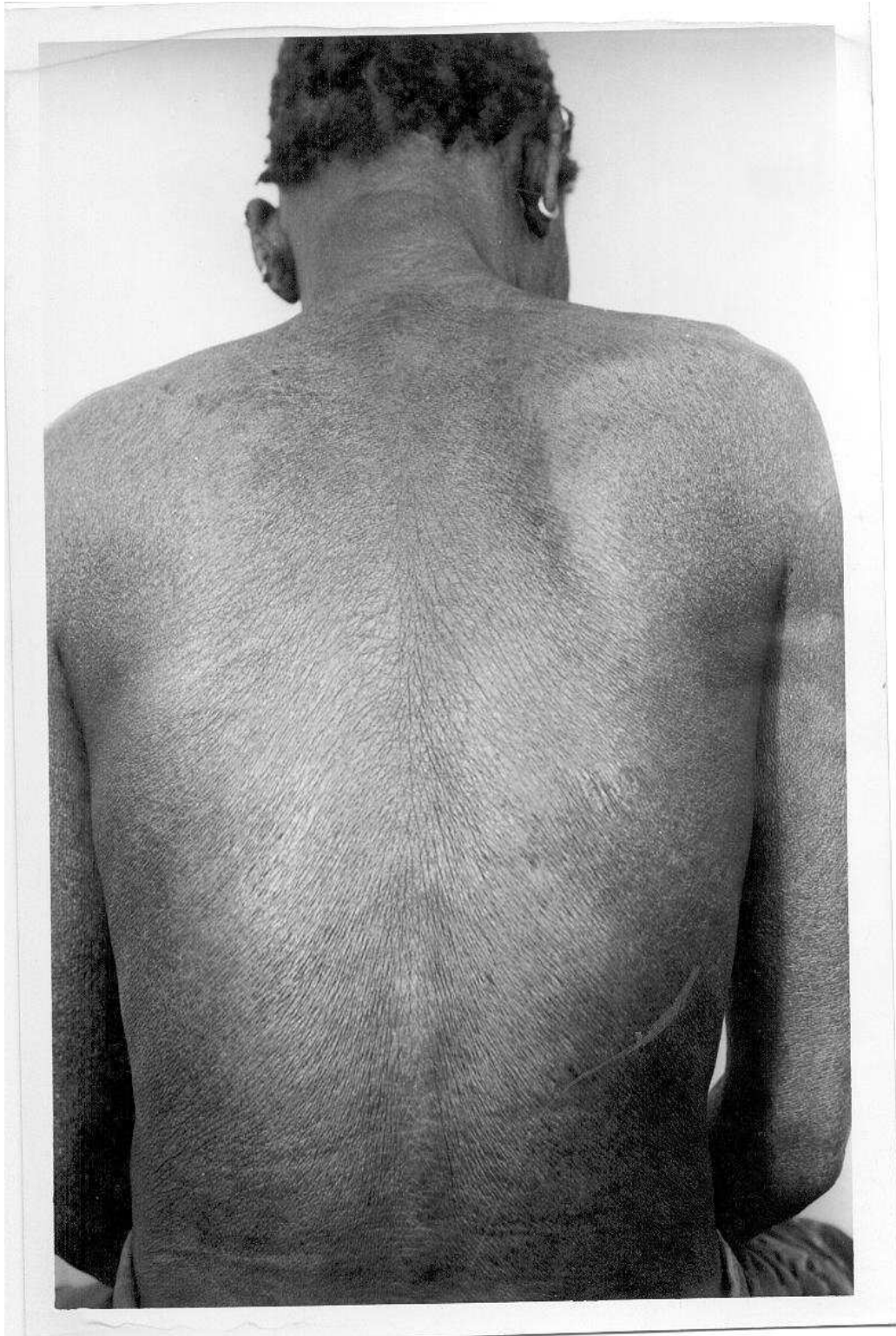
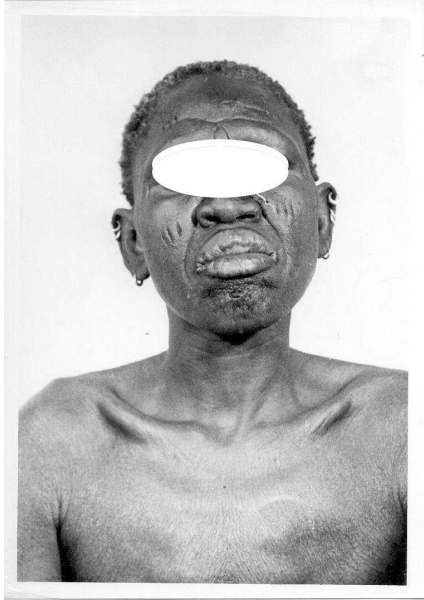
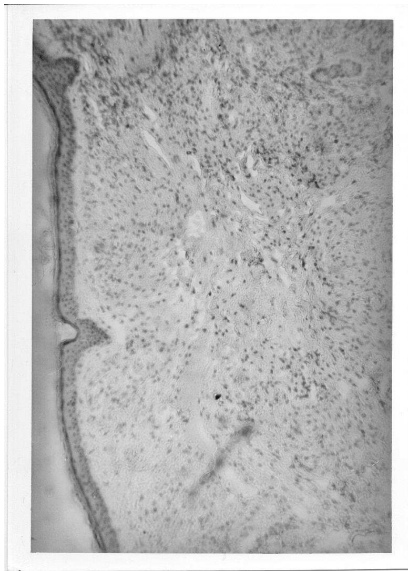


Photo après 4 mois de traitement



Léproumes des lèvres



Biopsie de la peau

Cas n°7 : MC, âgé de 25 ans, sexe masculin, nationalité guinéenne (koumana), admis à l'Institut le 23-10-72 pour des taches de la cuisse droite

Examen clinique :

On avait observé des lépromes sous-mammaires, aux oreilles et aux membres inférieurs, et une atrophie cutanée diffuse généralisée avec dyschromie et une peau craquelée aux jambes .

L'état général : il était médiocre

Examen pathologique : l'épiderme présentait une hyper kératose . La basale était pigmentée et il y avait de discrètes infiltrations péri vasculaires .

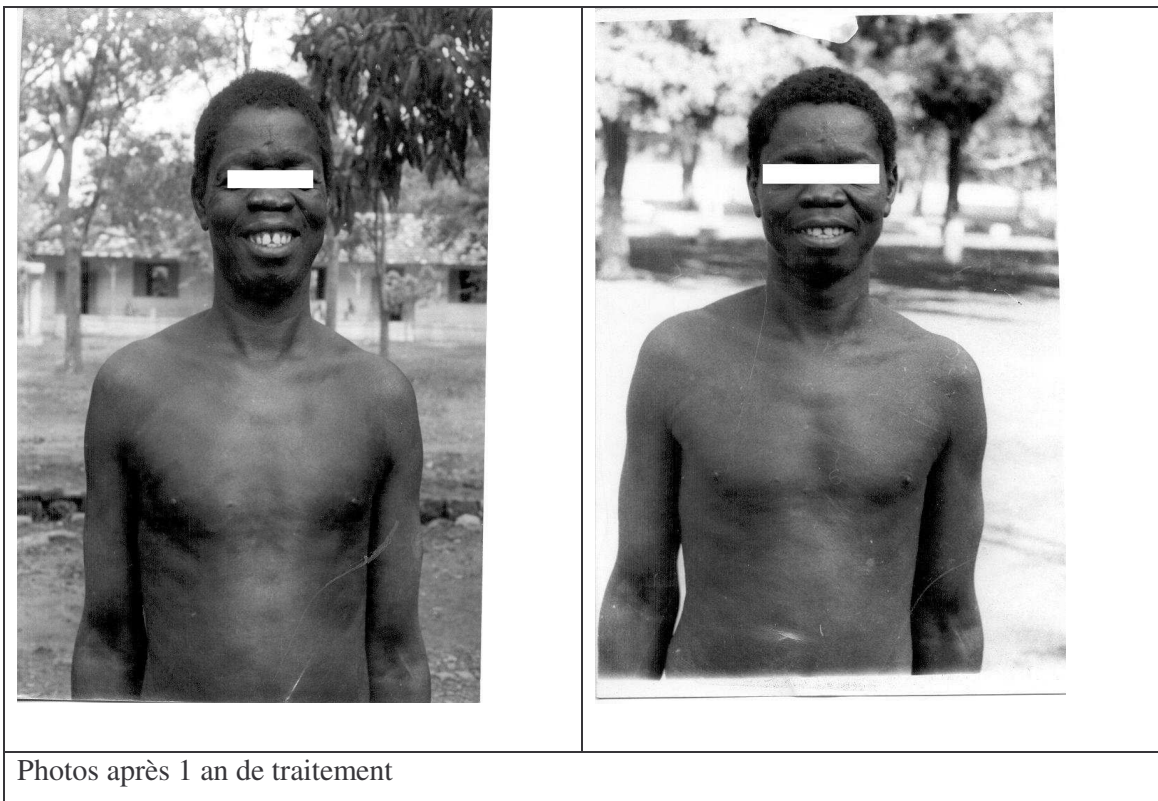
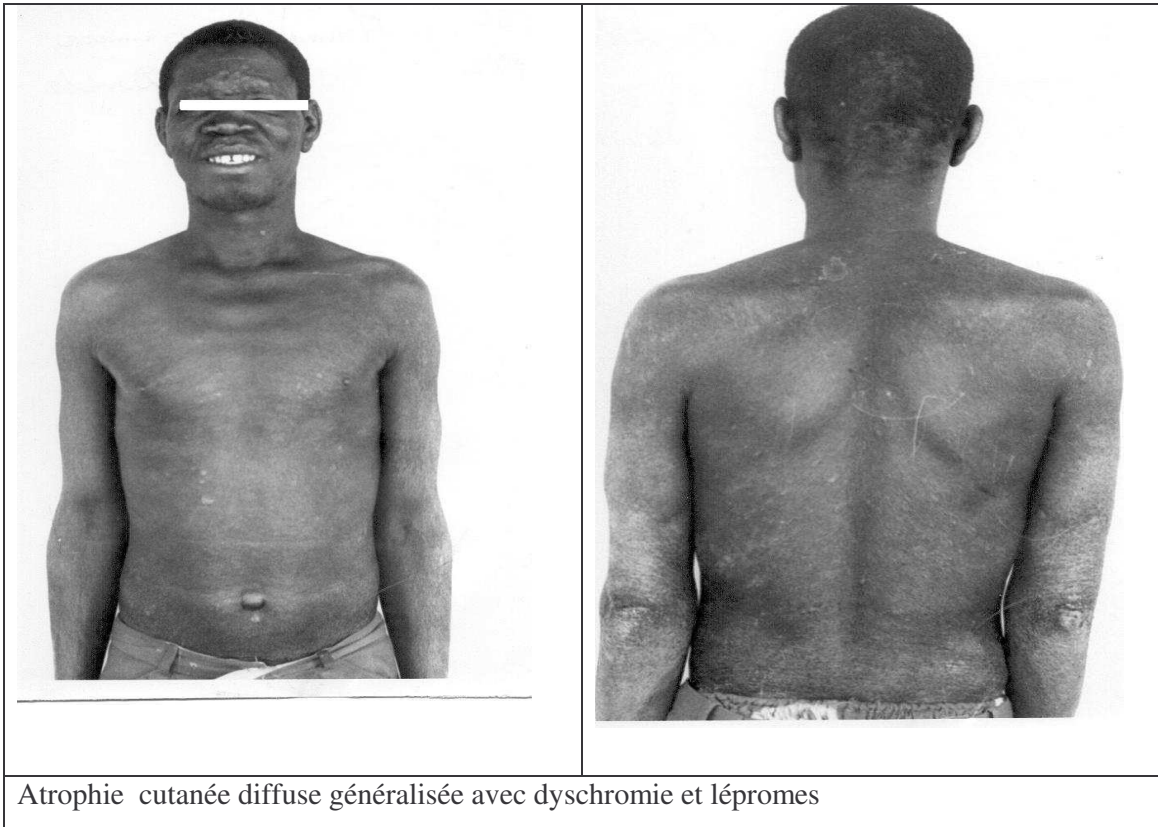
Examens complémentaires : la bacilloscopie du mucus nasal et de la peau était positive, les tests immunologiques négatifs (mitsuda et la cuti réaction), la NFS et VS normaux ; l'examen parasitologique des selles montrait des œufs de ténia .

Classification : lèpre lépromateuse

Traitement : DDS injectable 225 mg toutes les 11 semaines pendant 1 an

1973-1976 : DDS injectable 225 mg /11 Sem avec des périodes libres

Evolution : elle a été excellente avec amélioration clinique sous traitement, contrastant avec une aggravation bactériologique ; le patient à été exéaté en fin 1976 .



Cas n°8 : CL, né vers 1954, sexe masculin, nationalité guinéenne, admis à l'Institut le 19-05-72 pour tache de la jambe droite dont le début remonterait à 4 ans environ .

Examen clinique :

- *lésions cutanées* : on notait des lépromes des oreilles, du menton, et des arcades sourcilières ; une infiltration lépromateuse des membres .
- *lésions muqueuses* : on notait la présence des lépromes palatines
- *lésions nerveuses* : des griffes cubitales et médianes ont été observées
- *Etat général* : il était médiocre

Examen pathologique : on a noté une atrophie épidermique, une importante plaque péri vasculaire et péri annexite respectant la zone épidermique .

Examens complémentaires : la bascilloscopie était positive (mucus nasal et peau) ; les tests immunologiques négatifs ; la NFS et la VS normales .

Classification : lèpre lépromateuse avec des lésions actives

Traitement : 1ml de Dapsone injectable /11 semaines

Evolution : elle a été très bonne avec une amélioration clinique et bactériologique ; et un exeat en 1976 .

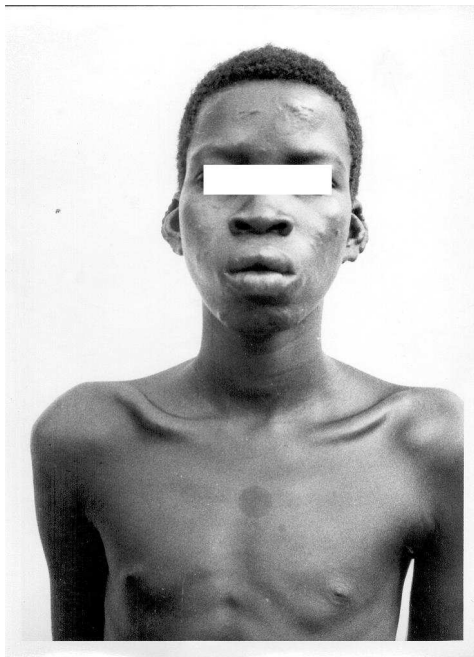
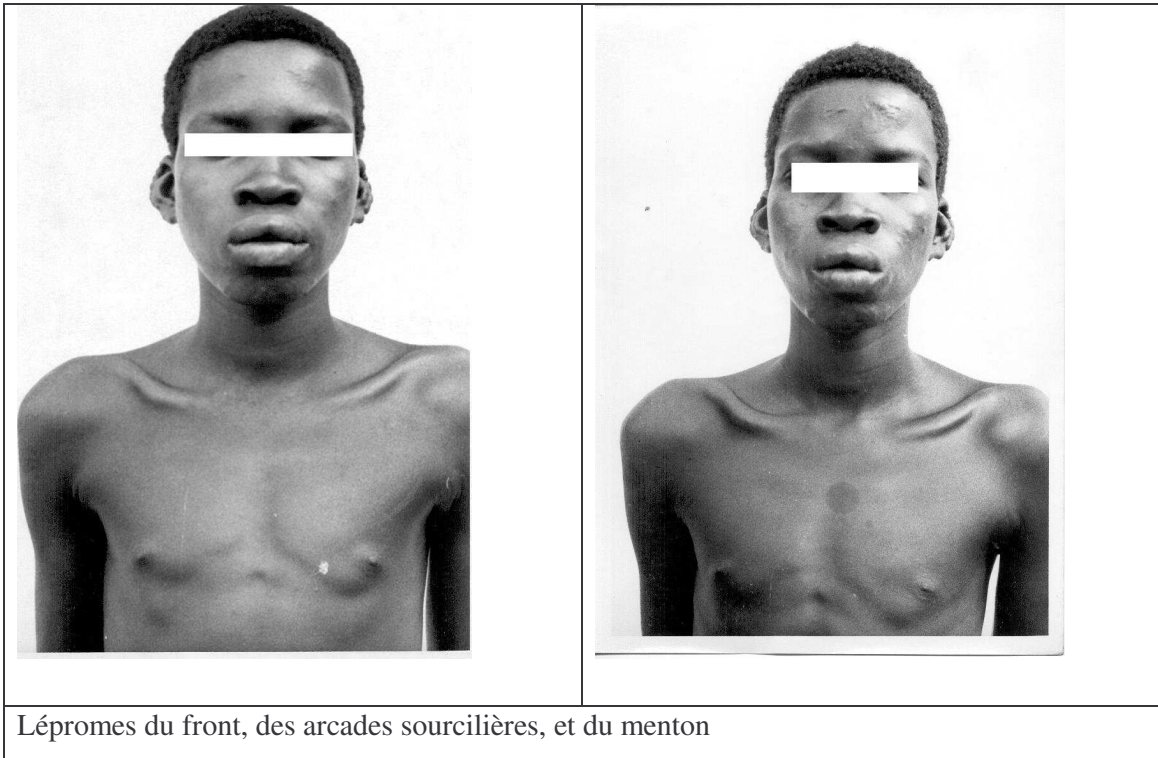


Photo après 1 an de traitement



Photo après 4 ans de traitement

Cas n°9 :DM, née vers 1952, sexe féminin, nationalité malienne, admise à l'Institut le 03-10-72 pour une tache de la cuisse gauche dont le début remontait à 3 ans .

Examen clinique : on notait une infiltration lépromateuse de la face, diffuse prédominante aux membres, il n' y avait pas de lépromes et l'état général était assez bon

Lésions : des lésions muqueuses, trophiques, et nerveuses étaient absentes

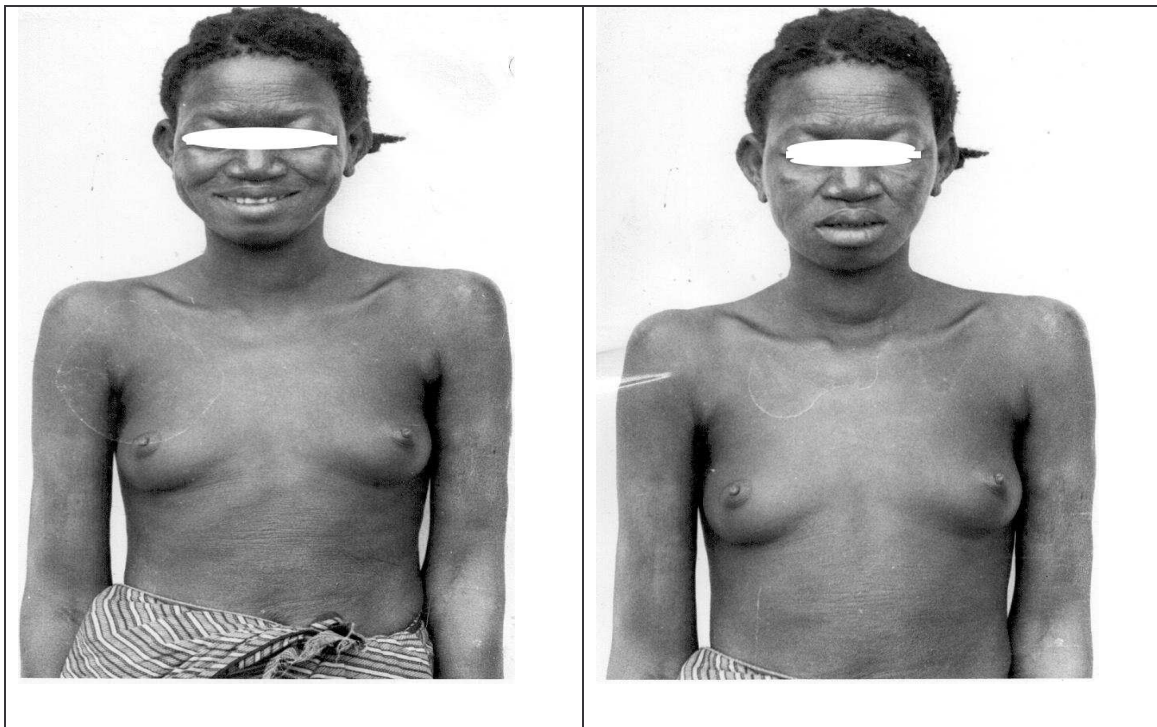
Examen pathologique : on notait une infiltration occupant la quasi- totalité du derme moyen, et une bande sous épidermique respectée

Examens complémentaires : la bascilloscopie était positive (mucus nasal et la peau) ; les tests immunologiques négatifs ; la NFS normale et la VS accélérée ; l'examen parasitologique des selles avait révélé des trichomonas intestinaux .

Classification : Lèpre lépromateuse

Traitement : 42 mois de traitement avec la Dapsone injectable (225mg/Sem)

Evolution : elle était excellente après 1 mois de traitement



Infiltration lépromateuse de la face et du corps

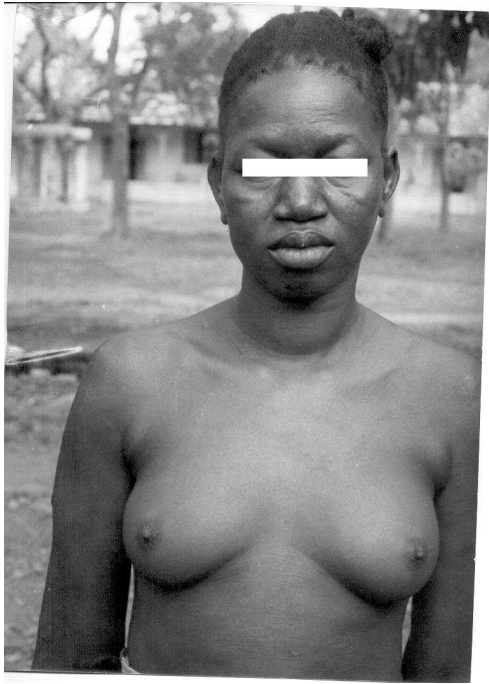


Photo après 1 mois de traitement

Cas n°10 :BC, née vers 1921, sexe féminin, nationalité malienne ; admise à l'Institut le 17-11-71 pour des troubles aux pieds et aux mains .

Examen clinique :

- *-les lésions cutanées* :on notait une lépromatose diffuse généralisée avec de nombreux lépromes papulaires en décharge de plomb prédominant au front, au nez, et aux sillons nasogeniens . En outre une infiltration diffuse et érythémateuse des lobes des oreilles et une alopecie des sourcils ont été observées
- *-les lésions muqueuses* :début de laryngite ,rhinite avec épistaxis
- *-les lésions nerveuses* : ébauche de griffes cubitale à droite ,pas d'hypertrophie des nerfs

on notait un bon état général

Examen pathologique :

Elle a montré présence de nombreux cellules de Virchow et de nombreux BH .

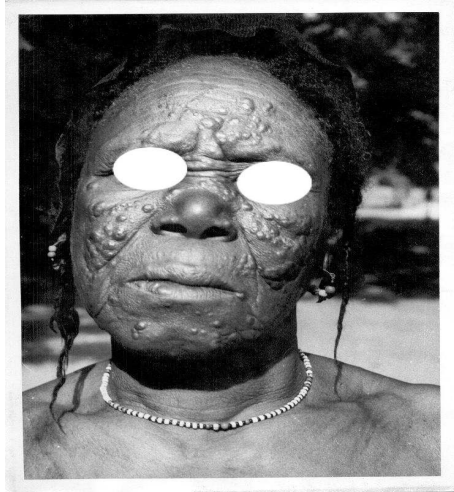
Examens complémentaires :la bascilloscopie était positive (mucus nasal et la peau), les tests immunologiques négatifs, la NFS normale et la VS accélérée

Classification : lèpre lépromateuse avec des lésions actives

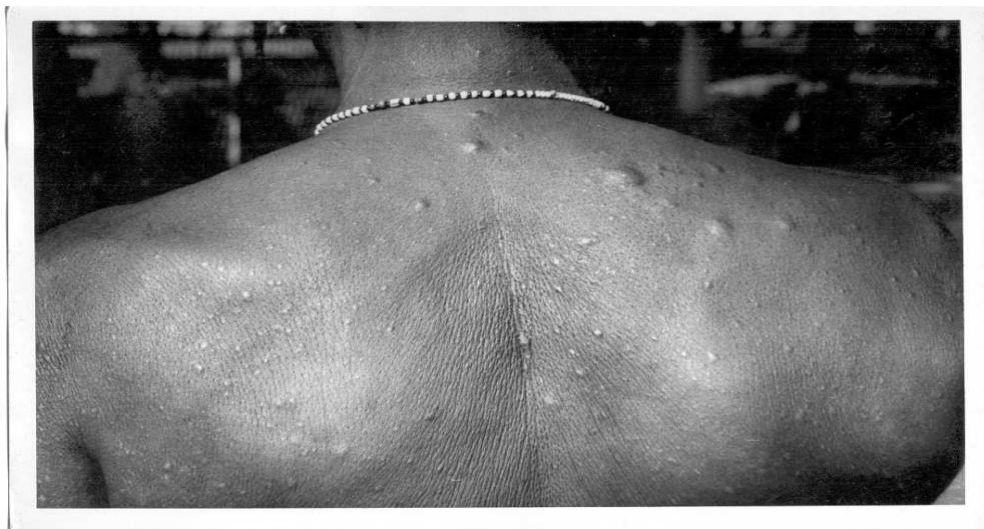
Traitement : 22 mois de Dadds 600mg/Sem

41 mois de B663

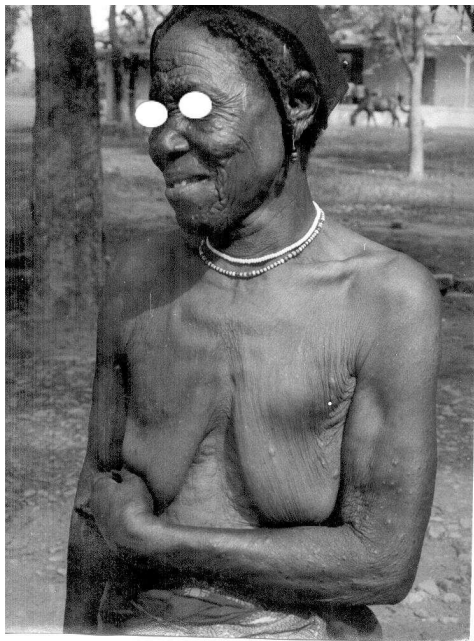
Evolution : un état cicatriciel partout avec ébauche cubito-médiane bilatérale et un bon état général avaient été observé .



Lépromes du visage



Lépromes diffuse décharge de plomb du dos et de l'avant-G



Lésion après 4 ans de traitement

Cas n°11 : HK, 20 ans, sexe masculin, de nationalité malienne, admis à l'Institut le 25-05-63 pour des lésions cutanées à type de taches dyschroniques disséminées sur tout le corps avec des cicatrices de brûlures de traitements indigènes, et des mains en griffes ; le début remonterait à 3 ans environ

Examen clinique :

- *lésions nerveuses* : de cubitaux gros et douloureux, et des griffes cubito-médiane bilatérales ont été observés
- *troubles sensitifs* : on notait une insensibilité bénigne des mains et des pieds

Examen pathologique : une destruction des glandes sudoripares et sébacées a été notée

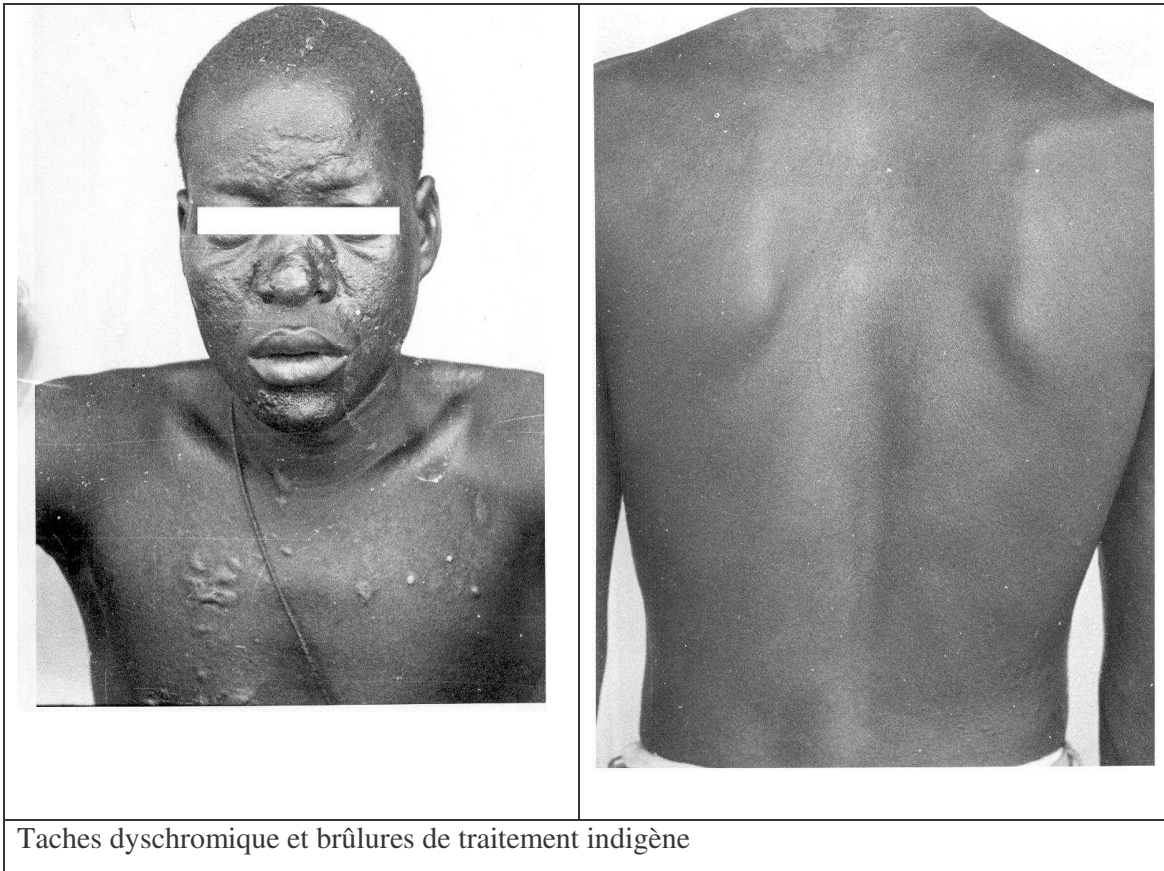
Examens complémentaires : la bacilloscopie était positive (mucus nasal et la peau), les tests immunologiques négatifs, la NFS normale et VS normales.

Classification : lèpre lépromateuse avec des lésions actives

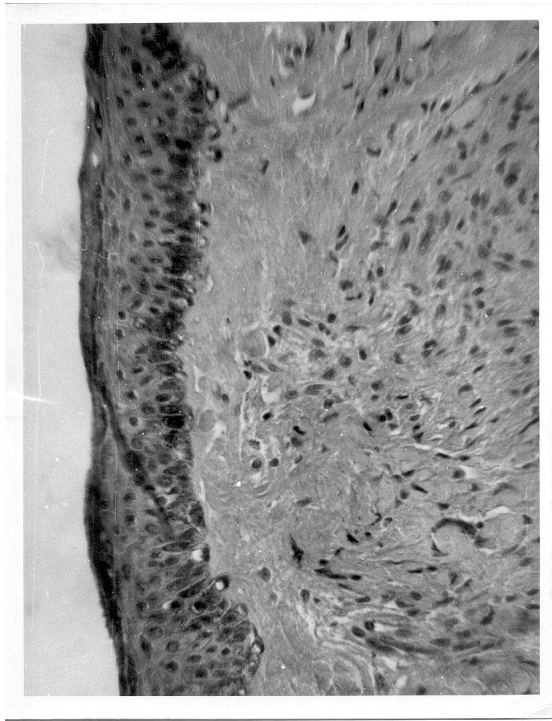
Traitement :

- 63 mois de fanasil (462,5gr)
- 117g de trinetropine
- 25 jours de DDS susp 1,25

Evolution : une stabilisation cutanée, des griffes cubito-médianes irréductibles ; et un bon état général et reste au traitement d'entretien



La biopsie de la peau



La biopsie de la peau

Cas n°12 :GD, née vers 1950, sexe féminin, nationalité malienne, admise à l'Institut le 19-02-72 pour des taches au dos

Examen clinique :

- *-les lésions cutanées* : lépromes et infiltrations lépromateuses du visage avec une dyschromie diffuse
- *-lésions nerveuses* : cubitaux volumineux et douloureux
- on note un assez bon état général

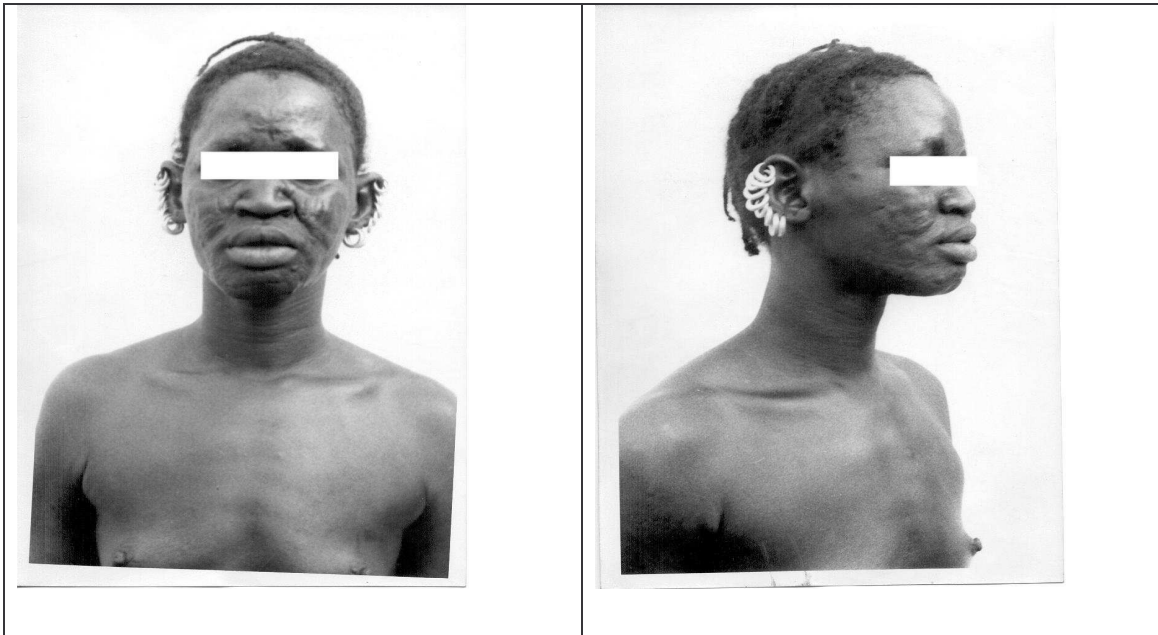
Examen pathologique : l'épiderme est atrophié réduit par endroit en un ou deux couches cellulaires .le derme est envahi dans sa totalité par des infiltrats massifs lympho- histiocytaires

Examens complémentaires : la bascilloscopie était positive (mucus nasal, peau), les tests immunologiques sont négatifs, les NFS et VS normales ; la parasitologie révèle des œufs de bilharzies et des trichomonas .

Classification : lèpre lépromateuse avec des lésions actives

Traitement : 34 mois de Dadds à 600mg /Sem

Evolution : on notait une dyschromie très atténuée, un mauvais état général, et le décès a été déploré le 3-05 -75 .



Infiltration lépromateuse du visage



Photos après 1 an de traitement

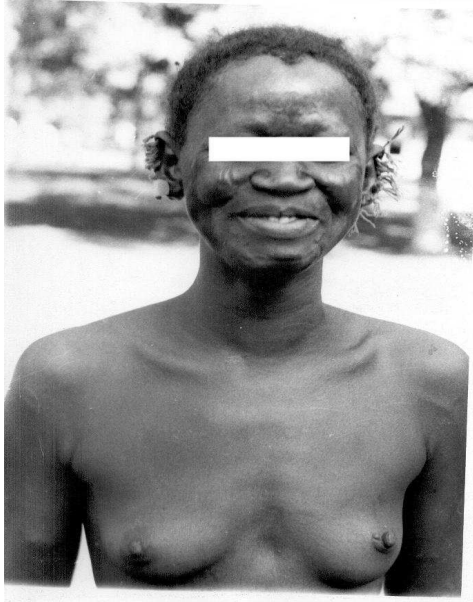


Photo après 3 ans de traitement

Cas n° 13 : ZS, 20 ans, sexe masculin, nationalité guinéenne, admis à l'Institut le 04-04-57 pour une tache au nez dont le début remonterait à 3 ans .

Examen clinique : on observait un faciès lépromateux caractéristique, une infiltration de tout le visage avec de nombreux lépromes en particulier sur le front , le menton, et les oreilles, avec le même aspect à la poitrine, au dos et aux fesses

On notait également la présence d'un épistaxis, d'une alopecie de la queue des sourcils, et des gros cubitiaux douloureux

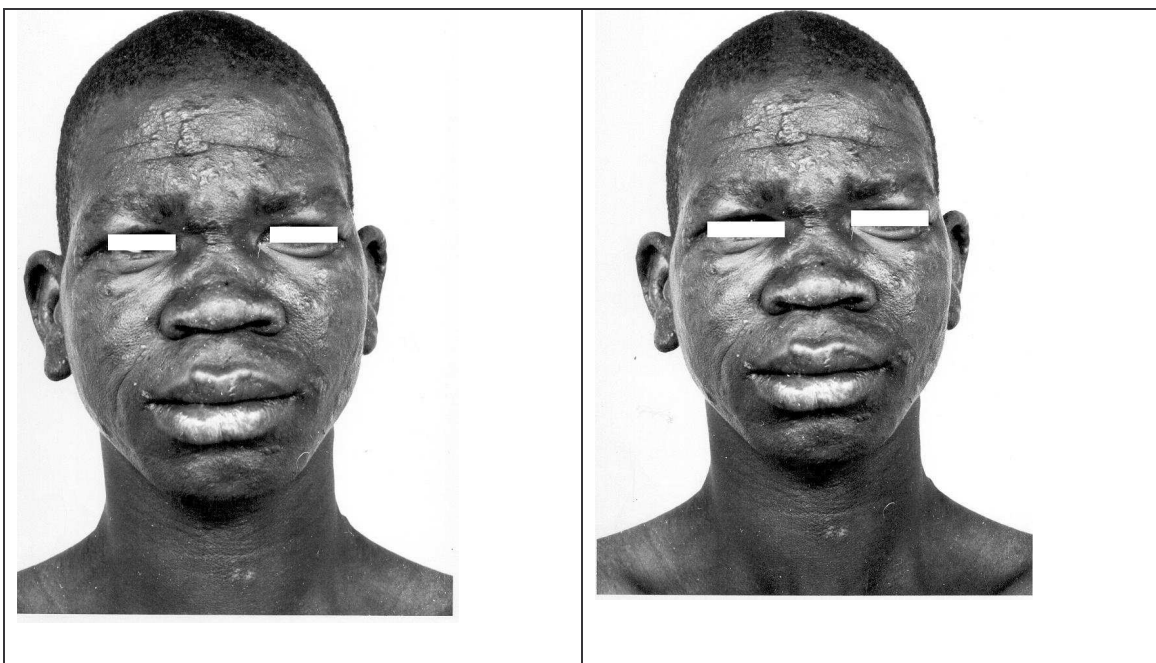
Examen pathologique : des lépromes histologiquement typiques avec de nombreux bacilles acido et alcool résistants en globes ont été observés

Classification : lèpre lépromateuse

Traitement :

- -Susp sulf TB1
- -DDS TB1 brin pendant une année

Evolution : on notait un affaissement des lépromes, une amélioration bactérienne, et le traitement a été abandonné par le patient d'où exeat le 22-12-61



Faciès lépromateux caractéristique

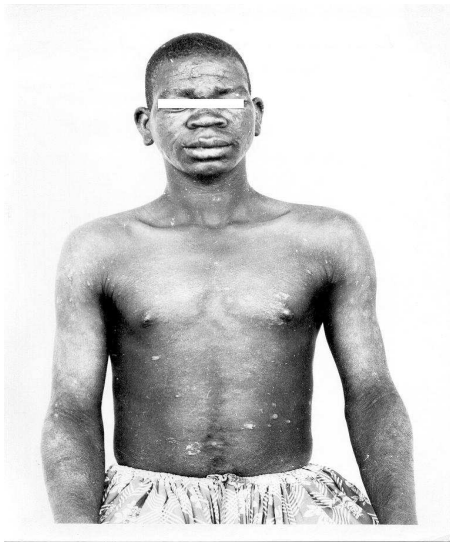


Photo après 2 ans de traitement

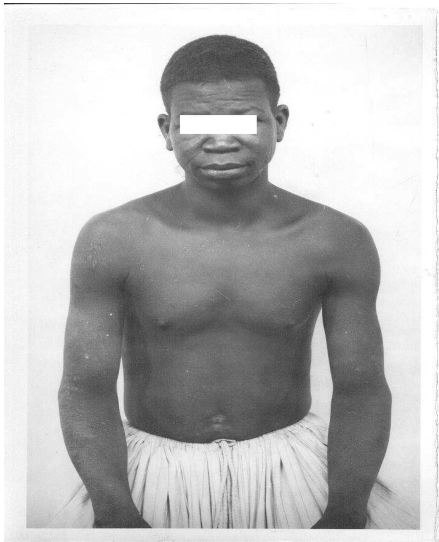


Photo après 3 ans de traitement

Cas n° 14 : DS, 18 ans, sexe masculin, nationalité malienne, admis à l'Institut le 19-04-53 pour tache au front dont le début remonterait à 6 ans environ .

Examen clinique : on avait constaté une infiltration diffuse de la face, un front irrégulier avec de nombreux lépromes, la lèvre et paupières étaient infiltrées . On notait une dyschromie cuivrée diffuse avec infiltration à la peau, une prurit et des fourmillements .

Les troubles de la sensibilité : ils étaient diffus à tous les téguments

Examens complémentaires : la basciospie était positive (peau et mucus nasal), la NFS et la VS n'ont pas été faites .

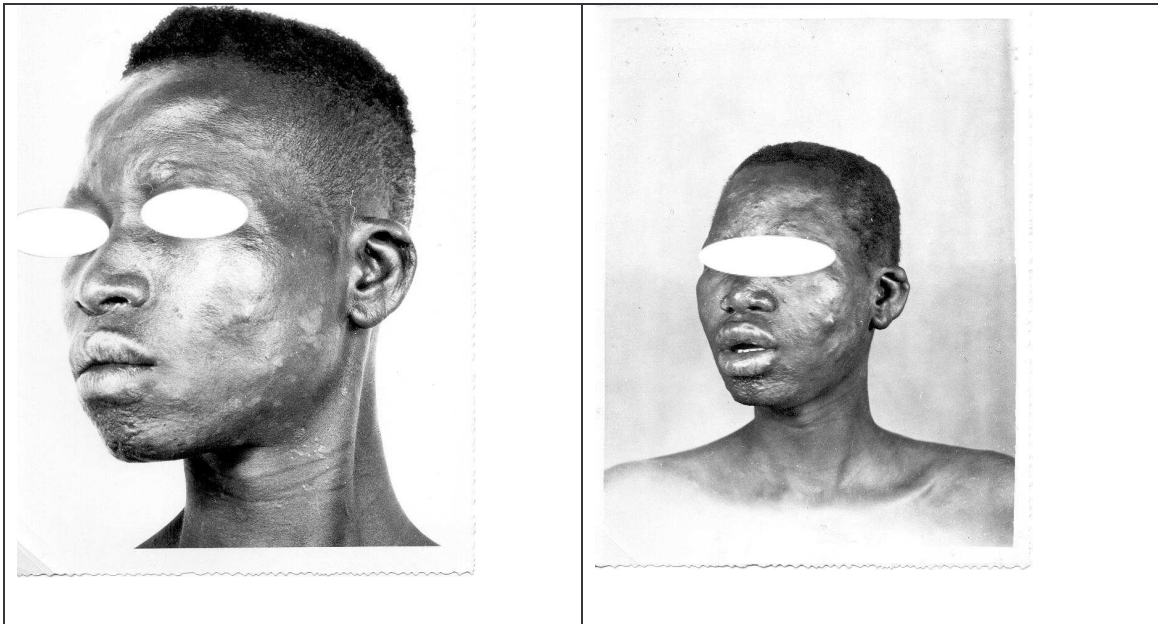
Examen anatomo-pathologique : l'épiderme était atrophié, souligné par une mince bande dermique paucicellulaire ; on notait une infiltration lépromateuse de la totalité du derme . Les cellules de Virchow ont été décelées ainsi que de nombreux BH isolés ou groupés en globi

Classification : lèpre lépromateuse

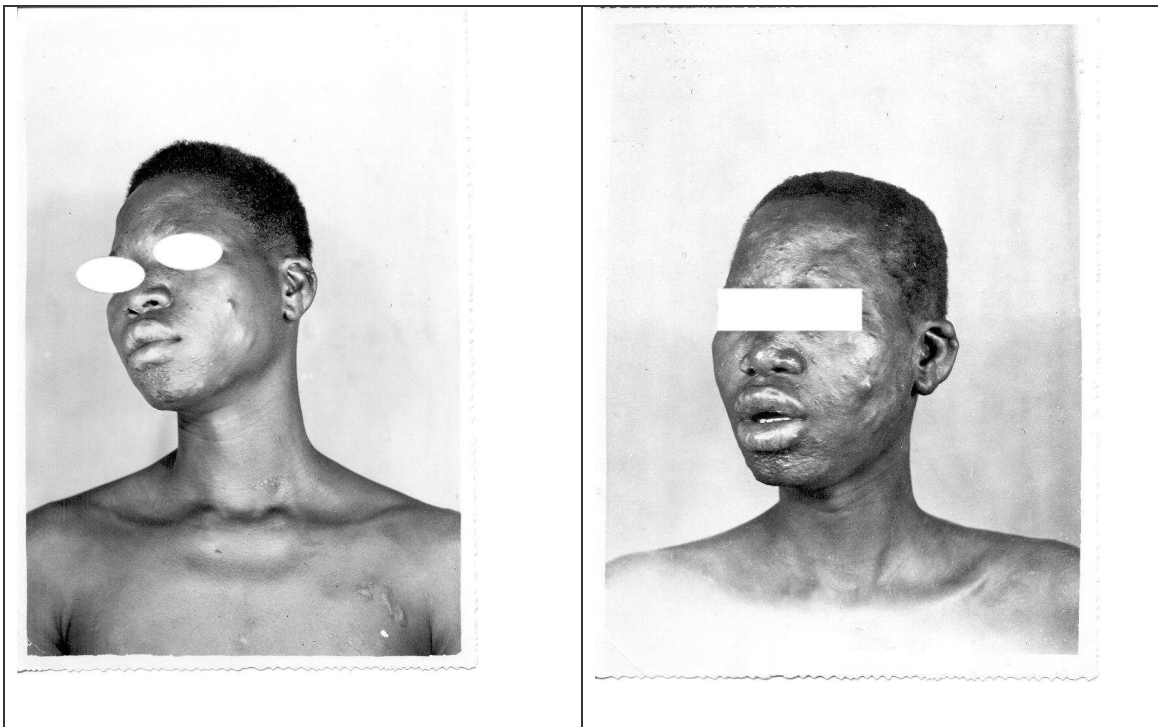
Traitement :

- -Chauffone pendant 2 ans (réaction lépromateuse émétique) .
- -TB1 /1 an
- -Disulone susp 600mg quotidien /3 ans

Evolution : on a constaté un bon état général, de petites infiltrations du visage, et une dyschromie persistante faute d'une régularité du traitement (refus) .



Infiltration diffuse de la face avec une dyschromie cuivrée



Photos après 3 ans de traitement

Cas n°15 : NK, né vers 1948, de sexe masculin, de nationalité guinéenne, admis à l'institut pour tache au niveau de la joue gauche dont le début remonte à 3 ans

Examen clinique :

- *-lésions cutanées* :infiltration diffuse érythémateuse luisante du visage , des lépromes papulaires en décharge de plomb au niveau de l'arcade sourcilières , au nez et au menton . on note une alopécie des sourcils
- *-lésions trophiques* : rhinite avec épistaxis
- *-lésions nerveuses* : cubitiaux gros et douloureux

Examen pathologique : on notait la présence des cellules de Virschows séparés de l'épiderme par une couche acellulaire donc normale .

Examen complémentaire : la bascilloscopie était fortement positive (peau et mucus nasal), les tests immunologiques négatifs, la NFS et VS étaient normales

Classification : lèpre lépromateuse

Traitement : Dadds inject pendant 5 ans (225mg une injection/Sem)

Evolution : une très bonne évolution clinique, bactériologique et neurologique, a été observée exeat 1976 .

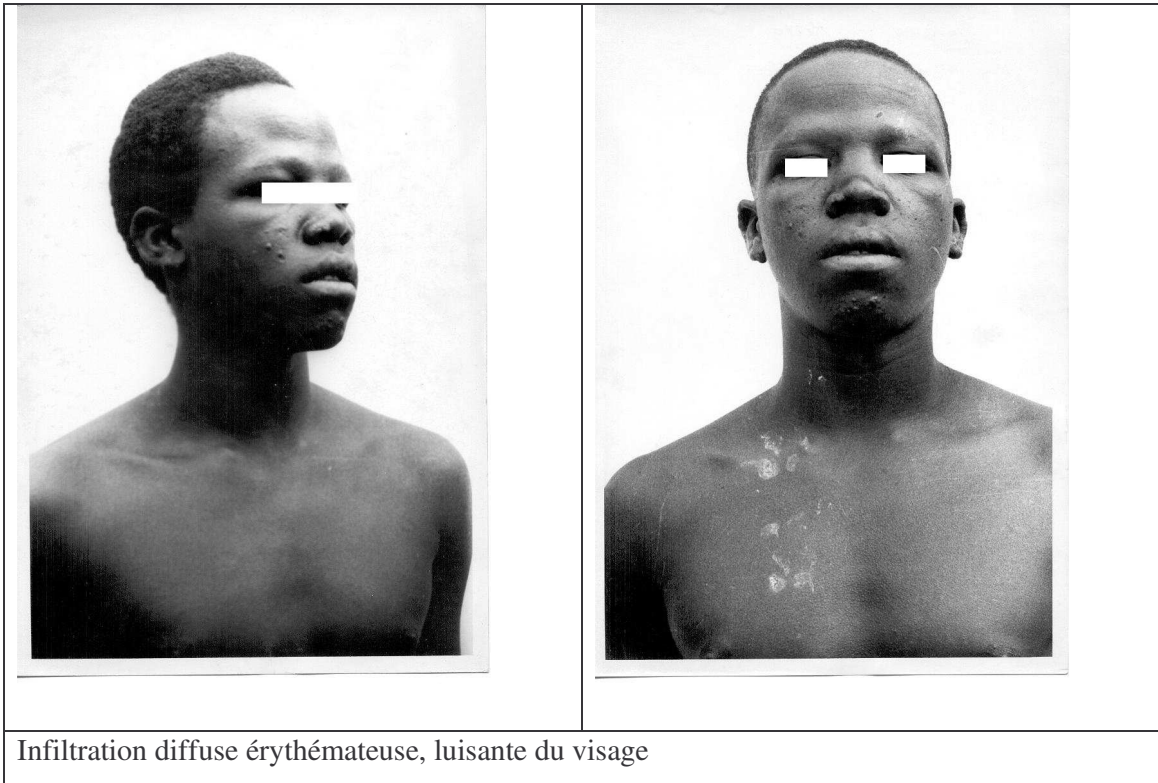


Photo après 1 an de traitement



Photo après 2 ans de traitement

Cas n°16 : ST, 13 ans, sexe masculin, nationalité malienne, admis à l'Institut le 17-05-58 pour une tache aux flancs dont le début remonterait à 4 ans .

Examen clinique : on avait observé une vaste tache hypochromique évolutive, à bords nets, micro-papuleux, et légèrement surélevés occupant toute la face .

Des douleurs articulaires, osseuses, et musculaires ont observées avec des fourmillements et des picottements .

Examen anatomo-pathologique : on avait observé une infiltration lympho-épithélio-réticulaire

Examens complémentaires : la basciscopie a été positive (peau seulement), et les tests immunologiques ont été négatifs

Classification : lèpre tuberculoïde

Traitement :

- -Néothizide pendant 2 ans
- - SS TBI brin pendant 2ans

Evolution : un médiocre état général, des séquelles cicatricielles, ont été observés et le patient devait rester sous traitement .



Taches hypochromiques du visage et du tronc

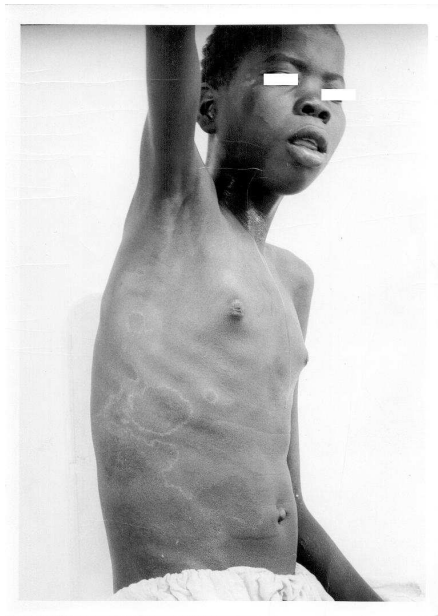
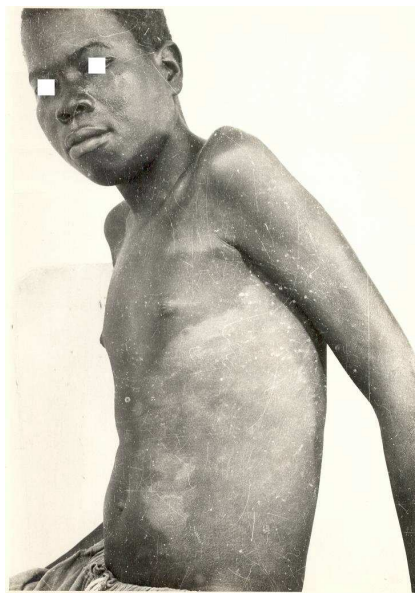


Photo après 1 an de traitement



Rechute après arrêt du traitement



Photo après 1 an et demi

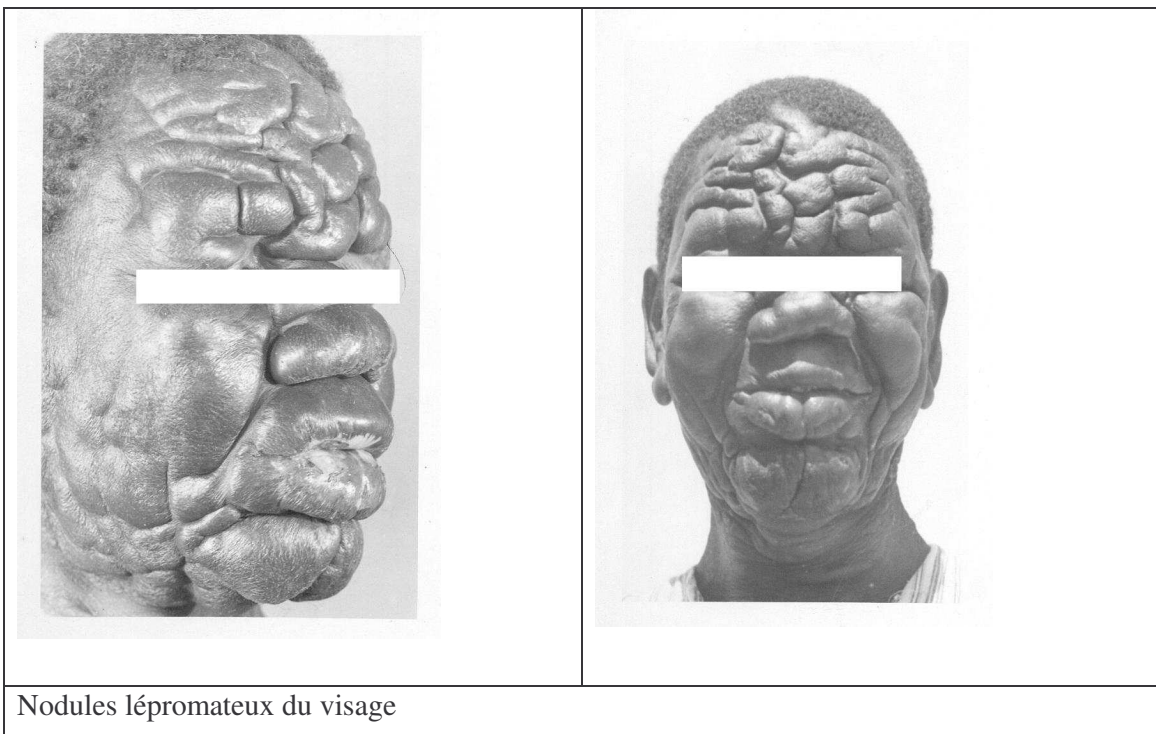


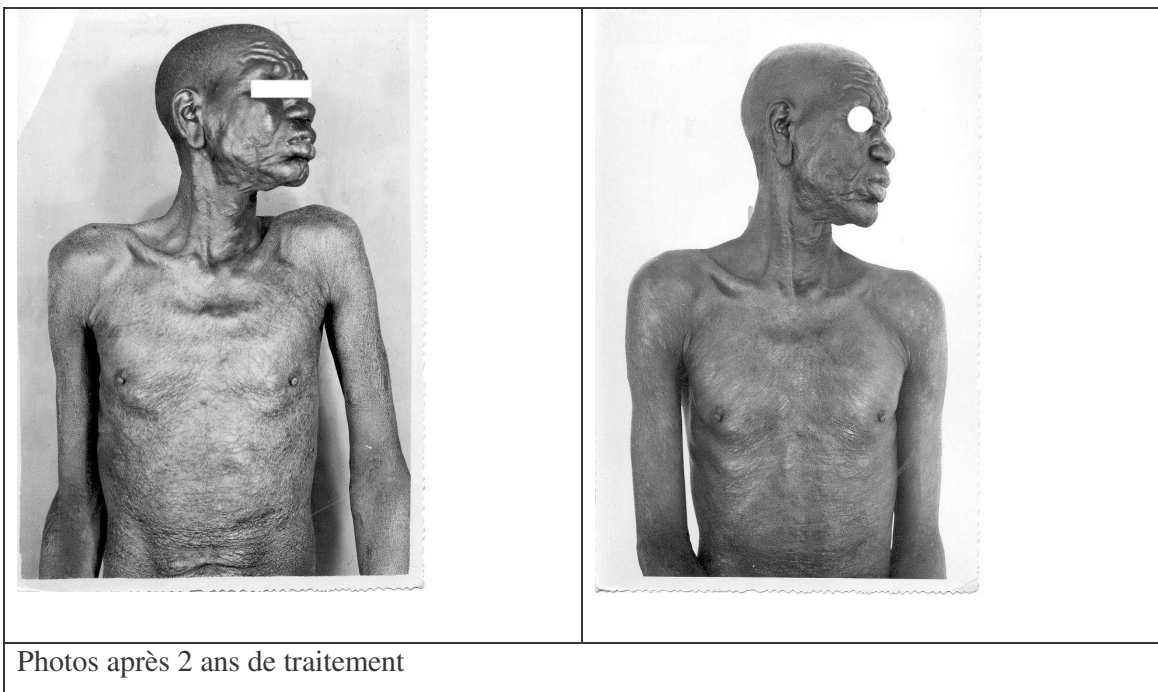
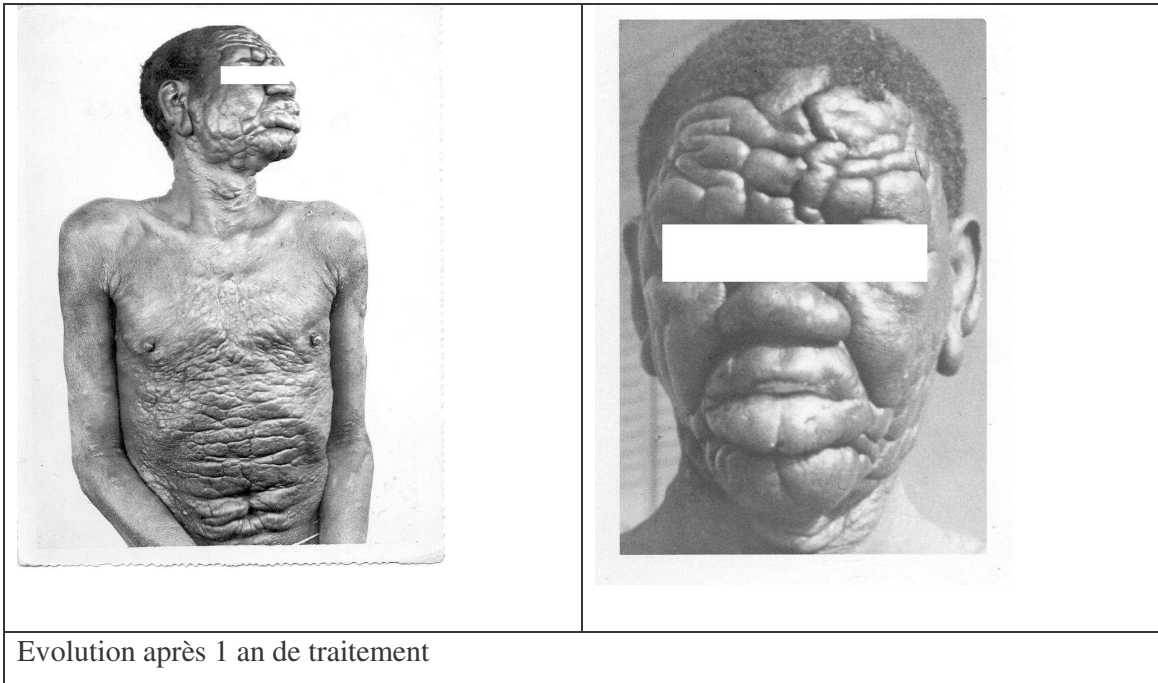
Photo après 2 ans de traitement

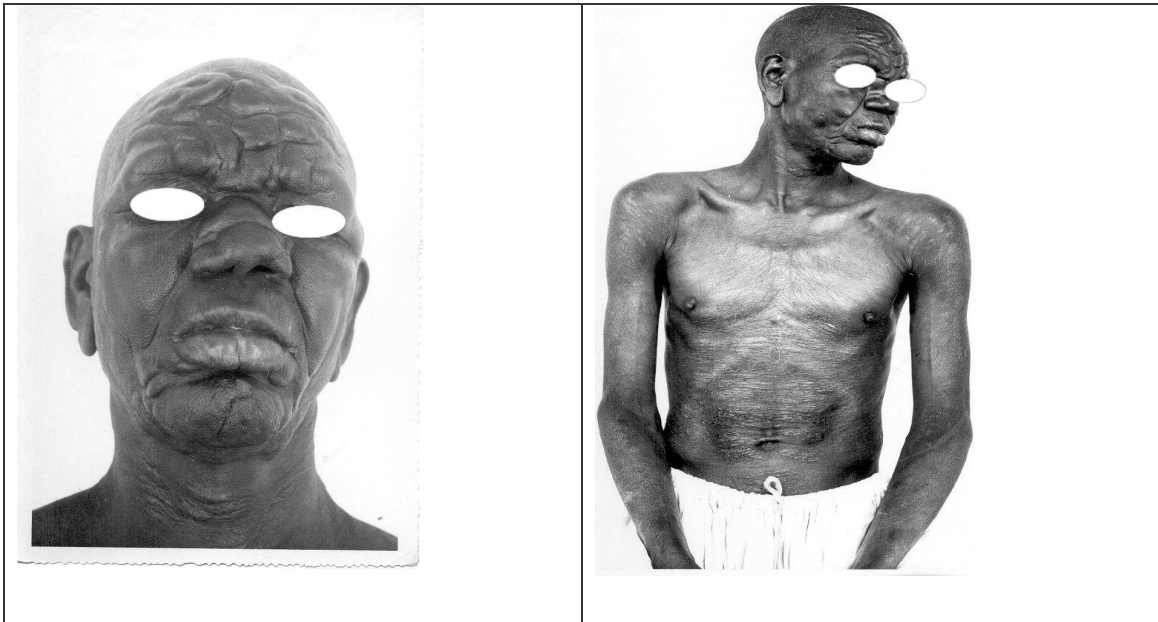
Cas n° 17: IS, 30 ans, sexe masculin, nationalité sénégalaise, admis à l'Institut pour taches des membres supérieurs et inférieurs après un traitement indigène sans succès dont le début remonterait à 3 ans .

Examen clinique : le visage était entièrement envahi par des nodules lépromateux, on notait des douleurs musculaires, des démangeaisons, des lésions de grattage, et des troubles anesthésiques généralisés .

Traitement : Susp Sulf TB1 plus un traitement symptomatique(aspirine, pyramidion, becozyme)







Photos après 3 ans de traitement

Cas n 18 : KK, sexe masculin, née en 1943 de nationalité malienne a été admise à l'Institut le 10/04/73 .

Examen clinique : on avait observé des plages scintillantes du nez, de vastes plages cuivrées à limites floues du thorax, et des membres .

Lésions muqueuses: néant

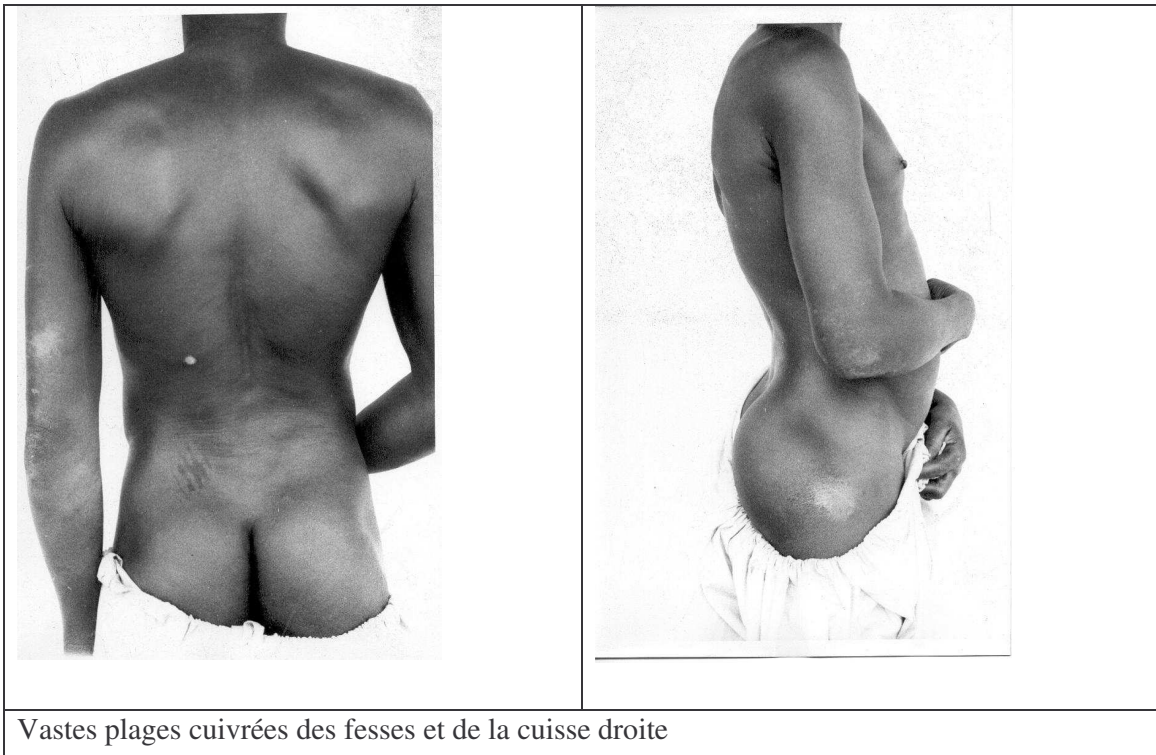
Lésions du tronc nerveux : les cubitiaux étaient volumineux et douloureux

Examen pathologique : on avait constaté infiltration dermique en bande englobant les annexes constitués d'histiocytes avec de rares lymphocytes et plasmocytes .

Examens complémentaires : la bacilloscopie a été positive (peau , mucus nasal) ; et les tests immunologiques étaient négatifs .

Traitement : il a été institué 30 mois Dapsone comp 600mg hebdomadaire

Evolution : elle a été favorable, et une disparition complète toutes les traces de la lèpre a été constatée .



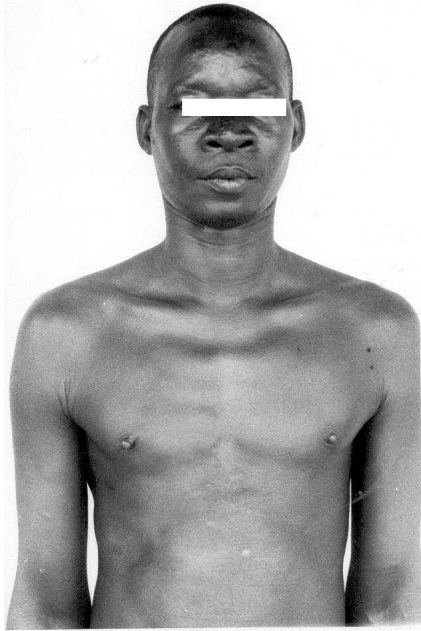


Photo après 1 an de traitement

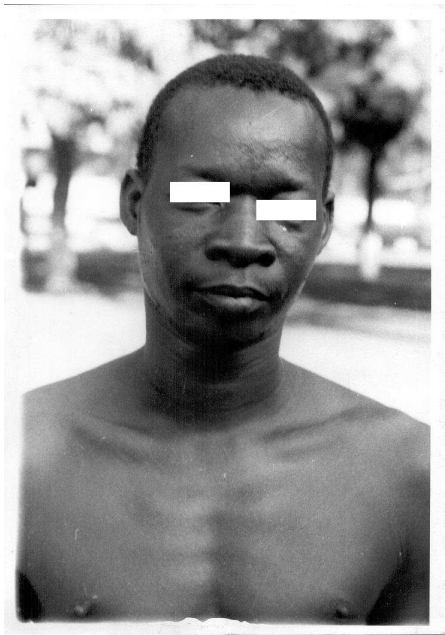


Photo après 2 ans de traitement

Cas n 19 : Y S, 30 ans, sexe féminin, nationalité malienne, a été admise à l'Institut le 21/03/56 pour une tache hypertensique du genou gauche .

Examen clinique : la région lombaire et les fesses ont été le siège d'une large nappe d'aspect tuberculoïde . Des macules achroniques planes mal limitées occupaient les faces antérieures et postérieures des cuisses . On avait observé une griffe cubitale à droite avec un début d'atrophie des muscles des deux mains .

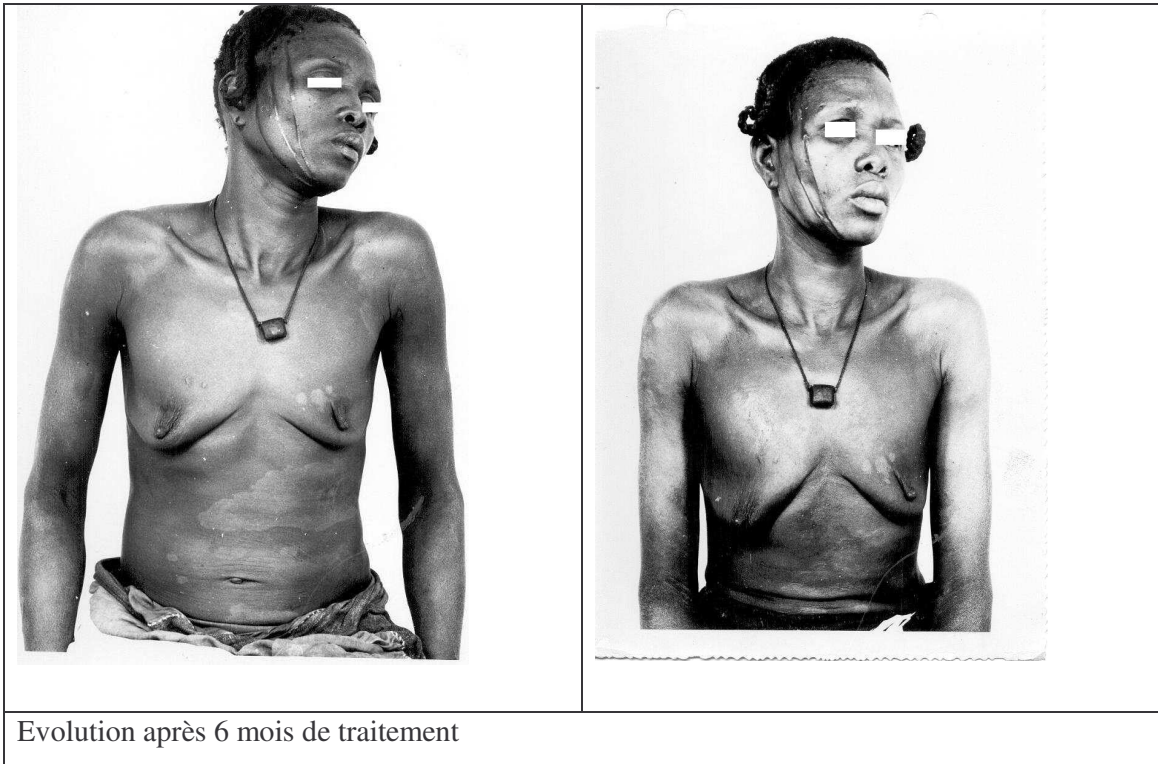
Examens complémentaires : la bascilloscopie était négative, la réaction à la lépromine a été positive

Examen anatomo-pathologique : il avait objectivé une lèpre tuberculoïde majeure

Traitement : DDS quotidien bihebdomadaire

Evolution : l'amélioration constatée en juillet 1957 s'était maintenue ; les lésions du dos et de la face antérieure du tronc ont été considérablement pigmentées et sans relief inactifs







Evolution après 1 an de traitement

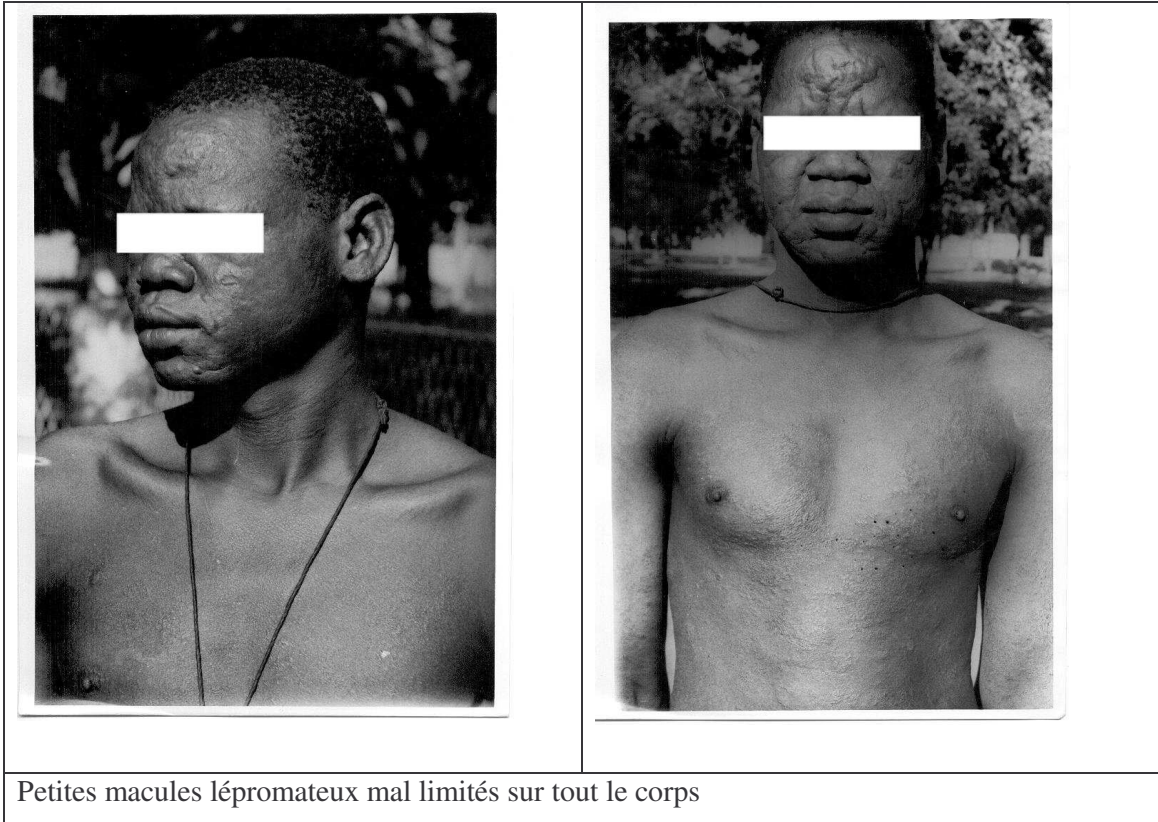
Cas n 20: K F, sexe masculin, le début de la maladie remontait à 4 ans environ par des lésions lépromateuses du visage

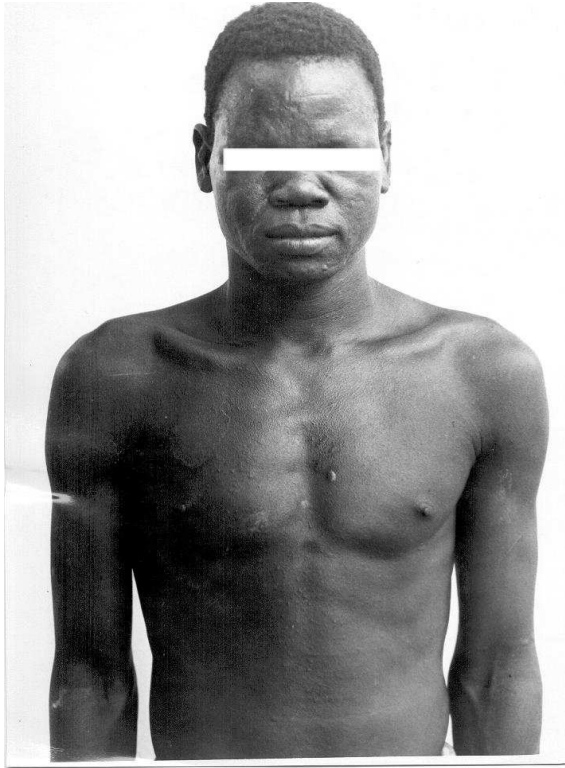
Examen clinique : tout le corps est infiltré par de petits macules lépromateux mal limités

Examen complémentaires : bascilloscopie positive

Traitement : Fanasil a la dose de 1,50 gr hebdomadaire pendant 4 ans

Evolution : on notait une nette amélioration avec disparition des lépromes .





Evolution après 4 ans de traitement

Cas n 21 : D S, 21 ans, sexe féminin, nationalité mauritanienne, admis à l'Institut pour une tache de l'avant bras droit dont le début remontait à un an environ

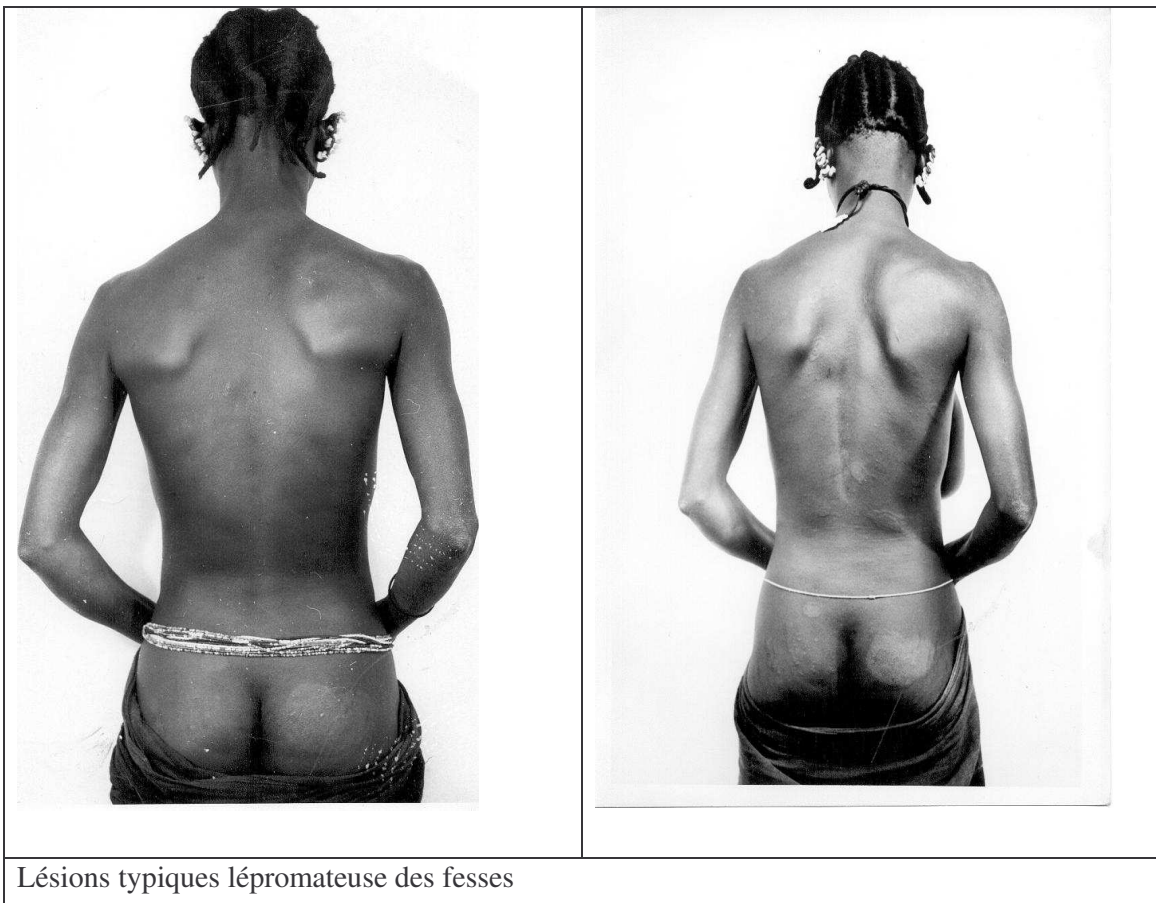
Examen clinique : on avait noté des lépromes isolés sur la région frontale, de la face avec dyschromie infiltrée, et des nappes lépromateuses à l'espace inter- sourcilière, au nez et aux joues

Examens complémentaires : la bascilloscopie a été positive (peau)

Examen anatomo-pathologique : les lésions étaient typiquement lépromateuses

Traitement : suspension sulf Tb1 bihebdomadaire

Evolution : exeat en 1954 après constat d'une nette amélioration clinique et bactériologique .



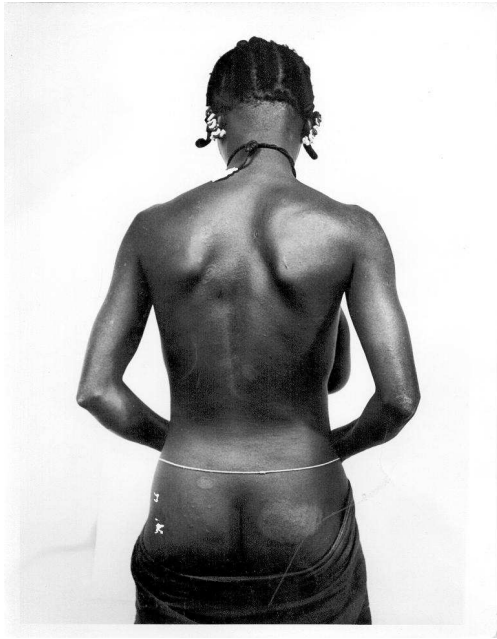
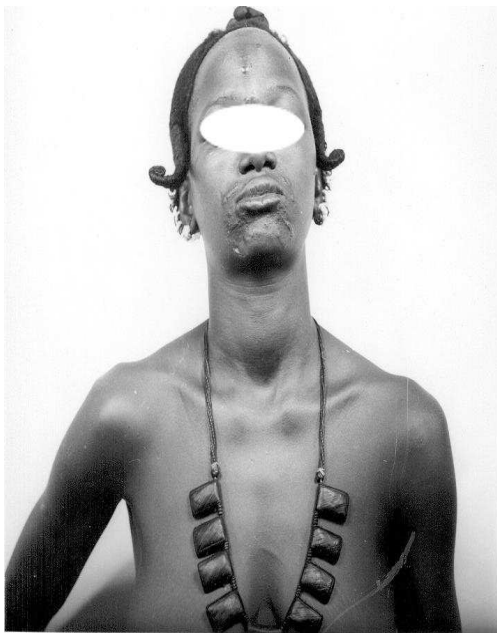


Photo après 5 mois de traitement



Lépromes du menton



Evolution après 2 ans de traitement

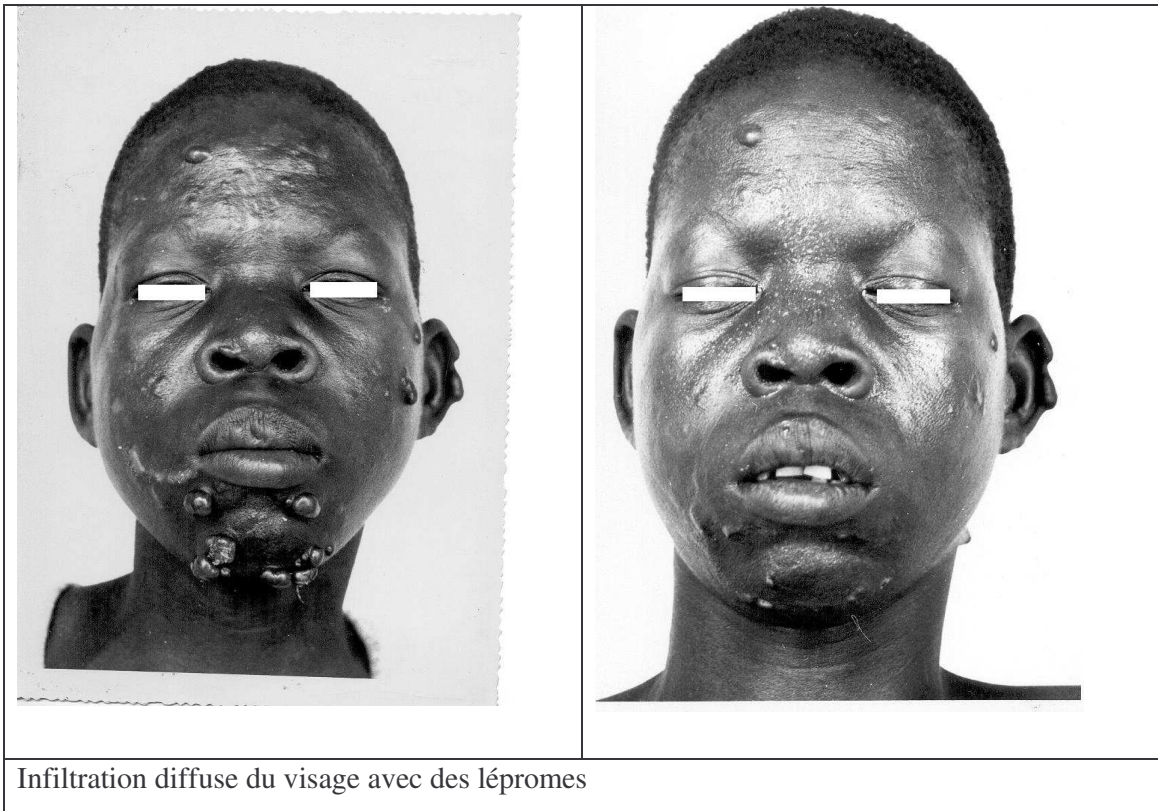
Cas n 22 : N F, sexe masculin, nationalité malienne était entré à l'Institut le 12/06/56 pour une tache au front dont le début remontait à 3 ans environ .

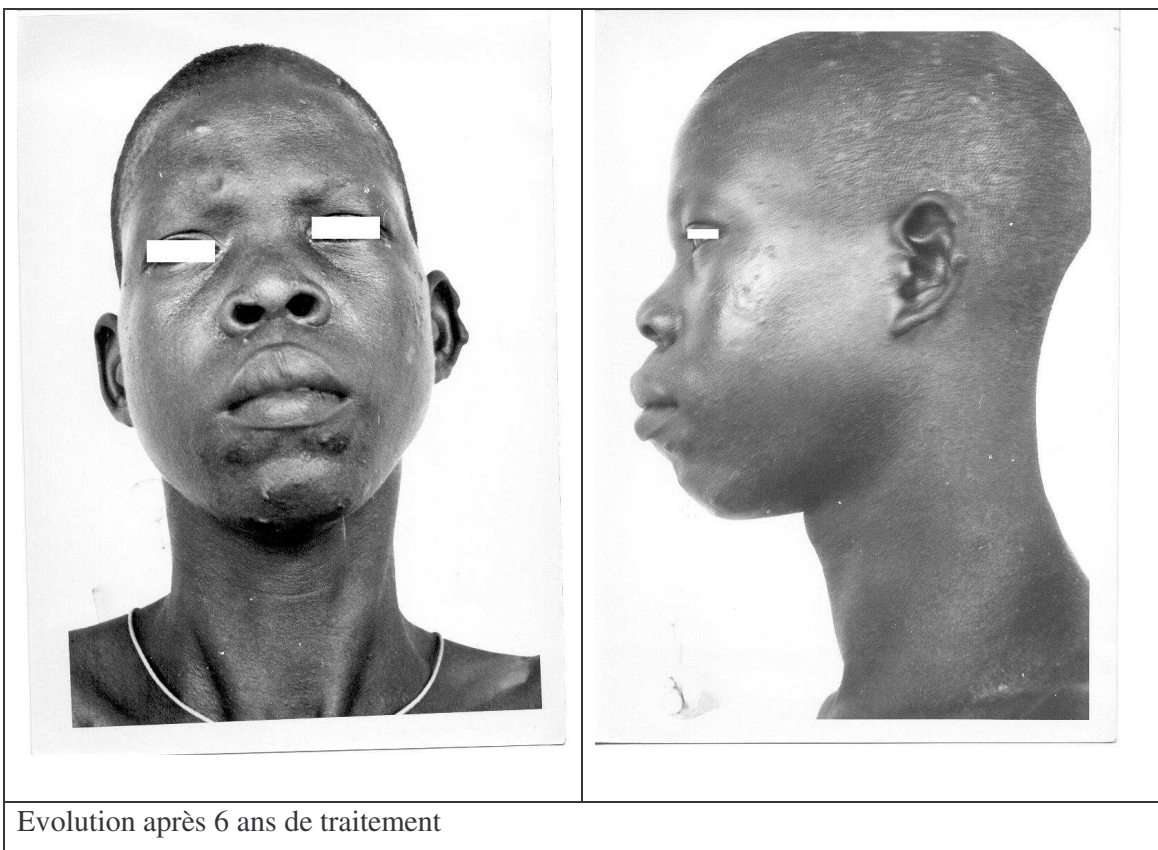
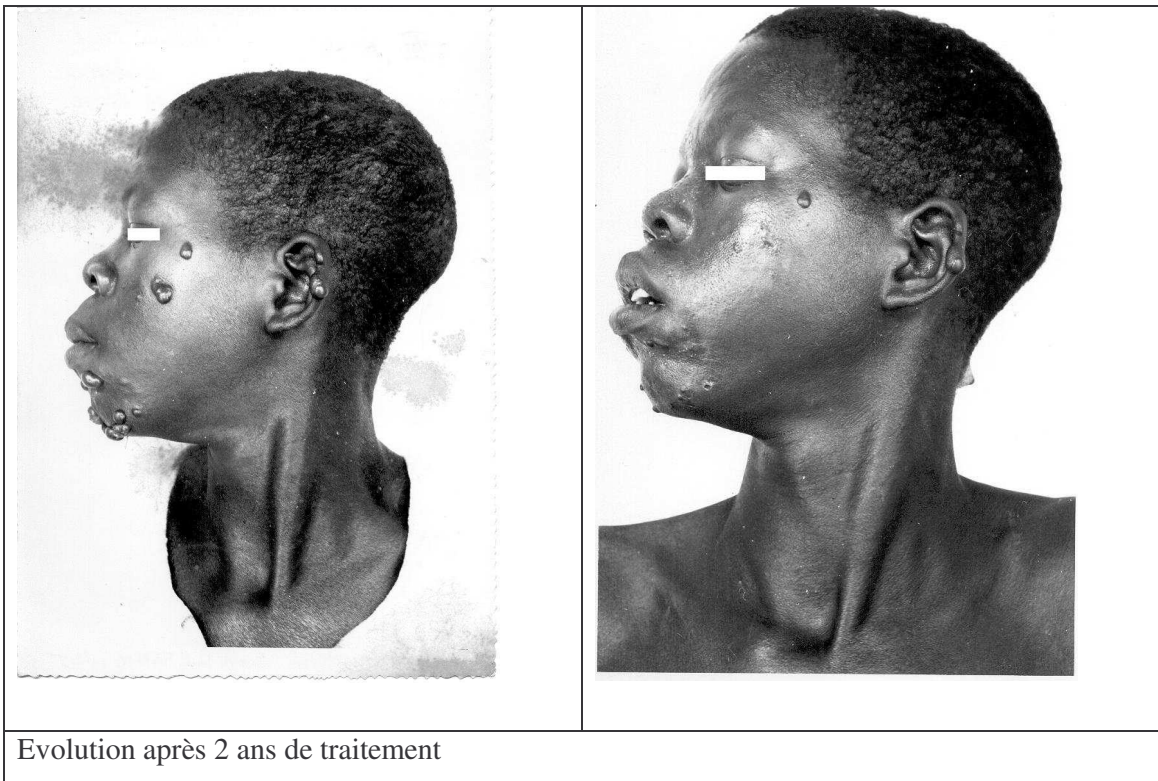
Examen clinique : une infiltration diffuse à tout le revêtement cutané avait été observée

Examen complémentaire : la bascilloscopie a été positive (peau, et mucus nasal)

Traitement : sulf Tb1 injectable puis suspension pendant 2 ans

Evolution : on note une amélioration, exéat le 23 /11/64





Cas n 23 : S K, sexe masculin a été admis à l'Institut pour une tache de la joue gauche dont le début remonterait à 5 ans environ .

Examen clinique : on observait des lépromes de la face qui deviennent de plus en plus fixes avec nappes lépromateuses au front et aux arcades sourcilières, les œdèmes ont été observés aux jambes et aux pieds .

Traitement :

- -saluthiazomide
- -cinnam et au DDS

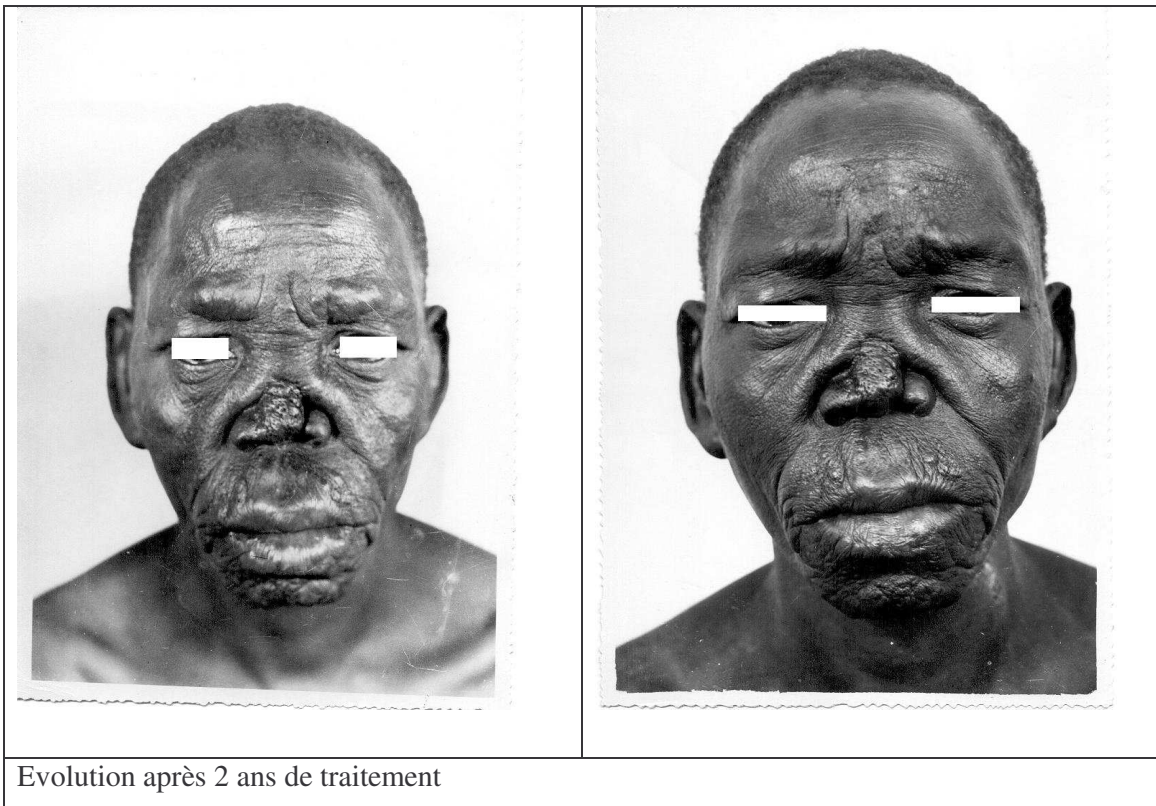
Evolution : exeat le 20/01/55 avec une nette amélioration



Lépromes du visage



Pieds lépromateux



Evolution après 2 ans de traitement

Cas n 24: F K, sexe masculin, nationalité malienne, était entré à l' Institut le 20/03/61 pour macule au front dont le début remonterait à un an environ .

Examen clinique : on avait constaté des léprides atypiques, cuivrées, cutanées sans troubles de la sensibilité

Examen anatomo-pathologique : on avait observé infiltration en amas et en travées par des cellules epithelioides avec un aspect de lèpre indéterminée en orientation epithelioide .

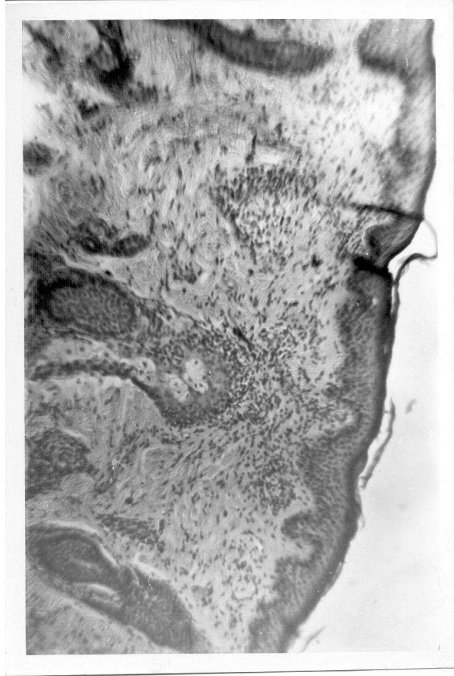
Examen complémentaire : la bascilloscopie avait été positive (BH rare au niveau de la peau, et absents dans le mucus nasal)

Traitement : 11070 acétyle pers os pendant 2 ans .

Evolution : les lésions persistaient du fait d'un refus du traitement par le patient



Macule du front



La biopsie de la peau

Cas n 25: O S, 16 ans, sexe féminin, nationalité malienne, admise à l'Institut le 20 février 1950 pour des taches au dos et au flanc droit dont le début remonterait à 4 ans environ

Examen clinique : on notait une dyschromie cuivrée de la face avec cyanose et infiltration, une insomnie et un épistaxis . on notait également une griffe cubitale .

Examens complémentaires : néant

Traitement : Disuline hebdomadaire

Evolution : exéat le 15 /12/65 avec une persistance des troubles anesthésiques



Dyschromie cuivrée avec cyanose

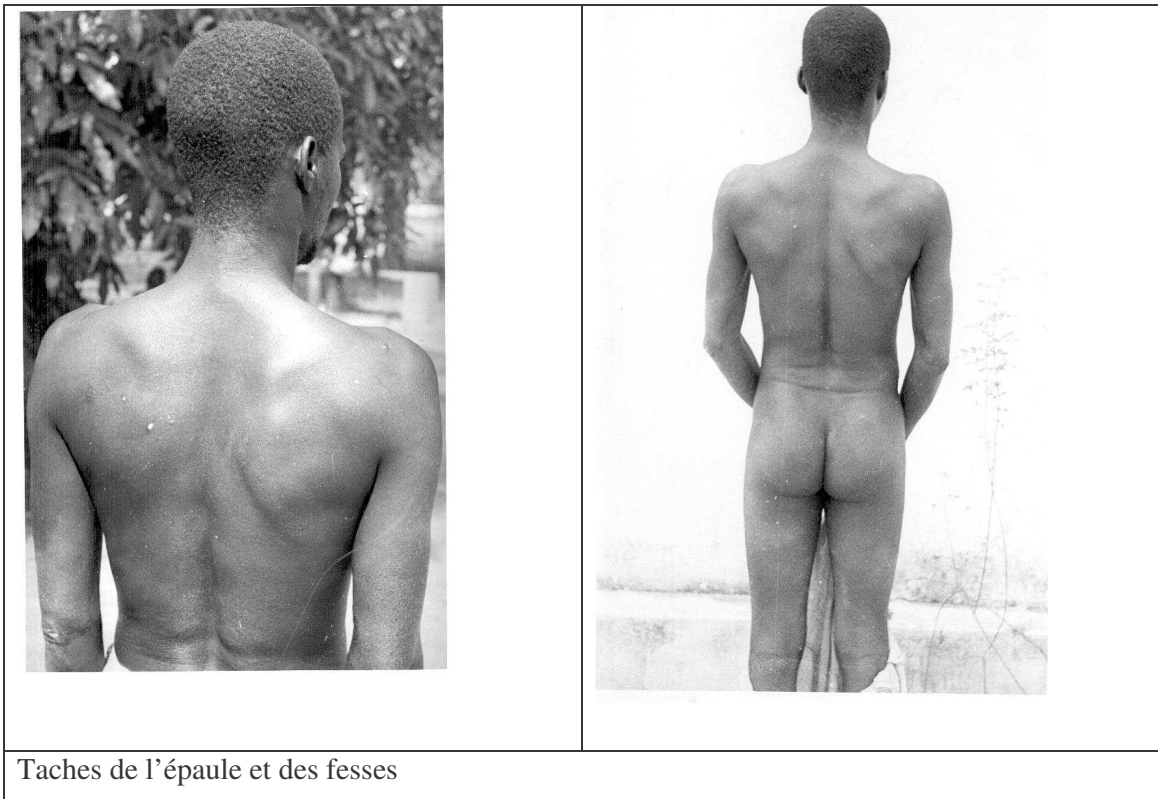
Cas n 26: M S, 30 ans, sexe masculin, nationalité malienne, admis à l'Institut le 20/05/64 pour une tache du visage dont le début remonterait à 3 ans

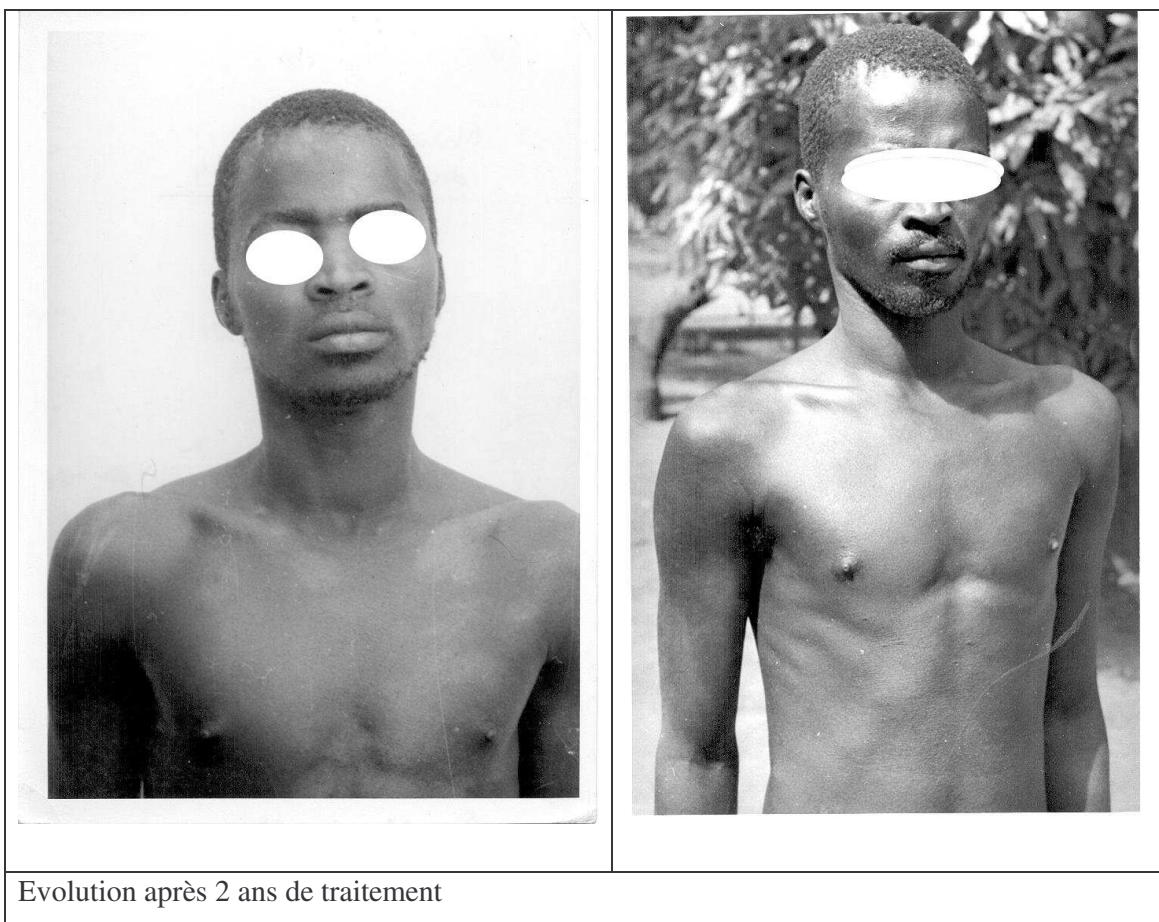
Examen clinique : on avait observé des leprides dysharmoniques à bords planes, bien limitées, et quelques lésions étaient à résolution centrale .

Examens pathologiques : on avait constaté un épiderme hypopigmentée, infiltration à type indéterminé , pas de BH

Traitement : Gama 1 ci ego

Evolution : elle était très bonne, mais le malade avait disparu en 1967 sans nouvelles .





Cas n 27 : A S, 18 ans, sexe féminin, nationalité malienne, a été admise à l'Institut le 15/02/73 pour démangeaisons du dos

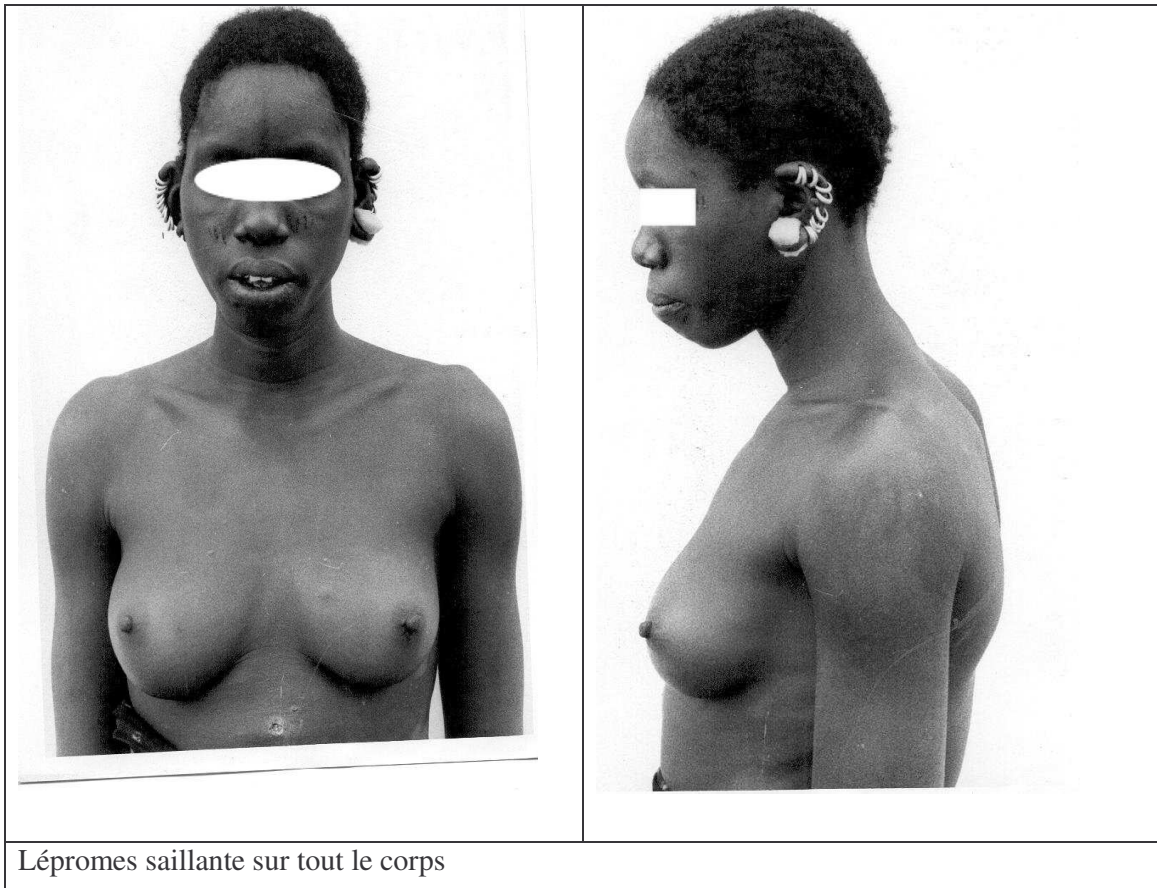
Examen clinique : on avait observé de très petites lépromes saillantes au niveau des oreilles et une peau parfaitement normale

Examen pathologique : on avait observé un épiderme atrophié, un infiltrat massif d'histiocytes, et de cellules rondes de Virchow

Examen complémentaire : la bascilloscopie était positive

Traitement : 23 mois de DDs injectable

Evolution : elle a été favorab, pas de traces de lépromes





Evolutrion : après 2 ans de traitement

Cas n 28 : B K, 18 ans, sexe féminin, nationalité malienne, admise à l'Institut le 31/12/70 pour une tache du dos dont le début remonte à 3ans

Examen clinique : on avait observé des leprides de n'importe quelle taille, asymétrique a bordure micro papuleux et érythémateux, disséminés sur le visage, le tronc et les membres . on notait également une griffe cubitale droite

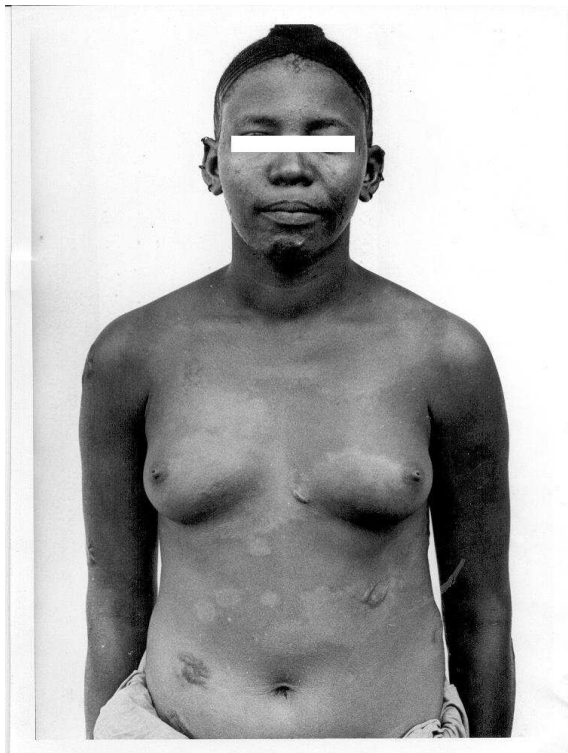
Examen pathologique :on avait constaté une infiltration dense touchant la basale constituée par des cellules epitheloïde et des lymphocytes avec de rares BH

Classification : tuberculoïde majeure

Traitement :

- -fana sil 1,50 g hebdomadaire
- -Passe ensuite à DDs suspension

Evolution : on avait constaté une très nette atténuation de l'activité des lésions , mais le malade avait disparu le 17/ 10/ 74



Evolution après 4 ans de traitement

Cas n 29 : J M, 18 ans sexe masculin, nationalité malienne, admis à l'Institut le 05/12/44 pour une tache unique au niveau de la jambe droite(face antero-externe) dont le début remonterait à 2 ans environ puis réapparition 18 mois plus tard d'autres taches très nombreuses dont l'étendue augmenterait avec la durée

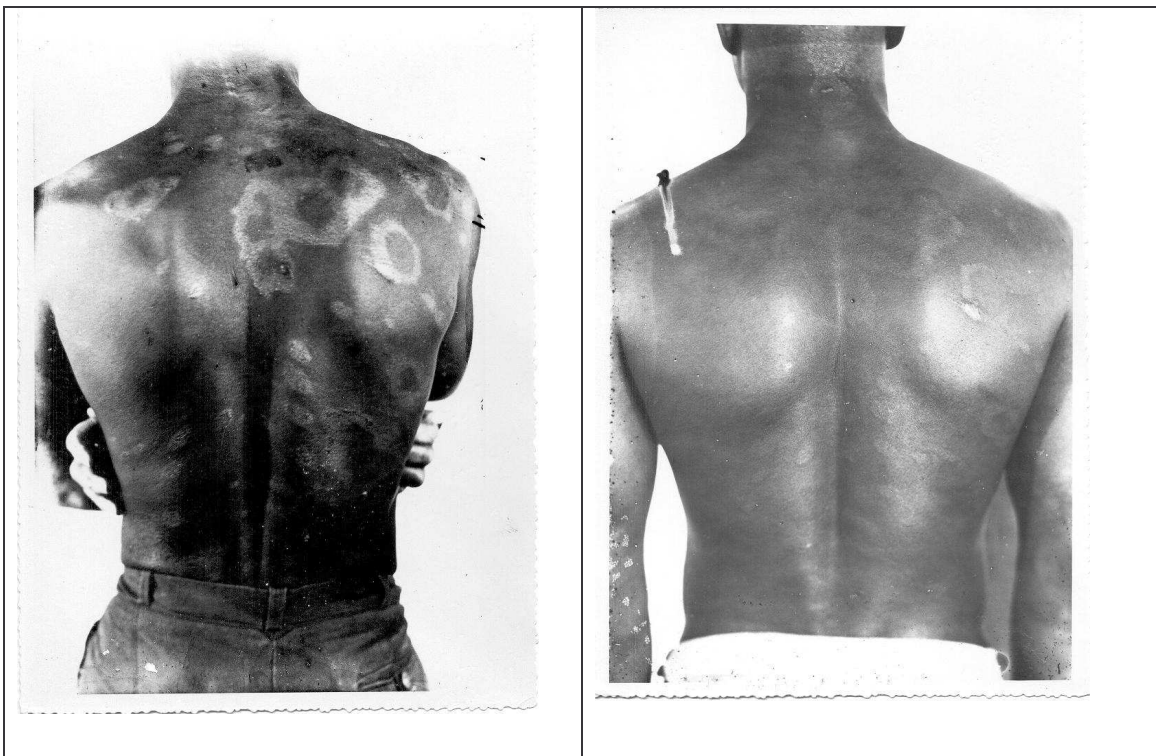
Examen clinique :la présence sur la face et la nuque des taches cuivrées, tuberculoïdes, à bords irréguliers . sur le dos on observe de multiples taches plus petites et plus nombreuses toujours tuberculoïdes et très évolutives

Examen complémentaire : la bascilloscopie avait été négative

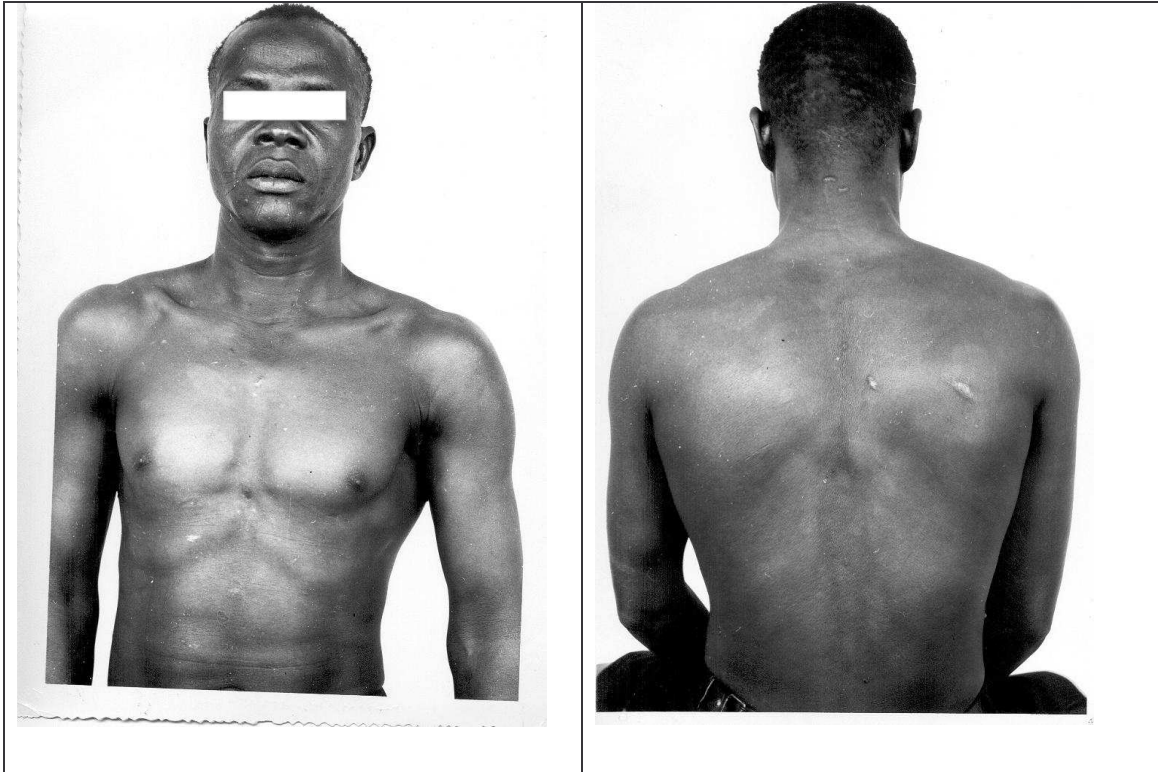
Classification : lèpre tuberculoïde

Traitement : hydrochaulmoogreol plus Disulone

Evolution : elle a été favorable , exéat le 30/12/63



Taches cuivrées tuberculoïdes



Evolution apres 7 ans de traitement

Cas n 30 : S B T, 19 ans, sexe masculin, nationalité malienne, admis à l'institut le 21/03/58 pour tache du menton dont le début remonterait à un an environ

Examen clinique : on avait observé des lépromes circonscrites en décharge

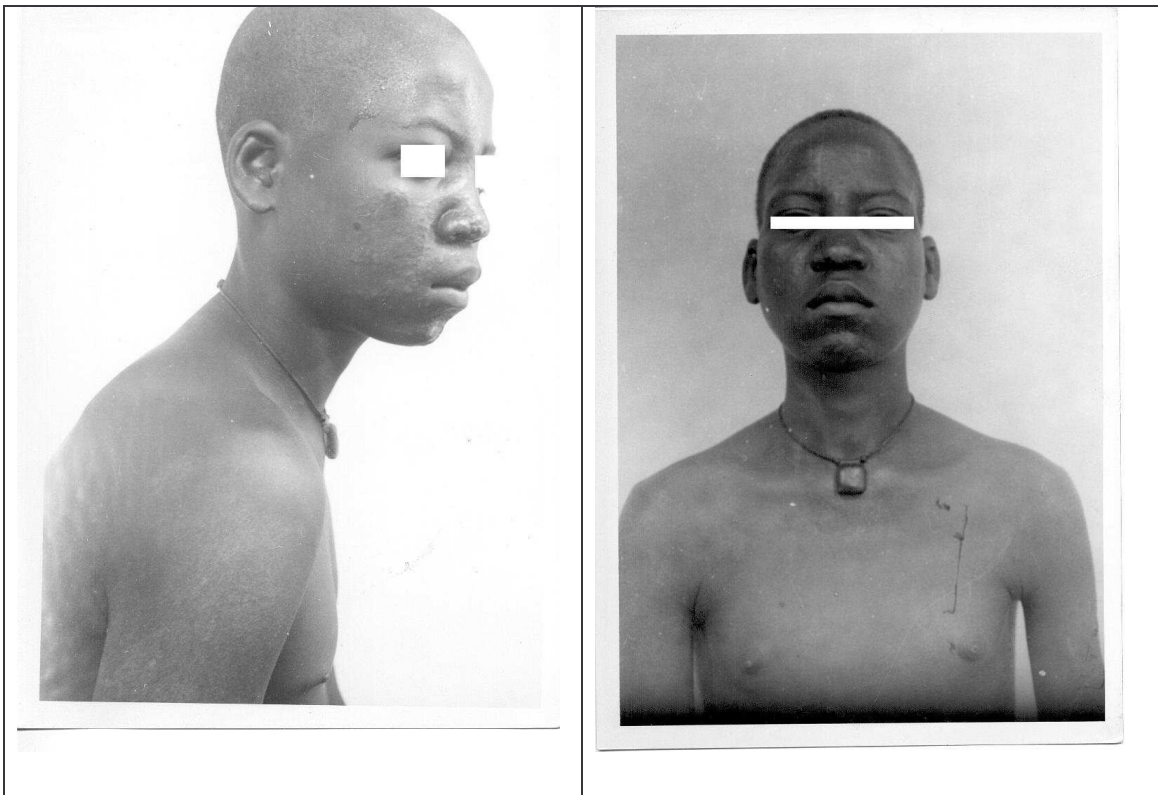
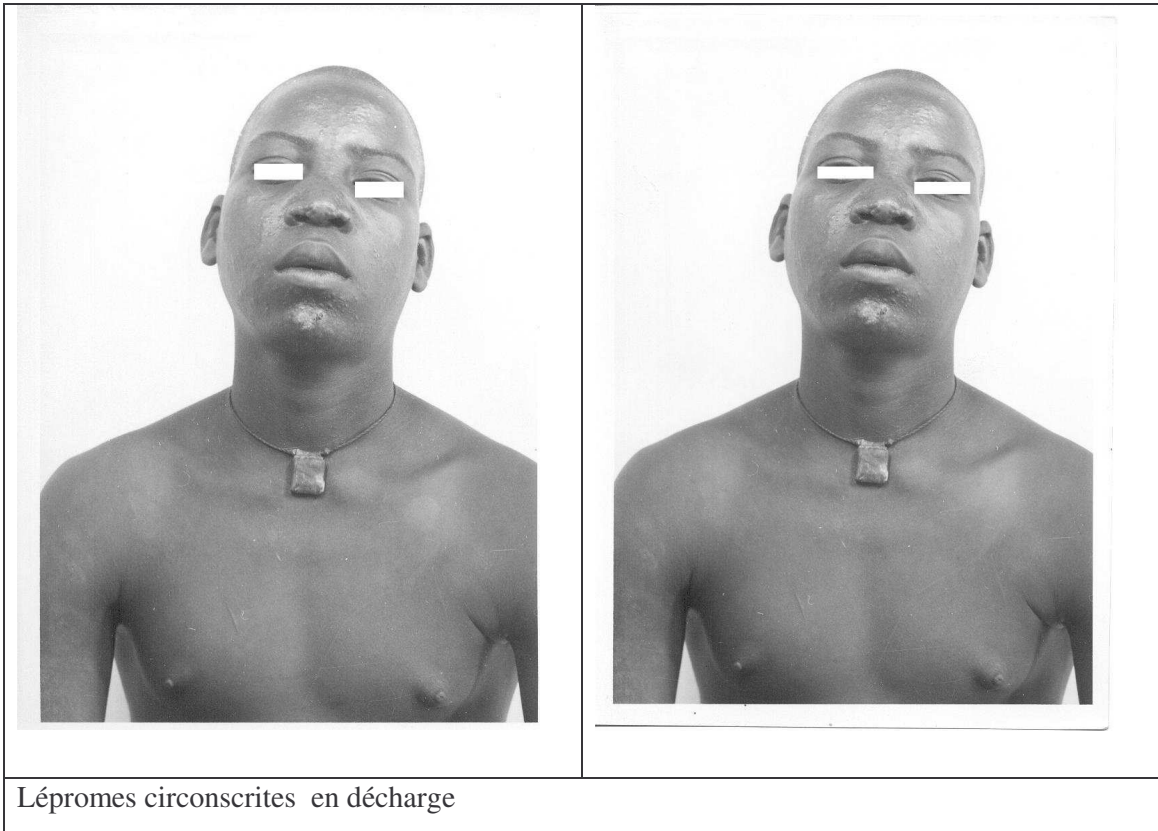
Examen complémentaire : la bascilloscopie a été positive (peau et mucus nasal), la NFS avait objectivé une hyperleucocytose avec une VS accélérée.

Classification : lèpre lépromateuse

Traitement :

- Abton Roita T : un an et 3 mois
- Gama germo diara L pendant un an
- Thioamide comme traitement général

Evolution : il s'était évadé le 13/12/58 après refus de permission



Evolution après 9 mois de traite

Cas n 31 : N C, 30 ans, sexe masculin, nationalité malienne, admis à l'Institut le 10/04/73 pour tache sur tout le corps

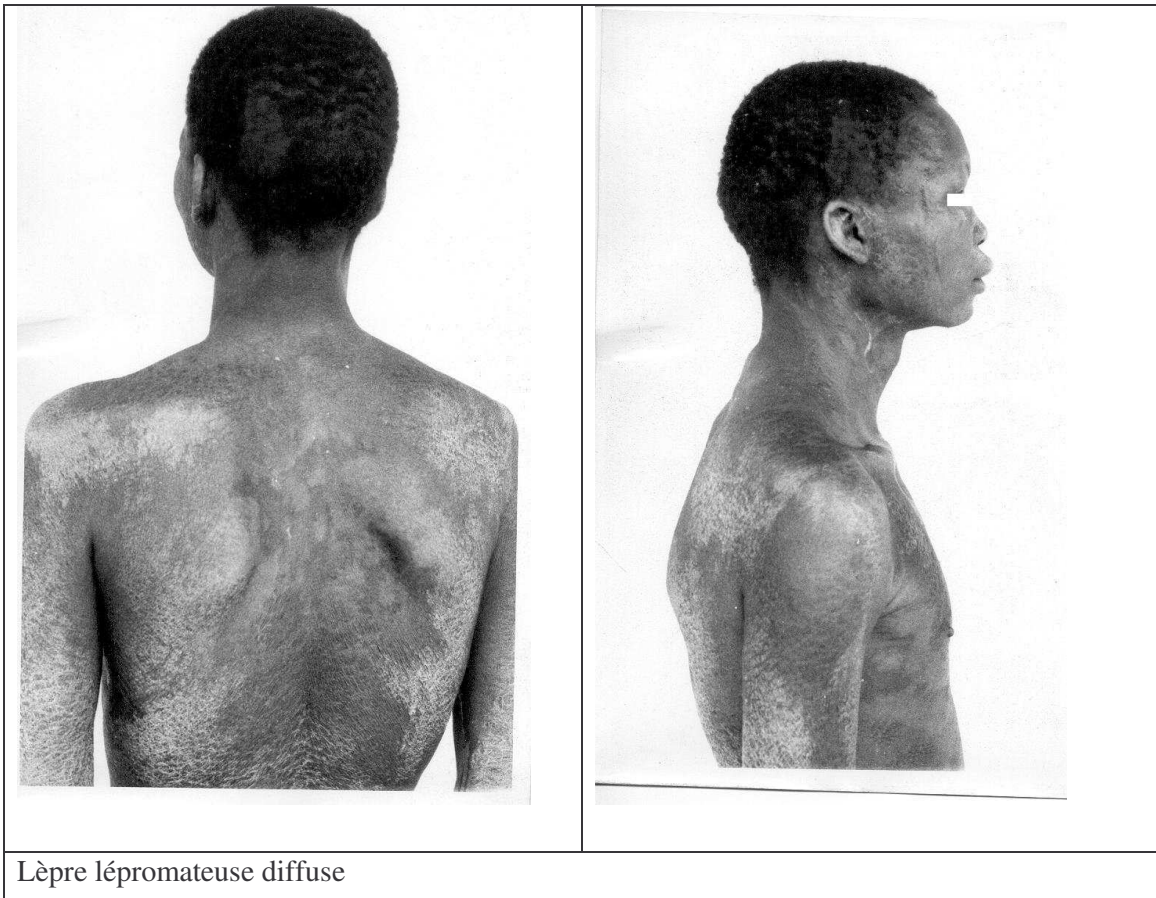
Examen clinique : on avait observé une lépromatose diffuse, une alopécie des sourcils, des gros cubitiaux douloureux et des griffes cubito-médianes, bilatérales, avec des plaies au niveau des fesses

Examen complémentaire : la bascillospie positive

Classification : lèpre lépromateuse

Traitement : 36 mois de DDs comp (600mg hebdomadaire)

Evolution : on avait constaté une très bonne évolution clinique et bactériologique, une amputation du pied gauche pour perforation et gangrène, exeat en 1976



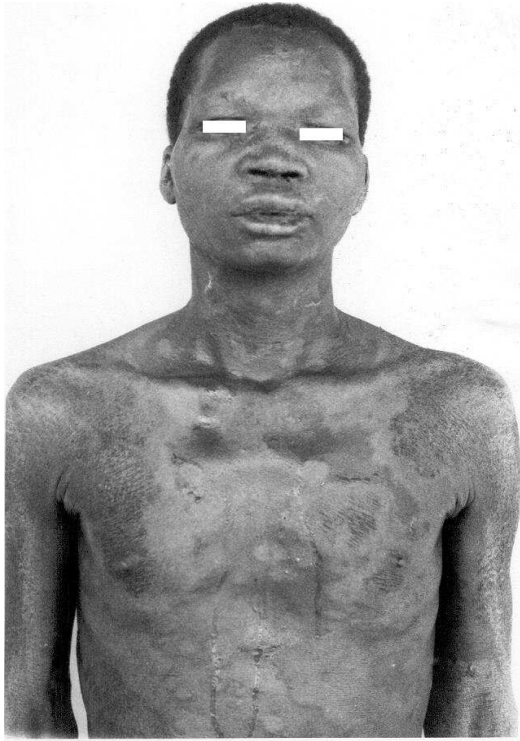


Photo apres6 mois de traitement

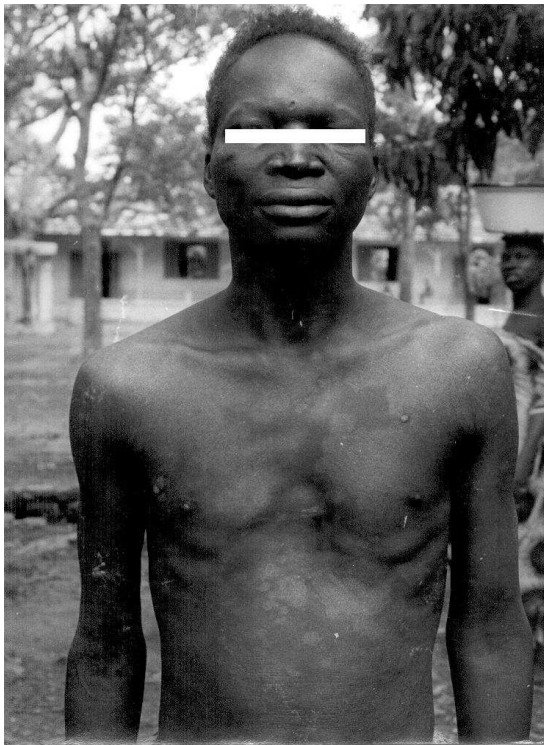


Photo après 3 ans de traitement

Cas n 32 : Les rechutes :

Cas 32-1 : Y T, 30 ans, sexe masculin, nationalité malienne, dépisté le 15/04/93

Le début de la maladie remontait à 3 ans environ, hospitalisé pour rechute sous DDs comme traitement, retenu pour essai clari.mino.oflo.2 (I L E P)

Aspect clinique : des infiltrations généralisées des lésions avec aspect luisant de l'ensemble du revêtement cutané, affaissement des lépromes, alopecie des sourcils avec des cubitiaux palpables

Classification : lépromateux MB

Traitement : J1 : clari 1g plus mino 200mg plus oflo 400mg

J 2 – J 30 : placebo

Deuxième prise :21 décembre 93

Evolution : malade exclu de l'essai le 22 décembre 93 car la première biopsie ne permettait pas l'inoculation et a été mis sous PCT OMS MB et transfert dans sa région (Mopti)



Cas n 32-2 : S H, 58 ans, sexe masculin, nationalité malienne, rechute en février 1992, retenu pour essai rifam. Oflo.

Le début de la maladie remontait en 1976 traitée par DDS (injection et comp) arrêtée il y a 3 ans environ

Examen clinique : on observe des lépromes papuleuses rares sur le thorax mais nombreux sur l' abdomen et le reste du corps

Examen complémentaire : bascilloscopie positive sur les anciens sites

Traitement : rifam plus oflo

Evolution : l'évolution a te fait vers le décès le 15 mars 1993 .



Cas n 32-3 :SF, sexe masculin, nationalité malienne, hospitalisé pour rechute le 19/03/01

Examen clinique : malade dépisté en 1982 et traité par la DDS de 1982 à 1990, et par le régime RO pendant 4 semaines avec BH maximum à 5 plus

Revu en juin 1993 pour suspicion de rechute avec 5 plus à tous les sites

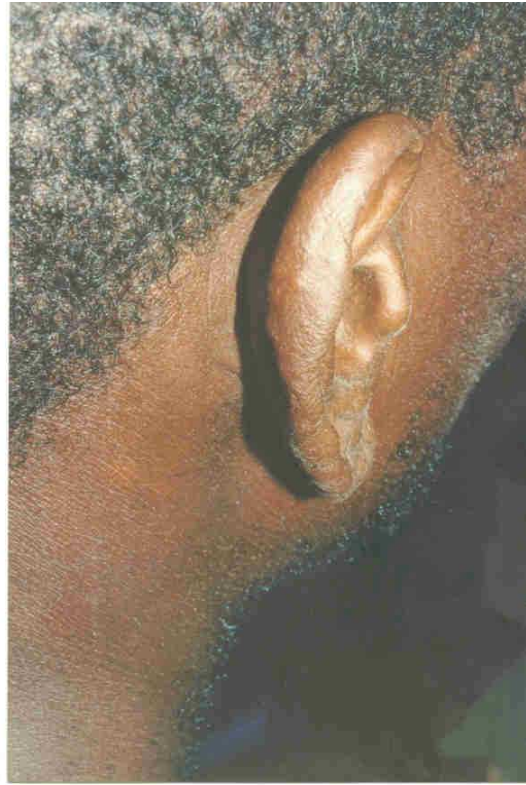
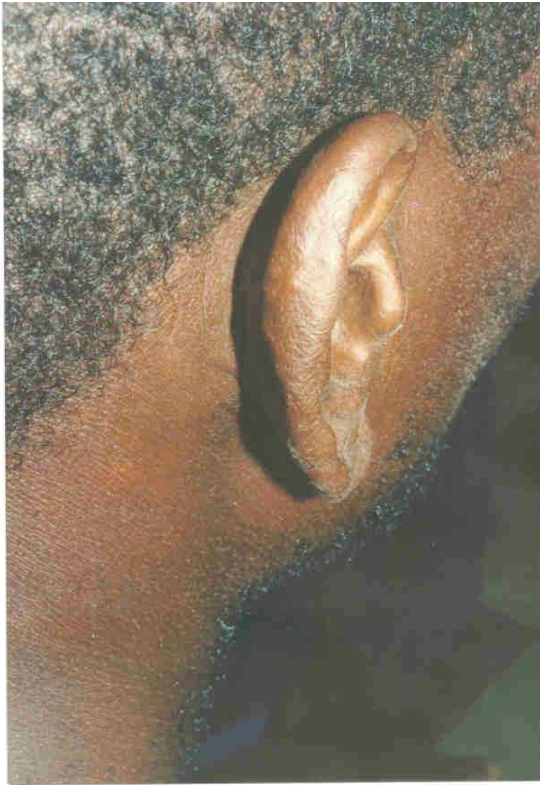
Traité par la PCT OMS MB de 1994 à 1996

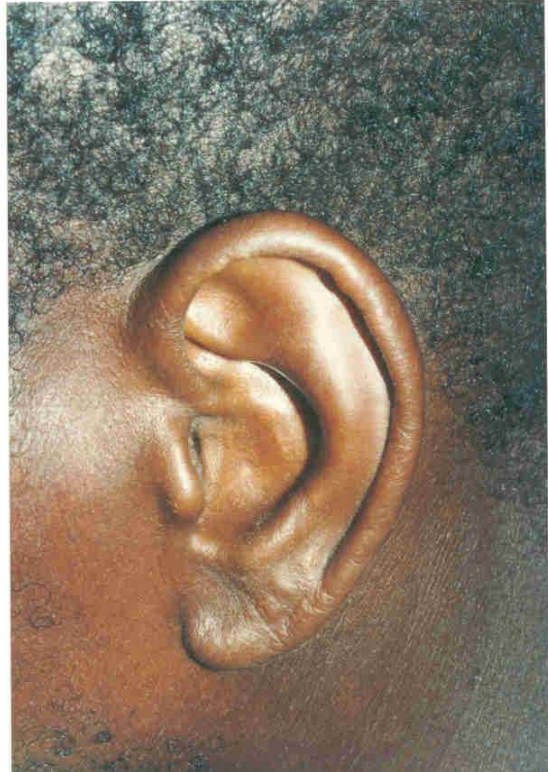
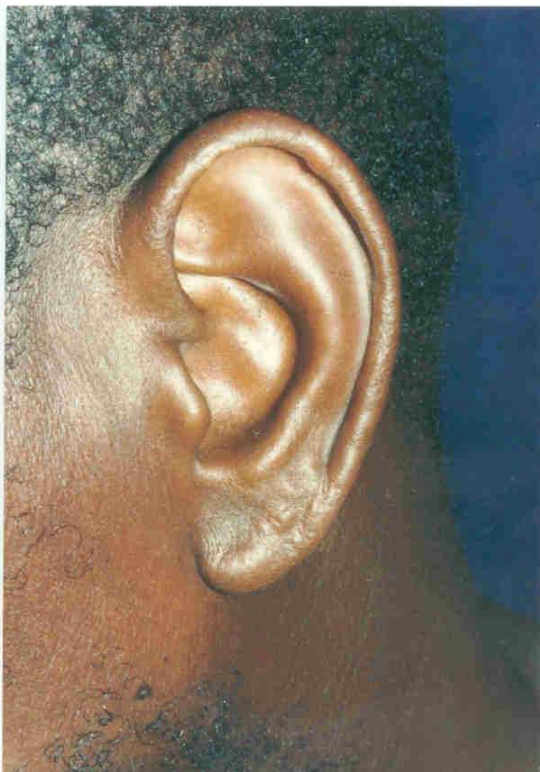
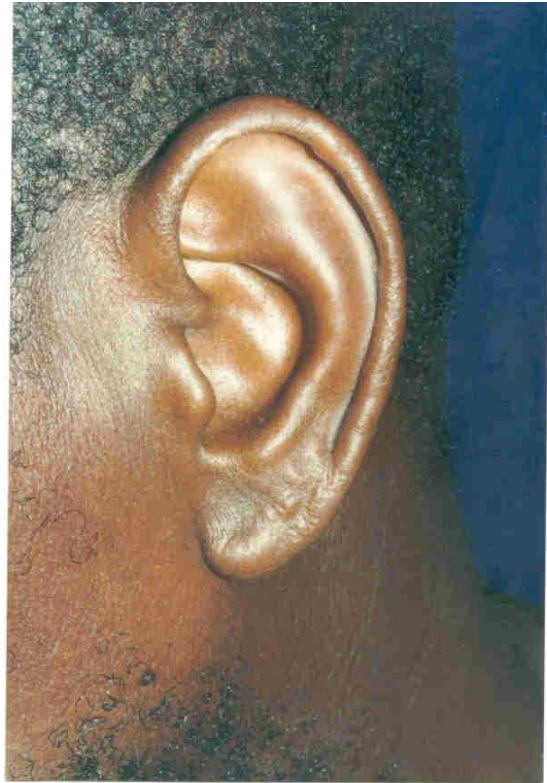
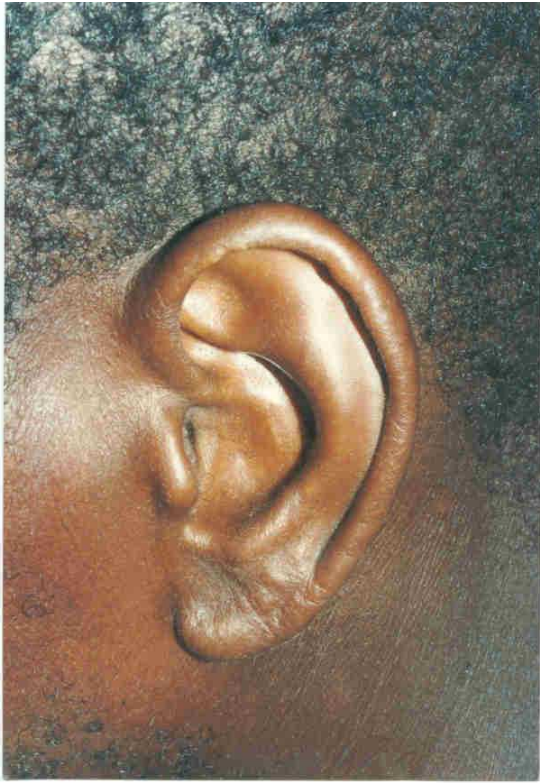
L'apparition de nouvelles nouures accompagnées de fièvre et d'arthralgie constatées depuis 6 jours motiva la consultation. Conduite à tenir : repos , thalidomide , test neurologique , bascilloscopie de contrôle Rifam 600mg/jour plus oflo 400mg/jou

Evolution : favorable , exéat le 19/04/01 avec arrêt de thalidomide













Cas n 32-4 : BD, 20 ans, sexe masculin, nationalité malienne, rechute le 15/01/93

Le début la maladie remonterait environ à 9 ans : hypochromie majeure du tronc avec aspect ichtyosiforme de tout le revêtement cutané ; petites papules cuivrés sur les joues et l'abdomen

Examen complémentaire : biopsie (j0 , j1 , j30)

Traitement : le patient prenait simultanément clari 1gr mino 200mg oflo 100mg RMP 600mg

Mise sous PCT systématique le 09/05/94

Evolution : très bonne à l'examen du 9 mai 94 , il n'existait plus de signes de lèpre, transfert après biopsie à la PCT de sa région



Commentaires et Discussions

Selon le PNLL la prévalence instantanée de la lèpre à la fin du 4ème trimestre 2002 est de 531 cas (141 PB et 390 MB) pour 610 cas à la fin du 3ème trimestre 2002,

Soit un taux de 0,49 cas pour 10 000 habitants à la fin du 4ème trimestre versus 0,56 cas pour 10 000 habitants à la fin du 3ème .

(pop. du Mali actualisée : 10.791.216 habitants en 2002).

Les malades multibacillaires représentaient 76,92 % de l'ensemble des malades en fin 2002 .

L'objectif de l'élimination de la lèpre (atteindre 1 cas pour 10 000 habitants) a donc été atteint .

Les régions de Kayes ,Koulikoro , Ségou ,Sikasso ,Mopti ,Tombouctou, Gao ,Kidal ,et le District de Bamako demeurent les aires géographiques ou le seuil de l'élimination de la lèpre (1 cas pour 10 000 Hbts) a été atteint à la fin du 4ème trimestre 2002, soit la totalité des régions du Mali.

Signalons que 10.030.357 habitants vivent dans les districts sanitaires où le seuil de l'élimination de la lèpre a été atteint représentant 93,02 % de la population du Mali.

Au Mali, trois grandes tendances se dégagent quant à l'endémicité de la lèpre : les cercles hypo –endémiques (50), meso –endémiques (3), et ceux hyper – endémiques (2).

Les cercles hypo – endémiques sont ceux ayant un taux de prévalence instantanée inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants .

Les cercles meso – endémiques sont ceux ayant 1 à 1,99 cas pour 10.000 habitants

Les cercles hyper – endémiques sont ceux ayant 2 et plus de 2 cas pour 10.000 habitants (commune IV de Bamako et Gourma – R

harous à Tombouctou)

En conclusion nous pouvons dire que la prévalence de la lèpre au Mali diminue de manière spectaculaire. Ce résultat fort encourageant est le fruit des efforts accomplis par tous les acteurs : responsables des structures de santé et partenaires au développement socio – sanitaire .

Des efforts particuliers devraient être déployés dans les poches hyper – endémiques persistantes, la mise en œuvre des SAPEL et les CEL (10).

L'implication des médecins chefs par la confirmation du diagnostic des nouveaux cas détectés, l'analyse des données et le renforcement de la surveillance épidémiologique, la mobilisation des ressources à hauteur de souhait, et l'implication effective des communautés devraient permettre au programme de maintenir l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, à savoir atteindre moins de 1 cas pour 10.000 habitants d'ici à la fin de l'an 2005.

4.1 La répartition géographique :

Sur les 35 dossiers retenus nous avons enregistré 25 maliens, 5 guinéens, 2 sénégalais, et 1 mauritanien.

Ce résultat s'explique par le fait que tous ces pays étaient réunis au sein du Haut Sénégal du Niger et que le seul centre de diagnostic et de traitement de la lèpre était l'Institut Marchoux de Bamako.

4.2 L'âge et le sexe :

L'âge moyen de nos patients était de 24,74 plus ou moins 4 avec des extrêmes à 13 et 58 ans.

Nous avons colligé 25 sujets de sexe masculin et 10 sujets de sexe féminin avec un Sex Ratio de 2,5 en faveur des hommes.

4.3 Les antécédents :

Parmi les 35 patients 2 (5,72 %) seulement avaient des parents directs lépreux, 1(2,85 %) avait des grands parents lépreux. Les 32 autres étaient sans ATCD lépreux (91,43 %)

4.4 Les motifs de consultations :

20 patients (57,15 %) sur 35 avaient des taches sur le corps comme motif de consultation ; 4 (11,43 %) sur 35 avaient été consultés pour des lépromes ; 4(11,43%) sur 35 pour des macules ; 3 (8,56 %) pour démangeaisons, et 4(11,43%) sur 35 pour les rechutes.

4.5 Les examens complémentaires :

L'examen complémentaire clé a été la bacilloscopie qui était positive chez 21 patients (60%), négative chez 5 patients(14,28%), et non faite chez 9(25,72) .

4.6 La classification :

29 patients(82,87%) sur 35 étaient des lépromateux , 5(14,28%) sur 35 tuberculoïdes et 1(2,85%) sur 35 inter polaire .

4.7 La prise en charge :

Elle consistait en la réduction des lésions dermatologiques et surtout neurologiques, afin d'éviter les séquelles invalidantes .

Les principaux schémas thérapeutiques utilisés ont été : la DDS + gamma ci ego , la disulone, le sulf1, le tetracor et l'essai de claritromycine-minonycine-ofloxacine a été fait pour les 4 cas de rechutes

4.8 L'évolution :

Nous avons observé :

- -14 guérisons complètes ont été (40%)
- -13 guérisons avec séquelles(37,15%)
- -6 perdus de vue (17,13%)
- -2 décès (5,72%) .
- -20% des patients ont été exéats au bout de 6 à 12 mois, 17,13% au bout 12 à 24 mois, 22,87% au bout de 24 à 36 mois, et 40 % avait séjournés plus de 36 mois .

4.9 Les contraintes méthodologiques :

notre étude aurait pu gagner en pertinence si :

- -Nous disposions d'une bonne documentation car plusieurs dossiers étaient incomplets et certaines photos de mauvaises qualités

- -les moyens matériels nous permettaient de traiter tous les dossiers des lépreux même étant incomplets, de façon générale tous ceux qui comportaient des photos . Cela allait permettre d'avoir une bibliothèque électronique du service de léprologie du CNAM .

Conclusion et Recommandations

5.1.CONCLUSION :

Au terme de cette étude ,il apparaît que l'icnographie à plus d'un titre peut être d'un apport considérable dans le diagnostic de la lèpre

en particulier et dans presque tous les domaines de la santé en général

Dans notre série de 35 dossiers les photos classées dans l'ordre d'apparition de la maladie jusqu'à la guérison peuvent guider l'utilisateur même sans commentaires :

- -l'âge jeune des patients était de règle : plus de 60 % des patients avaient entre 13-30 ans
- -trois patients avaient des ATCD lépreux dans leurs familles
- -57,15 % des patients avaient été consultés pour des taches et 11,43 % pour des lépromes et macules
- -la bacilloscopie a été positive chez 60 % des patients , et non faite chez 25,72 % des patients
- -82,87 % des patients avaient la lèpre lépromateuse , 14,28 % la lèpre tuberculoïde , et 2,85 % la lèpre inter polaire
- -40 % de guérisons complètes ont été enregistrées , 2 décès ont été déplorés

La lèpre , maladie infectieuse , invalidante doit être suspectée devant toute dermatose si minime soit-elle . Le diagnostic jusque là essentiellement clinique doit faire désormais appel à l'immense bibliothèque numérique ou la banque d'images qu'est l'iconographie.

Enfin il est évident que :

Tous les domaines de la vie courante sont et seront transformés par l'informatique

A fortiori, la Médecine

D'où l'Importance d'une formation à l'utilisation des outils innovants et interactifs

5.2 RECOMMANDATIONS :

5.2.1 Aux autorités politiques :

- -Accélérer le processus de l'informatisation du secteur de la santé
- -Offrir et encourager la formation du personnel sanitaire a l'utilisation de l'outil informatique et des NTIC
- -Mettre en place un bureau d'iconographie médicale pour chaque hôpital national
- -Nourrir la réflexion sur la nécessité de la mise en place d'un centre audio-visuel a destination des enseignants et étudiants en médecine :

ce centre doit être constitué par : une médiathèque, un atelier d'apprentissage des gestes médicaux sur mannequins avec enregistrement vidéo, des salles de cours avec équipements vidéo et informatique, des salles de conférences multimédias, un service audiovisuel offrant une camera numérique et une graphique, et un service de l'infographie proposant l'ensemble des opérations réalisables sur l'image : traitement des diapositives, banques d'images, conception et édition des céderons et des posters.

Ainsi nous parlerons d'innovation dans le domaine de la santé

5.2.2 Aux acteurs de la santé :

- -Ne pas laisser passer les cas de maladies rares ou invalidantes sans les photographier
- -Encourager et soutenir d'autres études pour compléter la présente
- -Faire des ressources iconographiques un outil précieux de diagnostic et d'enseignement
- -Faire une étude sur les besoins en matière de documents numérisés dans le supérieur pour le secteur de la santé qui est a plus d'un titre intéressant . La santé est une fédération de disciplines utilisant des documents de types différents : formules chimiques, écrits , statistiques, images fixes, et images animées. Elle est également une discipline pratique, et une importante partie qu'est l'enseignement la recherche renvoie a des documents qui doivent être d'une exploitation plus facile et plus rapide (utilité du numérique) .

Bibliographie

\

Bibliographie

- 1-THESE DE MEDECINE
Etude descriptive de nouveaux cas de lèpre en l'an 2002
- 2 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique.
Geneva ,OMS ,édition de poche WHO/Lep/95.1
- 3-Mc DOUGALL A. et YAWALKAR S.(J) p54-60
- 4-LEPRE A TRAVERS LES AGES
<http://www.lepre3.htm>
- 5-LIENHARD (T.C).,FINE (P.E.M)
Type 1 reaction ; neuriti and disability in leprosy. What is the current epidemiological situation ?
- 6-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Chimiothérapie de la lèpre
Genève, OMS,SRT,1988 ;768 :56 pages
- 7-LANGUILLON (J)
Revue générale, états réactionnels
Acta leprol , 1986 (2) : 233-235
- 8--ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique.
Geneve ,OMS, édition de poche WHO/Lep/95.1
- 9-AYED (K).
Aspects immunologiques de la lèpre .
Acta leprol ,1989 ; 7 (1) : 37-40
- 10-LEPRE OU MALADIE DE HANSEN : ICONOGRAPHIE
<http://www.lepre ou maladie de HANSEN.htm>
- 11-DAUMERIE(D) ; ANTOPEL.HUSSER(J.A). ;VIMONT-VICARY NEBOUT (M)
Evaluation de l'endemie lépreuse en zone urbaine. Enquête par sondage au niveau des ménages , résultats a Bamako , République du Mali Acta leprol 1987 ; 106 :183-97
- 12- ATLAS TUNISIEN DE DERMATOLOGIE ONLINE LEPRE
Pr Agrege MOHAMED DENGUEZLI
<http://stim-dermato.tripod.com/lepreico.htm>
- 13-PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA LEPRE
Rapport PCT lèpre 4eme trimestre 2002 (MARS 2003)

Annexes

DESCRIPTION DU CADRE DE TRAVAIL

ce travail a été réalisé au Centre National d'Appui à la lutte contre la maladie (CNAM).

Ce centre est situé à Bamako (Djicoroni-para). C'est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST)rattaché au secrétariat général du ministère de la santé. Ce centre a été créé par l'ordonnance N° 036 du 15 août 2001. Il est né de la restructuration de l'institut Marchoux qui était rattaché à l'organisation de coopération pour la lutte contre les grandes endémies

(OCCGE).

Les missions essentielles du CNAM sont :

- formation médicale continue (FMC),
- promouvoir la recherche sur les maladies endemo-épidémiques,

maintien des acquis en matière de recherche, de formation et de lutte contre la lèpre, le paludisme,

la tuberculose, le VIH/SIDA, l'onchocercose, la trypanosomiase et autres pathologies apparentées ;

- développement des capacités ;
- recherche en matière de vaccinologie ;
- promotion de la coopération nationale et internationale ;
- appui aux structures sanitaires et périphériques en matière de lutte contre la maladie.

Il comporte 6 unités fonctionnelles et une direction administrative et financière.

Ces 6 unités fonctionnelles sont :

- unité de léprologie,
- unité de dermato-venerologie,
- unité de chirurgie-réhabilitation,
- unité de kinésithérapie et d'éducation sanitaire,
- unité de biologie,
- unité d'animalerie expérimentale.

L'unité de léprologie constitue le cadre de notre étude. Différentes activités y sont menées à savoir :

- dépistage de nouveaux cas de lèpre et prise en charge des affections non spécifiques chez les anciens Hanseriens guéris ou encore sous traitement,
- mise en œuvre et suivi des patients inclus dans des essais thérapeutiques et prise en charge des complications lépreuses (réactions et infirmités lépreuses) ;
- hospitalisation et prise en charge des cas graves.

Le personnel est composé de deux médecins, dont un chef d'unité et son adjoint, un infirmier spécialiste, deux infirmiers d'état, quatre aides-soignants et des internes en médecine.