



RAPPEL

17 NOV 1999

LA LÈPRE OU MALADIE DE HANSEN

M. Le Quellec-Nathan¹

La lèpre est une infection chronique, qui traitée tardivement ou sans traitement entraîne le plus souvent des séquelles essentiellement neurologiques et esthétiques et des invalidités. Cette infection est connue depuis l'antiquité (les premières descriptions datent de 600 ans av. JC). L'agent responsable de cette infection est un bacille acido-alcoolo résistant : *Mycobacterium leprae*, qui affecte particulièrement les nerfs périphériques (avec hypertrophie des troncs nerveux et névrites périphériques) et la peau. *M. leprae* n'a jamais pu être cultivé *in vitro*.

Le mode de transmission ainsi que le mode de pénétration du bacille n'ont jamais été clairement identifiés, mais la transmission s'effectue probablement à partir des bacilles contenus dans les sécrétions nasales et dans la salive. L'incubation est très longue, probablement de plusieurs années.

Le diagnostic de la lèpre est réalisé par intra-dermo réaction (IDR) à la lépromine (test de Mitsuda) et par la recherche de bacilles soit sur frottis cutané ou nasal, soit dans les biopsies cutanées.

L'expression clinique de la lèpre est très variée, à côté de formes « typiques » (tuberculoïde et lépromateuse), il existe des formes indéterminées et des formes « border-line ».

- La forme indéterminée se rencontre au début de l'infection. Elle se traduit par une tache lisse hypochromique sur peau foncée, cuivrée sur peau claire, aux contours irréguliers, le plus souvent unique, siégeant en général sur la partie supérieure du tronc (visage principalement, cou, épaules...)

Dans la plupart des cas, la maladie est diagnostiquée à un stade plus avancé, et peut s'exprimer sous les formes suivantes :

- la lèpre tuberculoïde se traduit cliniquement par quelques grandes taches hypochromiques sur peau foncée ou chamois sur peau claire, à bords nets, insensibles. Cette forme est appelée aussi « paucibacillaire » car le bacille n'est pas retrouvé sur le frottis cutané ou nasal. L'IDR à la lépromine est positive,

- la lèpre lépromateuse se traduit par de nombreuses lésions cutanées infiltrées, mal limitées, luisantes et pigmentées, sensibles. Elle s'accompagne d'une rhinite chronique qui peut être sanglante et qui entraîne parfois des perforations. Des épisodes hyperfébriles surviennent parfois (soit spontanément, soit lors de la mise au traitement) et sont accompagnés de poussées de névrite périphérique. Cette forme est nommée aussi « multibacillaire » car le bacille est retrouvé en quantité importante dans les examens cutanés et nasaux. L'IDR à la lépromine est négative. Cette forme peut se compliquer de paralysies et d'insuffisance rénale par amylose.

- Les formes dites border-line revêtent des aspects cliniques variables (les symptômes de type tuberculoïde ou lépromateux peuvent être associés ou se succéder) et peuvent être pauci ou multibacillaire.

Le traitement de la lèpre varie selon qu'il s'agit de forme pauci ou multibacillaire et associe plusieurs antibiotiques :

- dans la forme paucibacillaire : dapsonne et rifampicine pendant 6 mois ;
- dans la forme multibacillaire : association de dapsonne, rifampicine, clofazimine, la durée du traitement est en principe de 2 ans (mais peut être prolongée jusqu'à disparition des bacilles). En cas de résistance à la rifampicine, d'autres antibiotiques peuvent être utilisés : minocycline ou clarithromycine ou ofloxacine. Des schémas thérapeutiques alternatifs plus courts sont proposés par l'OMS depuis 1997, notamment des traitements « minute », pour les malades des zones d'accès difficile.

Il n'existe actuellement aucun vaccin, ni aucun traitement préventif de la lèpre et son éradication repose sur des campagnes de dépistage et de traitement précoce.

POUR EN SAVOIR PLUS :

E. PILLY : Maladies infectieuses, Éditeur APPIT Édition, 1994, p. 436-437.

M. GENTILINI : Médecine tropicale, Éditeur Flammarion, p. 289-309.

OMS : Guide pour l'élimination de la lèpre, 2^e édition, 1997.

SITUATION

LA SITUATION DE LA LÈPRE DANS LE MONDE, SEPTEMBRE 1999¹

Extrait du *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 74^e année, 24 septembre 1999

En 1991, l'OMS et ses États Membres se sont engagés à éliminer d'ici l'an 2 000 la lèpre en tant que problème de santé publique, l'élimination étant définie comme une prévalence < 1 cas pour 10 000 habitants. Au début de 1999, sur les 122 pays que l'on considérait comme fortement endémiques en 1985, 98 avaient atteint leur objectif en matière d'élimination au niveau national. La prévalence de la lèpre a donc été réduite de 85 % au cours des 15 dernières années.

Comme le montre le *tableau 1*, 731 369 cas de lèpre figuraient au début de 1999 sur les registres de traitement dans l'ensemble du monde (notifications émanant de 82 pays). Le *tableau 2*, qui donne les renseignements les plus récents provenant de l'ensemble des pays, indique qu'on enregistre désormais dans le monde une prévalence hansénienne d'environ 1,4 pour 10 000 habitants. Presque tous les malades de la lèpre qui figurent sur les registres de traitement bénéficient d'une polychimiothérapie (PCT), même dans les pays où elle pose de difficiles problèmes pratiques. Ces chiffres

indiquent clairement qu'au niveau mondial le processus d'élimination de la lèpre a considérablement progressé et que les principaux éléments de la stratégie d'élimination demeurent valables.

Toutefois, contrairement au taux de prévalence, le nombre de cas nouveaux dépistés chaque année demeure constant ou même augmente. En 1998, 755 305 cas nouveaux ont été dépistés (selon les notifications de 82 pays). Cette tendance à l'augmentation du nombre de cas dépistés peut s'expliquer par un certain nombre de facteurs comme un plus grand effort de recherche des cas, une transmission plus importante de la maladie dans certains secteurs, un surdiagnostic ou un réenregistrement de cas antérieurement traités. Même si la contribution des divers facteurs à l'augmentation du taux de dépistage peut varier largement d'un pays à l'autre, la plupart du temps ils interviennent tous plus ou moins dans l'augmentation constatée.

À l'heure actuelle, la vaste majorité de la charge hansénienne mondiale est concentrée dans quelques zones géographiques limitées. S'il est vrai que la lèpre pose encore un problème de santé publique dans 24 pays

1. Dernières données disponibles.

Tableau 1. Prévalence et détection de la lèpre, par région OMS, dans les pays qui ont fait rapport à l'OMS en 1999

Région OMS	Nombre de pays ayant fait rapport (nombre total de pays)	Cas en traitement au 1 ^{er} janvier 1999 (taux pour 10 000 habitants)	Nombre de cas nouveaux détectés en 1998 (taux pour 100 000 habitants)
Afrique	24 (50)	62 583 (1,4)	48 411 (10,8)
Amériques ^a	6 (52)	4 321 (0,7)	1 466 (2,3)
Méditerranée Orientale	17 (24)	9 466 (0,2)	5 860 (5,3)
Europe	9 (58)	150 (-)	73 (-)
Asie du Sud-Est	9 (11)	635 719 (4,3)	689 069 (46,6)
Pacifique Occidental	17 (35)	19 130 (0,1)	10 426 (0,7)
Total	82 (230)	731 369 (1,8)	755 305 (18,3)

^a Le Brésil, l'un des principaux pays d'endémie, ne figure pas dans le tableau.

situés pour la plupart dans la zone intertropicale, les 11 premiers pays d'endémie regroupent environ 735 000 cas enregistrés et 750 000 cas nouveaux, soit 90% du nombre total de cas et du nombre de cas nouvellement dépis-

Tableau 2. Prévalence et détection de la lèpre, par région OMS, dernières données disponibles

Région OMS	Cas en traitement (taux pour 10 000 habitants)	Nombre de cas nouveaux détectés au cours de la dernière année de notification (taux pour 100 000 habitants)
Afrique	68 457 (1,1)	51 530 (8,3)
Amériques	86 029 (1,1)	47 218 (5,8)
Méditerranée Orientale	9 748 (0,2)	5 923 (1,2)
Europe	765 (-)	92 (-)
Asie du Sud-Est	635 719 (4,3)	689 069 (46,5)
Pacifique Occidental	19 487 (0,1)	10 617 (0,6)
Total	820 205 (1,4)	804 449 (13,5)

tés dans le monde. Le taux de prévalence de l'ensemble de ces principaux pays d'endémie est encore de 4,5 pour 10 000 habitants, plus de 4 fois le taux correspondant à l'élimination juste 1 an avant la date butoir.

ÉTUDE

LA LÈPRE DANS LA COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE MAYOTTE (OCÉAN INDIEN)

Étude rétrospective de 1990 à 1998

G.Y. De Carsalade¹, A. Achirafi¹, B. Flageul²

INTRODUCTION

Mayotte est une île française de l'archipel des Comores située dans l'océan indien à 1500 km de la Réunion et à 300 km de Madagascar. Depuis 1975, elle a le statut de collectivité territoriale, alors que les autres îles de l'archipel sont devenues indépendantes. D'une surface de 374 kilomètres carrés, sa population était de 131 320 habitants en 1997. Mayotte est située dans une zone d'endémicité lépreuse importante puisque dans l'île d'Anjouan autre île de l'archipel située à 80 km, le taux de détection de la lèpre en 1995 était de 36,1 pour 100 000 habitants [1]. A Madagascar également proche, ce taux était en 1998 de 71,2 pour 100 000 habitants [2]. La dernière enquête épidémiologique réalisée à Mayotte date de 1982 et a porté sur les années 1978 à 1981 [3]. Il nous a paru intéressant de faire à nouveau le point sur la situation, d'une part parce que l'on est proche de l'an 2000, date à laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) espérait avoir obtenu « l'élimination de la lèpre » et d'autre part pour apprécier l'éventuel retentissement épidémiologique de la polychimiothérapie (PCT) reconnue comme extrêmement efficace et introduite dans l'île dès le début des années 90.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les années 1990 à 1998. Toutes nos données ont été recueillies à partir des registres du Service de la Lutte anti-lépreuse de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS). Ce service s'occupe du dépistage passif, du suivi durant et après traitement des malades de toute l'île. Il est composé d'un infirmier lèprologue mi-temps et depuis début 1998 d'un médecin référent présent 3 journées par mois. Le système sanitaire de l'île s'appuie essentiellement sur 19 dispensaires publics (un peu plus d'un par commune) ouverts à tous, qui assurent une médecine préventive et curative gratuite.

Pour tous les nouveaux cas enregistrés depuis 1990, ont été notés l'âge, le sexe et la notion de cas familiaux. En raison d'un brassage de population important avec les îles voisines, l'origine des patients a été précisée : ont été considérés comme autochtones les patients nés et vivant principalement à Mayotte et comme non autochtones les patients immigrés d'une autre île de l'archipel ou d'un autre pays. Le lieu d'habitation à Mayotte n'a pu être précisé que pour les cas autochtones, les patients non autochtones étant moins sédentaires.

Tous les patients ont eu leur diagnostic confirmé par une biopsie avec histologie d'une lésion et d'un lobule de l'oreille, sur lesquelles ont été pratiquées un frottis pour évaluer l'Index Bacillaire (IB) et l'Index Morphologique avant traitement. Ils ont été classés selon les recommandations de l'OMS en Paucibacillaire (PB) (charge bacillaire négative) et Multibacillaire (MB) (charge bacillaire positive) [4]. L'existence au moment du diagnostic d'un handicap de degré 2 selon la classification OMS : présence d'une déformation ou d'une lésion visible (mal perforant...) a été notée [5].

Les patients ont été suivis au moins une fois par mois durant le traitement avec évaluation de l'état clinique et de la survenue d'états réactionnels : érythème noueux lépreux ou réaction de réversion. Une évaluation bactériologique a été réalisée chez les patients MB une fois par an. Les patients qui ne se présentaient pas aux consultations ont été systématiquement recherchés à domicile. Après arrêt du traitement, un suivi annuel a été proposé pendant 3 ans pour les PB et pendant 7 à 10 ans pour les MB. Pour des raisons d'homogénéité de population

Tableau récapitulatif des protocoles de traitement

	Paucibacillaire	Multibacillaire
Avant 1980	Monosulfonothérapie	
1980 - 4/1992	Différents protocoles de bi ou trithérapie	
5/1992 - 9/1997	RMP 600 mg/mois CLO 300 mg/mois CLO 100 mg/jour DDS 100 mg/jour pendant 6 mois	RMP 600 mg/mois CLO 300 mg/mois CLO 100 mg/jour DDS 100 mg/jour au moins 2 ans (*)
Depuis 10/1997	RMP 600 mg/mois DDS 100 mg/jour ou CLO 100 mg/jour au moins 6 mois	RMP 600 mg/mois CLO 300 mg/mois CLO 100 mg/jour DDS 100 mg/jour au moins 2 ans (*)

(*) minimum 2 ans et au mieux jusqu'à IB négatif ou à 1+.

RMP : Rifampicine (Rifadine*).

CLO : Clofazimine (Lamprène*).

DDS : Dapsone (Disulone*).

(même traitement pour tous), les données ayant rapport au traitement et aux réactions à celui-ci ont été colligées à partir de 1992.

Selon les définitions de l'OMS, la prévalence correspond au nombre de patients sous traitement antibacillaire rapporté à la population générale à un moment donné et le taux de détection annuel, au nombre de nouveaux cas diagnostiqués nécessitant un traitement antibacillaire rapporté à la population générale.

Les calculs statistiques ont été réalisés avec le test du Chi₂ et de l'écart réduit (E).

RÉSULTATS

Entre 1990 et 1998, 254 cas de lèpre ont été diagnostiqués, ce qui correspondait à un taux de détection annuel global variant de 14 à 31/100 000 habitants, soit 19 à 40 nouveaux cas par an. Le taux de détection des cas autochtones variait de 12 à 27/100 000 habitants durant la même période (Fig. 1). Sur cette période, on notait 3 pics de détection : 1992, 1995 et 1997, années durant lesquelles respectivement 34, 40, et 35 cas ont été détectés.

Sur l'ensemble des patients, 56% étaient des cas autochtones, 38% des cas non autochtones et 6% étaient d'origine inconnue. Cette prédominance des cas autochtones était constante sauf en 1995 et 1997. Le nombre de nouveaux cas autochtones était stable depuis 1990. Depuis 1995, le nombre de nouveaux cas non autochtones avait augmenté et égalisait le nombre de nouveaux cas autochtones. La répartition des nouveaux cas autochtones détectés au sein des communes de l'île montrait une prédominance dans 4 des 17 communes : Koungou et Dembeni avec 30 à 40 nouveaux cas et Bandraboua et Ouangani avec 20 à 30 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an (Fig. 2).

La population atteinte comprenait globalement 44,8% de femmes et 55,2% d'hommes, aucune différence n'était notée entre les cas autochtones et les cas non autochtones. Il existait dans les 2 groupes une prédominance de patients adultes âgés de 15 à 45 ans : 38,4% pour les cas autochtones et 73% pour les cas non autochtones. Il existait un plus grand nombre de patients âgés de moins de 15 ans et de plus de 45 ans dans la population autochtone par rapport à la population non autochtone, respectivement 28,2% versus 12,5% (p < 0,01) et 33% versus 13,5% (p < 0,001).

1. DASS de Mayotte, Mamoudzou, BP 104, 97600 Mayotte.

2. Service de Dermatologie du Pr Dubertret, Hôpital Saint-Louis, 10, avenue Claude Vellefaux, 75475 Paris Cedex 10, France.

Correspondance : Dr G.Y. De Carsalade, Dispensaire de Mamoudzou, DASS de Mayotte, Mamoudzou, BP 104, 97600 Mayotte. Fax : 33 - (0)2.69.61.19.56.