



La lèpre en Guadeloupe de 1985 à 1998

M. Frédéric¹, N. Rastogi²

¹ Direction des actions de solidarité départementale - Conseil général de la Guadeloupe

² Unité de la tuberculose & des mycobactéries, Institut Pasteur de Guadeloupe

INTRODUCTION

La Guadeloupe est un archipel de 1 705 km² composé de deux îles principales : Grande-Terre et Basse-Terre et de cinq îles plus petites appelées dépendances : Marie-Galante, Désirade, Les Saintes, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Proche de 350 000 habitants entre 1970 et 1984, la population s'est accrue pendant la période étudiée pour atteindre 422 496 habitants au recensement de 1999. Les enfants de moins de 15 ans sont passés de 104 718 à 111 482 en 1996. Ils représentaient 30,6 % de la population en 1985 pour n'être qu'en proportion de 26,4 % en 1996.

Le Conseil général de la Guadeloupe organise la lutte contre la lèpre dans le département et confie des missions à son service spécialisé : le Service anti-hansénien. Il s'agit d'assurer le dépistage actif et passif de la lèpre, la prise en charge des cas au plan du traitement, de prendre en compte les contacts du cas de lèpre détecté. Par ailleurs, le service assure le suivi du malade et des contacts après traitement, la surveillance épidémiologique de la maladie dans le département et enfin l'information et l'éducation sanitaire dans ce domaine.

Une précédente étude [1] montrait que l'incidence globale des nouveaux cas de lèpre avait diminué en Guadeloupe de 24 à 11/100 000 habitants entre 1970 et 1984. Cette diminution concernait les paucibacillaires (PB) et les multibacillaires (MB) et était plus importante chez les moins de 15 ans que chez les adultes. Elle faisait état d'un nombre important de rechutes MB (6 par an en moyenne) observées parmi les anciens cas MB non traités par polychimiothérapie. Ces rechutes participaient de manière accrue dans le temps aux nouvelles sources de contamination (16 % en 1970 et 47 % en 1984). La présente étude conduite de 1985 à 1998 se propose de suivre l'évolution de la détection des cas de lèpre en Guadeloupe et de voir si la décroissance constatée entre 1970-1984 (figure 1A) s'est poursuivie. Elle se propose aussi de suivre l'évolution du nombre de rechutes MB et de voir si leur participation aux nouvelles sources de contamination a poursuivi sa croissance.

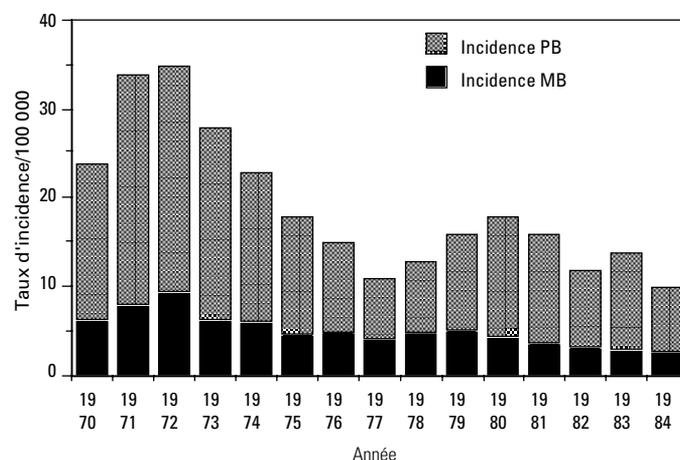
POPULATION ET MÉTHODES

Recueil des données

Les données analysées dans ce travail proviennent du dossier médical de tous les malades enregistrés de 1985 à 1998 en Guadeloupe par le Service anti-hansénien du Conseil général (DASD). Les taux ont été calculés sur la base des données fournies par l'Insee Antilles Guyane [2].

Figure 1A

Evolution de l'incidence globale et selon la forme de lèpre en Guadeloupe, entre 1970 et 1984



Les patients atteints de lèpre

Les éléments du diagnostic sont fondés sur la présence de symptômes cutané-nerveux de lèpre : lésions cutanées, névrite hypertrophique ; la recherche de bacilles acido-alcoolo résistants sur frottis biopsique (lobules des oreilles, lésions) et dans le mucus nasal (mouchage) ; la biopsie cutanée pour examen anatomo-pathologique et une intra-dermo réaction à la Lépromine.

En Guadeloupe, la technique de recherche de bacilles acido-alcoolo résistants est standardisée au plan du prélèvement et de la lecture des lames depuis 1987. Les lames sont prises en charge par le Laboratoire des myco-

bactéries de l'Institut Pasteur de la Guadeloupe. « Diagnostique et classification de la lèpre » selon l'OMS sont à la base du choix du protocole thérapeutique à adopter. En ce qui concerne les rechutes multibacillaires de lèpre, il est pratiqué une biopsie cutanée en vue de réaliser un antibiogramme sur souris (Laboratoire de bactériologie - Pitié Salpêtrière - Paris).

Le traitement de la lèpre en Guadeloupe est la polychimiothérapie quotidienne. Les médicaments utilisés ont été de 1980 à 1992 : la rifampicine sur la base de 10 mg/kg/jour, le prothionamide (trevintix) à la dose de 10 mg/kg/jour puis 5 mg/kg/jour ensuite, la disulone à raison de 1 à 2 mg/kg/jour, le lamprène 100 mg/kg/jour [3]. La polychimiothérapie du cas MB associe trois antibiotiques : rifampicine, prothionamide et disulone (ou lamprène si déficit en G6P.D.) pendant une année. Elle est suivie d'une année de bithérapie associant rifampicine et disulone (ou lamprène). La polychimiothérapie du cas PB associe deux antibiotiques : rifampicine et disulone (ou lamprène) pendant six mois. À compter de 1992, le prothionamide n'étant plus commercialisé, la polychimiothérapie triple est devenue : rifampicine + disulone + lamprène. En cas de déficit en G6P.D., la disulone a pu être remplacée par la clarithromycine (1 cas), la minocycline (1 cas).

Le traitement spécifique avec contrôle biologique, clinique, bactériologique est suivi d'une surveillance semestrielle (clinique et bactériologique annuelle pour les MB) pendant cinq ans pour les PB et dix ans pour les MB. Il est à noter que le schéma thérapeutique de la polychimiothérapie s'applique à toute rechute dépistée, jusqu'au résultat de l'antibiogramme. En cas de résistance à la rifampicine, le médicament de remplacement est une fluoroquinolone : ofloxacine.

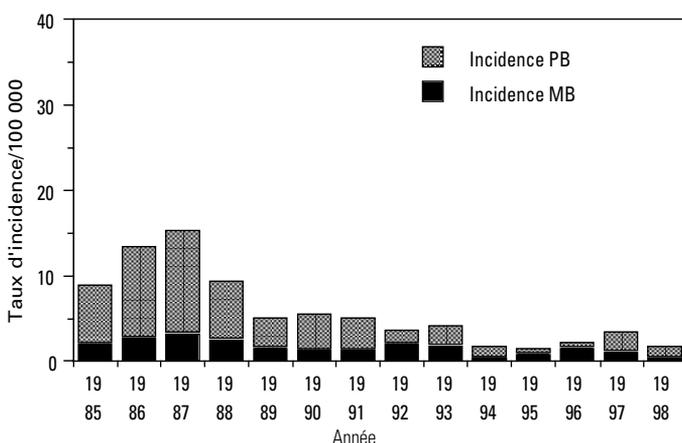
RÉSULTATS

La prévalence

Elle tient compte de la durée de présence des malades qui est longue pour les patients multibacillaires dont le suivi post-thérapeutique est de dix ans. En 1985, avec 1 114 malades, la prévalence était de 325/100 000, prévalence MB de 191/100 000 et PB de 134/100 000. En 1998 avec 515 malades, la prévalence est de 120/100 000 avec une prévalence MB de 89/100 000 et une prévalence PB de 31/100 000.

Figure 1B

Evolution de l'incidence globale et selon la forme de lèpre en Guadeloupe, entre 1985 et 1998



L'incidence

Incidence globale

De 1985 à 1998, 308 nouveaux cas de lèpre ont été détectés en Guadeloupe. Les multibacillaires sont au nombre de 94 et les paucibacillaires au nombre de 214. Le nombre de rechutes MB, très faible pour la même période, est de 20 malades. Le sexe-ratio est proche de 1 à l'exception des années 1996 et 1998 où les cas masculins sont plus nombreux.

L'incidence globale est passée de 9,05/100 000 en 1985 à 1,6/100 000 en 1998 avec un pic en 1986-1987.

Tableau 1

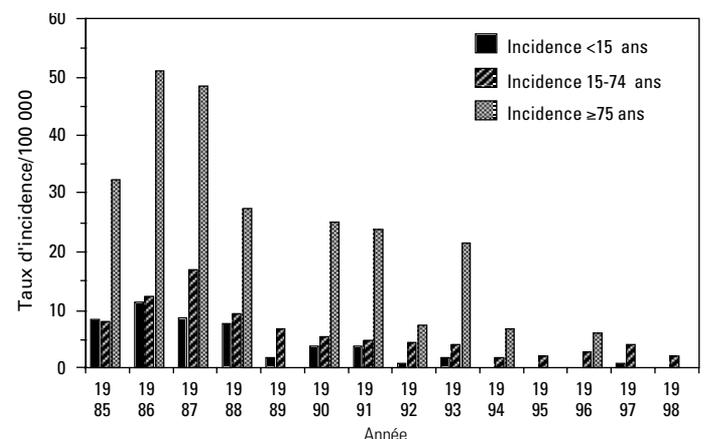
Les nouveaux cas de lèpre selon le sexe, l'âge et les rechutes MB en Guadeloupe de 1985 à 1998														
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Nouveaux cas par an	31	47	55	35	20	22	21	15	17	7	7	10	14	7
Hommes	14	27	27	12	12	7	11	6	11	3	5	9	10	6
Femmes	17	20	28	23	8	15	10	9	6	4	2	1	4	1
Sexe-ratio	0,8	1,3	0,96	0,5	1,5	0,46	1,1	0,66	1,8	0,75	2,5	9	2,5	6
Classes d'âge														
0 - 14 ans	9	12	9	8	2	4	4	1	2	-	-	-	1	-
15 - 19 ans	-	6	8	4	-	1	1	1	2	-	-	2	1	1
20 - 24 ans	1	5	8	3	4	-	1	-	-	-	-	-	1	-
25 - 39 ans	7	6	16	3	2	4	6	3	2	3	1	3	4	3
40 - 59 ans	7	9	5	9	3	5	4	5	5	2	3	1	5	-
60 - 74 ans	4	4	5	5	9	5	2	4	3	1	3	3	2	3
75 et >	3	5	4	3	-	3	3	1	3	1	-	1	-	-
Nombre de rechutes MB / an	4	2	1	1	1	-	2	2	1	4	1	-	1	-

Incidence selon la forme de lèpre

L'incidence des cas multibacillaires est inférieure à celle des cas paucibacillaires à l'exception des années 1992 et 1996 où elle est supérieure. Dans la période 1985-88, l'incidence MB est 3 à 4 fois plus faible que l'incidence PB. L'incidence MB est par ailleurs assez constante tout au long de la période d'étude. L'incidence des cas PB diminue.

Figure 1C

Evolution des taux d'incidence annuelle de la lèpre selon les tranches d'âge, entre 1985 et 1998 en Guadeloupe



Incidence selon l'âge

L'incidence de la lèpre est plus élevée chez les adultes que chez les enfants de moins de 15 ans au cours des quatorze années de l'étude. Le taux d'incidence chez les moins de 15 ans diminue entre 1985 et 1993 pour devenir nul en 1994, 95, 96 et 98. Bien que la population de 75 ans et plus soit dix

fois plus basse que celle des moins de 15 ans, le taux d'incidence chez les sujets âgés apparaît significativement plus élevé jusqu'en 1994. Toutefois, le taux d'incidence dans la population de cette tranche d'âge diminue sur la période étudiée. Le nombre exact de nouveaux cas de lèpre dans les sept tranches d'âge est rapporté dans le tableau 1.

Incidence des rechutes

Entre 1985 et 1998, 20 rechutes multibacillaires ont été diagnostiquées dont 15 parmi les anciens cas non traités par polychimiothérapie. Le nombre annuel moyen est donc de 1,4. L'incidence des rechutes est faible. À l'exception de l'année 1985 qui connaît un taux de 1,16/100 000, le taux est toujours inférieur à 1/100 000. Les 5 patients ayant présenté une rechute après polychimiothérapie répondent dans 1 cas à une mauvaise classification et un choix de polychimiothérapie inadapté (MB classé PB) ; pour les autres, le traitement a été irrégulier et interrompu prématurément pour l'un d'entre eux. La polychimiothérapie mise en œuvre pour ces patients est celle décrite plus haut. Le délai entre la fin du traitement et la rechute est de 4 ans et 2 mois pour le plus court et de 7 ans et 3 mois pour le plus long. Enfin, 1 patient a présenté des manifestations d'une lèpre 12 ans et 3 mois après la fin du traitement, une recontamination ne peut être exclue. Le diagnostic de la rechute a été porté sur la présence de lésions cutanées de type infiltrations et/ou nodules, confirmé par la biopsie cutanée et une bactériologie positive avec présence de bacilles uniformément colorés. Un traitement par polychimiothérapie a été institué pour traiter ces rechutes car les antibiogrammes effectués sur souris n'ont pas montré de résistance acquise aux antibiotiques concernés.

DISCUSSION

Le nombre de nouveaux cas de lèpre détectés est passé de 85 en 1970 à 39 en 1984 soit une incidence globale passant de 24 à 11/100 000 (figure 1A). De 1985 à 1998, le nombre de nouveaux cas est passé de 31 à 7 soit une incidence globale de 9,05 à 1,6/100 000 (figure 1B). Ainsi, à l'exception du pic observé en 1986-87, la décroissance de l'incidence globale notée entre 1970 et 1984 s'est poursuivie pendant la période étudiée.

L'incidence des cas MB et PB a diminué de 1970 à 1984 avec une diminution plus prononcée des PB par rapport à celle des MB. De 1985 à 1998, l'incidence des MB est plus basse que celle des PB et reste assez constante alors que l'incidence des cas PB diminue.

Sur les deux études 1970-1984 et 1985-1998, on observe une diminution de l'incidence globale de la lèpre. Toutefois, l'incidence des cas MB se maintient. La part des rechutes MB dans le maintien des sources de contamination est faible avec seulement 20 rechutes sur la période 1985-98 versus 118 sur la période précédente. Ainsi les rechutes MB ne semblent pas être responsables du maintien de cette incidence actuellement.

L'incidence de la lèpre PB diminue. Il est à noter qu'en Guadeloupe la lèpre d'importation des pays limitrophes à endémie lépreuse est faible. Les étrangers représentent 2,9 % du total des nouveaux cas recensés sur la période d'étude (9 cas sur 308). Les pays d'origine principalement représentés sont Haïti (trois cas), et la Dominique (deux cas). Cette situation est contradictoire avec celle de la tuberculose dans le département dont l'incidence est sept fois supérieure chez les étrangers [4] ; propos à tem-

pérer car à partir de 1992, l'Office de migration internationale n'exige plus des ressortissants étrangers un examen de dépistage de la lèpre. La Guadeloupe se situe pourtant dans une zone d'endémie lépreuse avec en 1998 un taux de détection de lèpre de 2,2/100 000 à Cuba et de 2,7/100 000 en République Dominicaine [5].

On observe bien un déclin des nouveaux cas de lèpre en Guadeloupe (baisse en faveur des formes PB et des enfants de moins de 15 ans), mais les cas de lèpre MB - source de contamination - se maintiennent et expliqueraient le maintien de l'endémie. Nous émettons l'hypothèse que l'introduction de la polychimiothérapie en Guadeloupe dès 1980 a favorisé le déclin des cas, en réduisant la transmission du bacille de Hansen. De même, devant l'observation d'un nombre important de rechutes MB survenant chez les anciens malades sous monothérapie sulfonée, la pratique en Guadeloupe a été de leur proposer la polychimiothérapie, évitant ainsi à ces patients de redevenir contagieux lors d'une éventuelle rechute. Cependant la lèpre demeure une affection d'incubation longue - plusieurs années - dont la découverte, c'est-à-dire l'apparition des signes, est tardive, ce qui laisse supposer qu'à l'avenir d'autres cas seront détectés.

CONCLUSION

Le nombre de cas de lèpres détectés dans le département de la Guadeloupe a poursuivi sa décroissance. Les sources de contamination représentées par les cas de lèpre MB ont deux origines : les nouveaux cas et les rechutes. Il apparaît qu'après l'accroissement constaté entre 1970-1984 du nombre de rechutes, elles sont ultérieurement peu nombreuses et issues principalement des anciens malades non traités par polychimiothérapie. Leur participation dans le maintien de l'endémie est faible.

La découverte de nouveaux cas de lèpre et le maintien de l'incidence de la lèpre MB suggèrent que la lutte contre cette affection doit se poursuivre en Guadeloupe. Par ailleurs, il nous semble très important que la détection de la maladie soit assurée dans la population migrante et à ce titre que le dépistage soit repris dans le cadre de l'Office de migration internationale. Enfin nous tenons à souligner le rôle majeur du corps médical guadeloupéen dans la détection et donc dans la lutte contre la lèpre dans le département.

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'aide technique de Mmes C. Claudin, M. Coesy, M.L. Dahomay, B. Halbrun-Calendarier, M. Marie-Joseph, M.C. Migerel, M. Narfez (Service anti-hansénien) et de M. F. Prudente (Unité de la tuberculose & des mycobactéries, Institut Pasteur de Guadeloupe). Ce travail a également bénéficié des conseils du Dr Max Théodore, Directeur adjoint de la Direction des actions de solidarité départementale de Guadeloupe.

RÉFÉRENCES

- [1] Cartel J.L., Gallais J.J., Naudillon Y., Rémy J.G., Grosset J.H. – Épidémiologie de la lèpre en Guadeloupe de 1970 à 1984. *Acta Leprologica* 1986 ; vol IV,2 : 161-173.
- [2] Insee – Les cahiers Antilles Guyane : La démographie des Antilles et de la Guyane entre 1982 et 1997.
- [3] Cartel J.L., Gallais J.J., Naudillon Y., Millan J., Grosset J.H. – Bilan à 5 ans de la polychimiothérapie quotidienne de la lèpre en Guadeloupe depuis 1980. *Acta leprologica* 1986 ; vol IV,4 : 415-425.
- [4] Roussel H., Théodore M., Rastogi N. – Evolution de la tuberculose en Guadeloupe entre 1982 et 1994. *BEH* 1996 ; 2 : 5-6.
- [5] PAHO/WHO – http://www.paho.org/English/SHA/eb_v2n1-leprosy.htm – Elimination of Leprosy in the Americas : from the *Epidemiologic Bulletin*, Vol 21 n°1, March 2000.