

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 lèpreuse 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-lèpreuse 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 lèpreux 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.

Figure 1. Nombre de nouveaux cas et répartition des cas autochtones/non autochtones par année

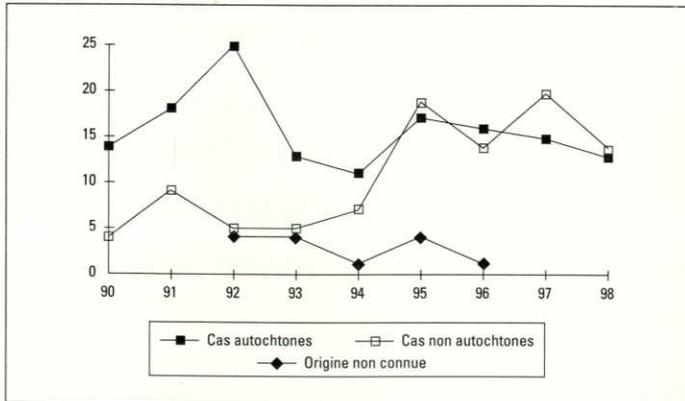
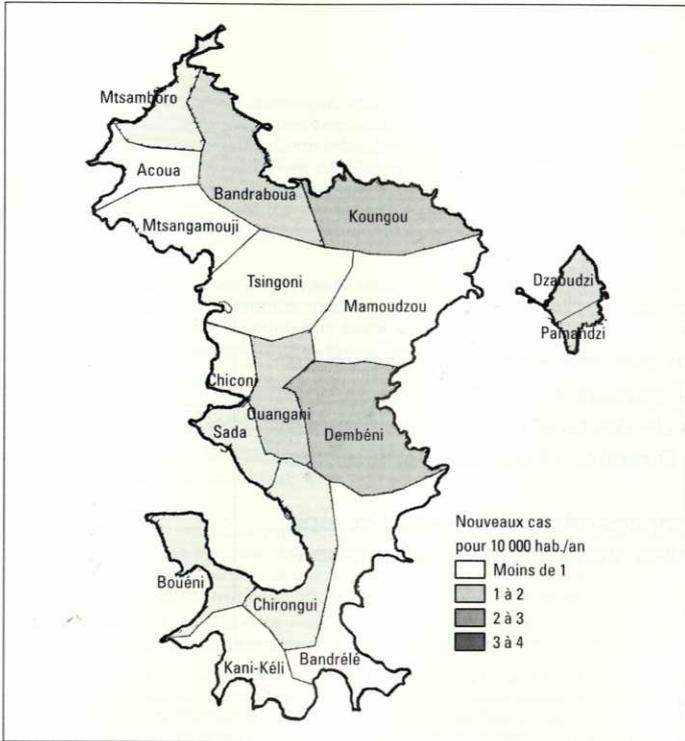


Figure 2. Répartition dans l'île des nouveaux cas autochtones entre 1994 et 1998 (moyenne annuelle sur 5 ans)



Globalement, la répartition des cas détectés était de 37 % de formes MB et 63 % de formes PB. Cette prédominance des formes PB était constamment retrouvée sur la période étudiée sauf en 1994 (Fig. 3). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la répartition MB/PB entre les autochtones et non autochtones. Parmi les 254 cas détectés, 245 étaient de nouveaux cas jamais traités et 9 étaient des rechutes après un traitement antérieur à 1988. Il s'agissait de 7 cas MB et de 2 cas PB lors de leur diagnostic de rechute. La durée moyenne entre l'arrêt du traitement et la rechute était de 10,1 ans (extrême 6-13 ans) pour les MB et 10 ans pour les PB. Lors du diagnostic, 12,6 % des patients présentaient un handicap de degré 2. Aucune différence n'était observée entre les cas autochtones et les cas non autochtones.

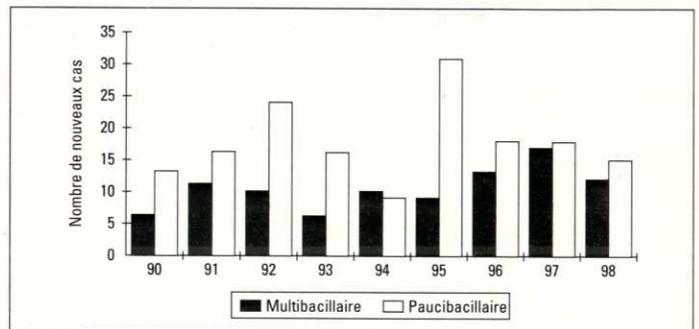
L'existence de cas familiaux était observée chez 25,3 % des patients autochtones avec le plus souvent 2 ou 3 cas dans la famille (63,5 %) alors que chez les patients non autochtones une notion de cas familial n'a été retrouvée que dans 13,4 % des cas ($p < 0,02$).

Tous les patients diagnostiqués à partir de 1992 avaient bénéficié d'une PCT. Sur la période de 1992 à 1998, 16 patients avaient interrompu leur traitement dont 6 pour refus volontaire de poursuite du traitement (3 PB après 4 mois de traitement et 1 MB après 18 mois), 2 pour expulsion hors du territoire et 8 avaient été perdus de vue dont 2 femmes enceintes. Globalement, 92 % (192/208) des patients avaient terminé leur traitement. Durant le traitement, 33 patients (15,8 %) avaient développé des complications à type d'état réactionnel : 25 (12 %) avaient présenté une réaction de réversion ayant nécessité une mise sous corticothérapie générale et 8 un érythème noueux lépreux. Quatre complications iatrogènes (1,9 %) avaient été observées : 2 hépatites cytolytiques, un syndrome de Lyell et une anémie hémolytique à la dapsonne. Dans les limites de la durée du suivi, aucun cas de rechute n'avait été observé.

DISCUSSION

Notre étude confirme bien la persistance de la lèpre à l'état endémique dans l'île de Mayotte. En effet, la prévalence globale de 31,2/100 000 (15,2/100 000 pour la prévalence autochtone) au 31 décembre 1998 est supérieure à la valeur de 10/100 000 proposée par l'OMS comme critère d'endémicité [2]. Sur

Figure 3. Répartition des nouveaux cas selon la forme MB/PB



la période de 1990 à 1998, le taux de détection global annuel minimal était de 14,5/100 000, soit 19 cas (1990 et 1994) et le taux maximal de 30/100 000, soit 40 cas (1995). En 1998, ce taux était de 20,5/100 000 ce qui correspondait à 27 nouveaux cas. L'enquête réalisée en 1982, retrouvait un nombre annuel de nouveaux cas non significativement différent (1978 versus 1998 : $E = 0,785$) soit 50 cas en 1978 pour une population de 47 246 habitants et 46 en 1979.

Par ailleurs, Mayotte semble le territoire français de très loin le plus touché par cette maladie puisqu'en 1998 le taux de détection annuel était pour 100 000 habitants de 5,62 en Guyane (soit 9 cas), 3,12 en Polynésie (soit 7 cas), 2,46 en Nouvelle Calédonie (soit 5 cas), 1,8 en Guadeloupe (soit 8 cas), 0,9 à la Réunion (soit 6 cas) [6].

Historiquement, il existe de très nombreux brassages de population avec les îles proches de Mayotte, à savoir les autres îles de l'archipel des Comores, en particulier Anjouan, dans lesquelles en 1995 le taux moyen de détection était de 16,7/100 000 dans les 3 îles et de 36,1/100 000 à Anjouan [1] et Madagascar (taux de détection en 1998 de 71,2/100 000) [2]. Il est intéressant de noter que la prévalence dans l'île de Mayotte est comparable à celle des autres îles de l'archipel, alors que ces dernières ont beaucoup plus difficilement accès aux structures médicales.

La répartition observée dans notre étude fait état d'une majorité de cas autochtones avec plus de 56 % de cas détectés sur ces 8 dernières années. La localisation de ces nouveaux cas dans l'île n'est pas homogène, puisque le taux de détection prédominait dans 4 des 17 communes (Koungou, Dembeni, Bandraboua et Ouangani). Certaines d'entre elles étaient déjà plus touchées par la maladie dans l'évaluation de 1982 [3]. La tendance à l'égalisation du nombre de nouveaux cas autochtones et non autochtones depuis 1995 est trop récente pour savoir si elle n'est pas due qu'au simple hasard. De toute façon, l'accès aux soins à Mayotte, étant libre et gratuit à toute personne présente sur le territoire, cela ne modifie en rien la lutte antilépreuse.

Les caractéristiques de la population atteinte sont conformes à celles rapportées lors de l'évaluation de 1982 et dans d'autres pays endémiques avec une légère prédominance de l'atteinte masculine, des adultes de moins de 45 ans et la prédominance des formes PB par rapport aux formes MB [2, 3]. Il faut cependant noter l'existence d'un nombre non négligeable de cas de moins de 15 ans et de cas familiaux en particulier dans la population autochtone (respectivement 28,2 % de patients de moins de 15 ans et 25,3 % de cas familiaux). Ces chiffres sont supérieurs à ceux rapportés dans d'autres pays et dans l'étude de 1982, il avait été noté 10 % d'enfants de moins de 15 ans et un ou des cas familiaux dans 1/3 des cas. La proportion élevée de patients de moins de 15 ans est classiquement considérée comme le reflet d'une transmission importante de la maladie.

Un handicap de degré 2 était présent chez 12,6 % des nouveaux patients lors du diagnostic de la maladie. Il n'y avait pas de différence significative entre cas autochtones et non autochtones. Ce pourcentage, bien que proche de celui rapporté dans d'autres pays, apparaît élevé dans le contexte médical de l'île qui permet normalement un accès relativement facile aux soins et il traduit à l'évidence l'existence d'un délai tardif de diagnostic. La totalité des patients dépistés ont eu accès à la PCT à partir de 1992. Le pourcentage de patients ayant interrompu leur traitement pour diverses raisons était de 8 %, pourcentage identique à celui observé dans d'autres pays [2]. En terme de complication, qu'elle soit liée à la maladie (15,8 %) ou liée au traitement (1,9%), leur fréquence était comparable à celle rapportée dans d'autres études.

CONCLUSION

Notre étude confirme bien que, à l'aube de l'an 2000, la lèpre continue à être endémique dans l'île de Mayotte et que fréquemment le diagnostic est porté tardivement, ceci malgré des structures médicales de bonne qualité. Ces constatations révèlent la nécessité d'un renforcement de la lutte antilépreuse qui devrait comprendre un dépistage actif temporaire dans les communes hyperendémiques, la sensibilisation et la formation d'un plus grand nombre de membres du personnel médical et paramédical et l'information de la population.

RÉFÉRENCES

- [1] Feyaerts P, Thaoubani D., Grillone S., Oumadi A., Molines C., Josse R. - Epidémiologie de la lèpre en RFIC en 1995. *Arch. Inst. Pasteur Madagascar*, 1995 ; 62:118-121.
- [2] Action programme for the elimination of Leprosy. WHO/LEP/98.
- [3] Galtier J., Blanchy S. - Epidémiologie de la lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte (Océan Indien). *Acta Leprol.*, 1982 ; 19:2-18.
- [4] WHO Expert Committee on Leprosy. Sixth Report. Geneva. World Health Organization, 1988 (WHO Technical Report Series, N° 768).
- [5] A guide for eliminating leprosy as a public health problem. WHO/LEP/95.1.
- [6] La lèpre dans les DOM-TOM au 1/1/99. Bulletin de l'ALLF. Juin 1999, n° 5: 5.