

Le contrôle de la lèpre au Centre de Polambakkam

PAR

C. VELLUT.

Polambakkam, Madras State.

Introduction.

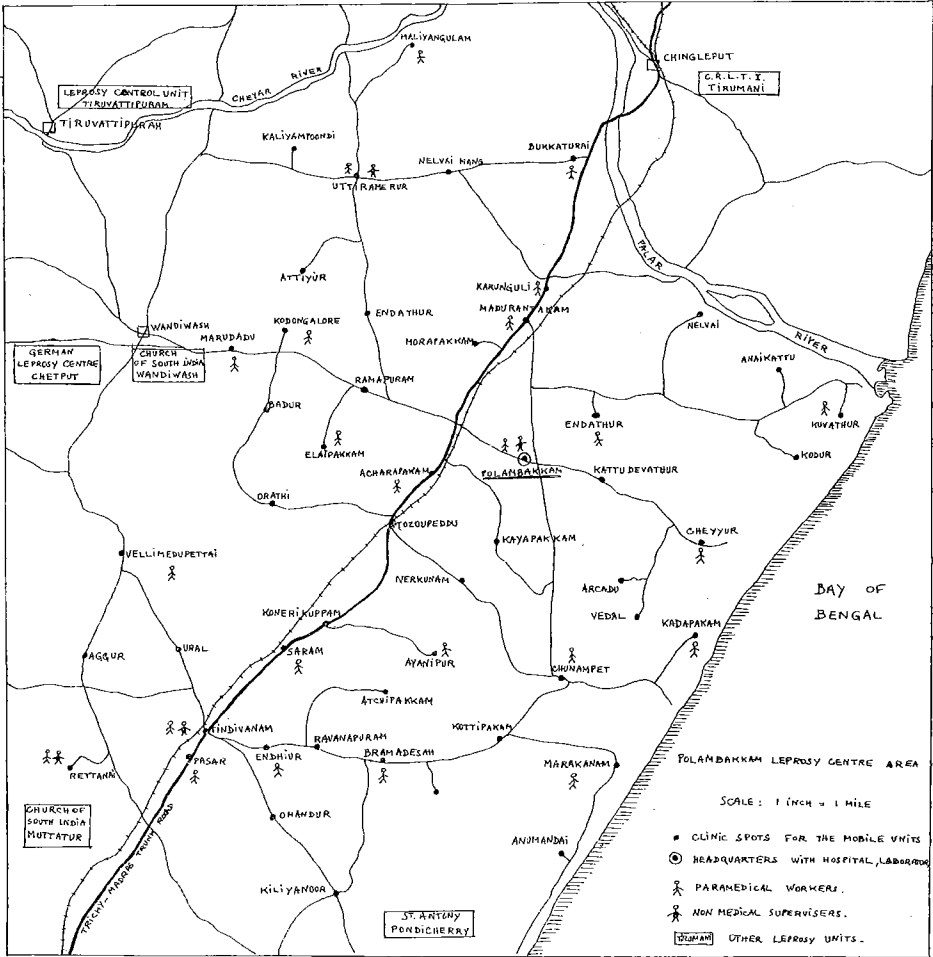
Le rapport d'activité du Centre de Polambakkam pour ces dernières années paraîtra prochainement. Il fait suite au rapport publié par le Dr F. Hemerijckx en 1959. Nous aimerions reprendre ici l'étude de quelques points saillants et de quelques sujets de discussion.

Nous serions heureux si ces quelques lignes pouvaient amorcer un dialogue avec d'autres centres de contrôle de la lèpre.

Le centre a été fondé en 1955 par le Dr F. Hemerijckx, envoyé par la Fondation belge de lutte contre la lèpre. Il a été remis en 1960 au Gouvernement de l'Etat de Madras qui en assume actuellement tous les frais. Celui-ci nous a demandé d'en assurer la direction.

Pour situer le travail, quelques chiffres :

La région couverte a une superficie d'environ 3.000 km² et est desservie par un excellent réseau routier. Le climat y est chaud toute l'année et la saison des pluies courte. Ces deux faits ont permis d'installer les centres de consultation à l'ombre des arbres. 52 *clinics under the trees* ont été établies et plus de 23.000 malades y ont été examinés. Au dernier recensement, 7.000 malades présentent des lésions actives; 884 villages sont situés dans cette région avec une population d'environ 550.000 habitants, donnant donc une prévalence globale d'environ 4 p. cent; 5 médecins, 3 superviseurs, 2 assistants sociaux, 36 travailleurs paramédicaux sont responsables du travail sur la route, des consultations médicales, prospection, examen des familles des malades, visites aux absents, étude épidémiologique, etc. Un médecin et son équipe visite chaque centre de traitement tous les mois.



Centre lépreux de Polambakkam.

Ils sont aidés par 3 infirmières, 3 physiothérapeutes, un technicien de l'occupation thérapeutique et 2 techniciens de laboratoire.

A Polambakkam, en plus des habitations d'une partie des habitations du staff, il y a une salle d'hospitalisation de 45 lits, une salle d'opération pour chirurgie réparatrice, un département de physiothérapie, deux laboratoires, l'un pour les examens de routine, l'autre pour l'histopathologie.

1. — **Modification des caractéristiques de l'endémie lépreuse en rapport avec les mesures de contrôle.**

Si l'établissement de centres de traitement précède l'examen systématique de la population, au fur et à mesure que l'équipe de prospection avance, on assiste à trois changements :

a) *Diminution du taux des lépromateux.*

Ces malades souffrent réellement de leur maladie avec ses épisodes aigus. Ils sont donc les premiers à se présenter aux centres de traitement. Pour notre centre, ce taux de lépromateux par rapport au nombre total de malades est baissé de 17,2 p. cent en 1957 à 12,8 p. cent en 1962.

b) *Diminution du pourcentage des mutilés.*

Pour une raison identique, ces malades se présentent immédiatement à l'ouverture d'un centre de traitement. Ils espèrent, contre tout espoir, une réparation totale de leurs mutilations grâce au traitement médical. Dans un centre, le pourcentage des mutilés est tombé de 33 à 18 p. cent après la prospection. Actuellement, la moyenne pour les centres de la région donne un taux de 16 p. cent de malades mutilés ou paralysés.

Ce pourcentage ne tient pas compte de l'anesthésie des membres non accompagnée de lésions mutilantes.

c) *Augmentation du taux des enfants atteints.*

La prospection fait surtout sortir des cas bénins et la plupart des enfants étant de ce type leur proportion augmente naturellement. (Il est à noter que les enfants lépromateux constituent vraiment une rareté : 2,6 p. cent parmi les lépromateux.)

Dans les travaux publiés sur les caractères de l'endémie lépreuse pour une région déterminée, il faudrait toujours préciser s'il s'agit de chiffres provenant d'une région prospectée systématiquement ou

pas, et dans quelle proportion (pourcentage de la population examinée sur la population totale). Il arrive qu'on compare les caractéristiques de région à région quant au type, à l'âge et au sexe, souvent en s'appuyant sur des chiffres provenant de malades de consultation. Nous ne savons jusqu'à quel point cela représente la réalité. Avant de comparer des taux de prévalence dans des régions différentes, il faut tenir compte des différentes circonstances dans la prospection. Très souvent, en Afrique, grâce à l'autorité tribale ou coloniale il a été possible d'atteindre des taux d'examens proches de 100 p. cent (par exemple au Congo). En Asie, les pourcentages d'examens sont beaucoup plus bas. Ces différents taux d'examens pourraient expliquer, en partie du moins, les différences marquées dans la répartition des malades par type dans ces pays.

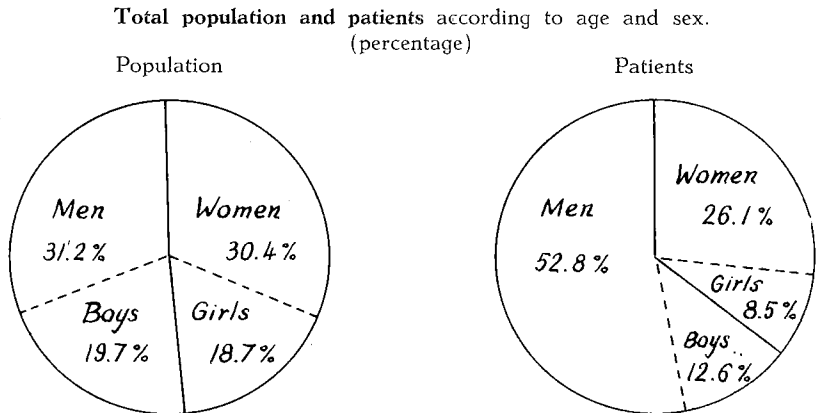
1. — Evolution bénigne de la lèpre chez la femme.

Doull aux Philippines a montré que la prévalence de la lèpre dans les sexes était différente et que cette différence provenait essentiellement d'une incidence plus grande chez les hommes, encore qu'une survie plus prolongée des hommes puisse expliquer en partie cette différence.

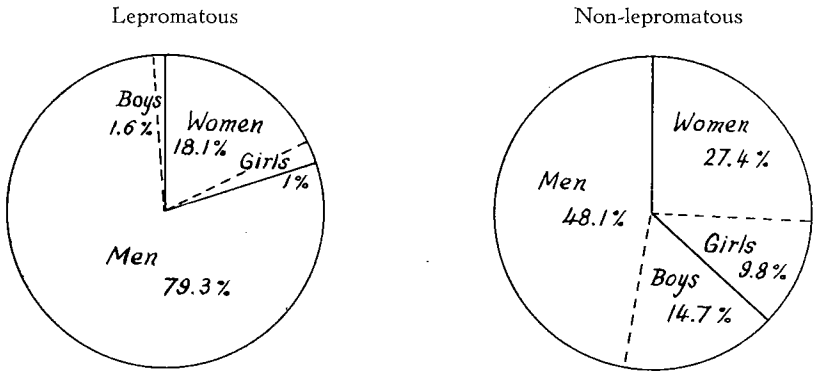
Cette différence est retrouvée à Polambakkam : parmi les hommes 11 p. cent sont atteints, et parmi les femmes 4.09 p. cent seulement.

La différence existe aussi dans la répartition des malades par type de lèpre. Les femmes représentent 37,2 p. cent des non lépromateux et 19,1 p. cent des lépromateux.

Il faut noter que la population examinée ne montre qu'une petite différence dans la répartition des sexes : hommes 50,9 p. cent, femmes 49,1 p. cent.



Distribution of the patients (lepromatous and non-lepromatous) according to age and sex.
(percentage)



Lorsque les femmes sont atteintes de lèpre, elles montrent donc une tendance à faire une lèpre non lépromateuse.

La différence dans ces chiffres ne peut pas être expliquée par le fait que le personnel de prospection est masculin : un essai a été fait dans certains villages d'envoyer du personnel masculin et féminin et les résultats ont été similaires.

Cette différence entre les sexes existe à tous les âges :

Taux sur total des malades par type :

	Lépromateux	Borderline	Non-lépromateux
Garçons	1,6 p. cent	10,9 p. cent	14,7 p. cent
Filles	1,0 p. cent	6,5 p. cent	9,8 p. cent

Cette différence entre les sexes demande une étude. Il s'agira d'établir si des facteurs d'ordre interne jouent un rôle ou si l'environnement en est surtout responsable.

3. — Evolution des cas dimorphes.

Les critères qui permettent de poser le diagnostic du type dimorphe ou borderline ne rencontrent pas l'unanimité. Nous nous arrêtons ici à l'étude des cas qui présentent comme caractère spécifique leur instabilité clinique, et nous les décrirons tels qu'ils se présentent aux

centres de traitement ambulatoire, tels qu'ils répondent au traitement et tels qu'ils évoluent. Il s'agit de faits cliniques, appuyés sur un examen bactériologique de routine (frottis) et accompagnés parfois d'examen histopathologique. Nous prendrons comme critères les seuls qui puissent être envisagés dans un centre rural : présence chez un même individu de lésions cutanées de type tuberculoïde accompagnées d'autres de type lépromateux. Nous avons été frappés par le nombre très élevé de ces cas.

Il s'agit soit de lésions généralisées d'emblée, à grand fracas, érythémateuses ou violacées, très surélevées et d'apparition brusque; soit d'une ou plusieurs lésions atypiques, légèrement surélevées, à contours peu nets et présentant brusquement une exacerbation généralisée. Ces lésions sont généralement paucibacillaires. Cette phase aiguë est souvent accompagnée de troubles névritiques et ce sont ces derniers qui domineront le pronostic.

Le traitement sulfoné, qui chez ces malades doit toujours être commencé à petites doses (20 à 50 mg par semaine), entraîne un effet rapide dans un sens ou dans un autre.

En cas de lésions cutanées simples, sans composante névritique, les lésions fondent très rapidement. La bacilloscopie devient négative en quelques mois ou même souvent en quelques semaines. Il ne reste pas de lésion cicatricielle. Il faut toutefois noter que ces malades restent susceptibles de faire une poussée aiguë dans le futur et les poussées les plus désastreuses sont celles de névrites aiguës pouvant donner en un jour une paralysie permanente. En cas de lésion névritique associée, la moindre dose de sulfones, provoquant au niveau des nerfs atteints une réaction tissulaire exagérée (réaction panique, selon Cochrane), peut entraîner des paralysies définitives. Ces cas pourraient être appelés les cas surprises. Le traitement commencé sous couvert de corticothérapie généralement prévient cette évolution défavorable et le traitement sulfoné est retardé jusqu'au moment où tout signe de névrite a régressé.

Comme nous l'avons dit plus haut, ces malades restent instables toute leur vie et sont sujets à des poussées aiguës. Toutefois ces poussées aiguës semblent plus rares chez les malades en traitement régulier. Sans aucune mesure thérapeutique, sinon l'arrêt immédiat du traitement sulfoné, il arrive que des malades — en l'occurrence, des malades atteints de pied tombant — retrouvent une fonction normale du pied endéans les 3 mois.

Nous n'avons jamais vu de régression semblable pour main en griffe ou paralysie faciale. Une telle évolution, vers la récupération fonctionnelle n'a jamais été constatée chez des malades de type lépromateux ou tuberculoïde.

4. — Etude de la prévalence lèpreuse.

Nous voudrions donner un exemple des différentes manières d'exprimer la prévalence lèpreuse dans une région déterminée. L'examen systématique de la population n'a pas pu atteindre plus de 75 p. cent de la population totale. Les centres de traitement sont établis depuis 8 ans et de nombreux malades ont été rendus inactifs

- a) Nombre de malades connus par rapport à la population totale :
20.869/535.928 36,8 p. mille
- b) Nombre de malades connus par rapport à la population examinée :
20.869/376.149 55,5 p. mille
- c) Nombre de malades actifs par rapport à la population totale :
6.665/535.928 12,4 p. mille
- d) Nombre de malades actifs par rapport à la population examinée :
6.665/376.149 17,7 p. mille

Ces chiffres varient donc de 55,5 à 12,4 p. mille.

55,5 p. mille.

Parmi la population examinée se trouve sa partie la plus vulnérable : les familles des malades (taux d'examen supérieur à 85 p. cent) ce qui ferait dire que la population examinée inclut la majorité des cas potentiels de lèpre et que ce chiffre de 55,5 p. mille est trop élevé.

D'autre part, nous savons que la population de cette région connaît bien la maladie et ses manifestations de début : les malades se présentent au traitement avec des lésions extrêmement précoces. Si, pour certaines raisons, ces malades ne désirent pas suivre un traitement, ils échappent volontairement à la prospection. Ce qui renforce cette manière de voir c'est l'observation curieuse que parmi les nouveaux cas, qui se présentent spontanément au traitement après la période de prospection, beaucoup (65 p. cent) n'ont pas été examinés par l'équipe paramédicale (2.520 sur les 3.910 nouveaux cas). La prévalence de cette région se place sans doute entre 55,5 p. mille et 36,8 p. mille mais si une étude ultérieure du groupe des individus absents au premier examen, montrait une corrélation entre le fait d'avoir la lèpre et le fait de n'être pas examiné, il se pourrait que la prévalence soit au-dessus de 55,5 p. mille.

36,8 p. mille.

Ce chiffre est trop bas : il impliquerait que parmi les non examinés, aucun ne serait lèpreux.

17,7 p. mille ou 12,4 p. mille.

Ceci signifierait que nous ne tenons compte que des malades présentant *actuellement* une lésion lépreuse en activité. Les caractères généraux de l'endémie lépreuse seraient alors faussés. La distribution des malades par type serait très différente. Les lépromateux sont considérés comme actifs même lorsqu'ils sont quiescents (négativisation bacillaire de moins de 2 ans). Ils restent donc dans la catégorie des actifs beaucoup plus longtemps que les tuberculoïdes. Alors que, pour ce centre, le pourcentage des malades lépromateux sur tous les malades connus est de 12,8 p. cent (2.669/20.869), il est de 27,2 p. cent (1.814/6.665) si l'on considère les cas actifs seulement.

Il faut distinguer ici deux points de vue.

L'étude de la prévalence peut être menée en vue de l'organisation des mesures de contrôle dans une région. C'est alors la situation actuelle qui indique les mesures à prendre pour le traitement, la prévention, la prospection et autres moyens. Cette situation est exprimée par le nombre de cas actifs et est essentiellement mobile.

D'autre part, pour l'étude de la prévalence en tant qu'index épidémiologique c'est la situation globale qu'il faut saisir : ce qui a été, aussi bien que ce qui est. Seule, en effet, une situation globale permettra l'étude de l'histoire d'une maladie, sa distribution, sa répartition, par âge, sexe et type. Tous les malades y participent. Il est donc nécessaire d'inclure dans cette prévalence tous les individus qui ont eu à un moment donné pendant la période d'étude un signe certain de lèpre.

Il est tout aussi nécessaire de définir, dans les études sur la prévalence, les critères choisis pour l'établir.

5. — Signification des lésions uniques de type tuberculoïde.

Dans une étude récente de la population scolaire d'une petite ville de la région de contrôle, 297 cas ont été trouvés chez les enfants.

Parmi eux, 221 enfants (74,4 p. cent) étaient porteurs de lésion unique de type tuberculoïde. Ces lésions étaient de type mineur ou majeur, surélevées, à contours nets, anesthésiques, sans hypertrophie de nerfs locaux ou régionaux. Lorsqu'elles ont rétrogradé, elles laissent une cicatrice de peau parcheminée, parfois hypopigmentée et toujours anesthésiques ou hypoesthésiques;

Parmi ces 221 enfants, 87, apparemment sans traitement préalable, présentaient des lésions typiques résiduelles. Il est probable que

l'évolution de la majorité des 134 autres enfants porteurs de lésion unique sera similaire. Une étude détaillée de ces enfants paraîtra prochainement mais nous voulions mentionner ces chiffres pour poser la question de la signification de ces macules uniques de type tuberculoïde.

Peut-on considérer ces enfants comme lépreux ou témoignent-ils simplement l'état de défense de leur organisme vis-à-vis du bacille de Hansen ? En d'autres termes, ces lésions uniques tuberculoïdes peuvent-elles être comparées aux lésions de primo-infection tuberculeuse ?

Les rechutes (réactivation ? réinfection ?) sont très rares dans ces cas à lésions cicatricielles nettes, alors qu'elles atteignent les 3,4 p. cent des cas chez les individus où la lésion cutanée a régressé sans laisser de cicatrice. Ces lésions initiales montrant un haut pourcentage de guérison spontanée (Laura-Ramanujam) pourraient donc être un signe de défense de l'organisme. Un traitement prophylactique ou une vaccination BCG risque de supprimer l'apparition de ces lésions, et par le fait même l'établissement d'un état de défense. Ce problème de protection des individus dans une région endémique demande une étude approfondie de ces macules et de leur évolution.

Conclusion.

La modification des caractéristiques de l'endémie lépreuse et les différents taux donnés pour la prévalence peuvent refléter simplement le développement de la campagne et donc ne pas signifier nécessairement une modification dans l'allure de la maladie. Dès lors, il est difficile de donner des chiffres pour le taux de lépreux par rapport à la population totale tant que la campagne n'a pas atteint sa phase de consolidation.

Il est évident que le taux de prévalence n'a de valeur que si l'on exprime exactement le numérateur et le dénominateur de l'indice utilisé. Les taux de prévalence de différents pays et de différentes périodes ne peuvent donc se comparer qu'à la condition que les critères de diagnostic, par lesquels ces taux ont été établis, soient clairement définis.

Quant aux lésions uniques de type tuberculoïde, à caractère transitoire, qui sont découvertes de plus en plus fréquemment au fur et à mesure qu'une campagne se développe, elles posent un problème important de définition. L'inclusion des malades, porteurs de ces lésions uniques, parmi les lépreux a une répercution nette sur les chiffres de prévalence. Si l'on hésite à classer ces cas, présentant une

régression spontanée, parmi les cas de lèpre avérée, on manque, d'autre part, de base sérieuse pour les désigner par le terme de primo-infection témoignant d'un état de défense à la lèpre. La majorité des spécialistes, qui s'occupent de lèpre infantile, s'accordent à reconnaître ces malades comme d'authentiques lépreux, Voudrait-on exclure ces enfants, on se trouverait dans l'impossibilité de trouver une ligne de partage entre ce qui est lépreux et ce qui ne l'est pas. Il nous semble donc logique de les inclure et de mentionner ce fait lorsque les critères de diagnostic sont définis dans les études de prévalence.

L'étude systématique d'un territoire important, grand comme un dixième de la Belgique, ayant une population de près de 600.000 habitants présentant des caractères ethniques uniformes fournit l'occasion de recherches épidémiologiques approfondies. Jusqu'à présent, le développement intensif de la campagne ne nous a pas permis de mener cette étude. Le recensement étant achevé et les malades clairement identifiés, il devient possible d'étudier des points spécifiques concernant l'épidémiologie de la lèpre dans cette région.

De tels projets sont à l'étude en ce qui concerne le rapport de la prévalence avec la consanguinité dans la population, et en ce qui concerne la composition familiale des foyers présentant plusieurs cas de lèpre.
