

Elise Klement-Frutos
Centre Hospitalier Agen-Nerac

Monsieur B.

Calédonien (Ile de Bélep)

**ATCD : lèpre dans les années
70, diabète NID**

**Consulte pour lésions
cutanées des coudes depuis
un mois et AEG**



Quelles sont les étiologies possibles ?

- A. Nodules de sarcome de Kaposi
- B. Leishmaniose cutanée
- C. Mycobactériose
- D. Sporotrichose
- E. Mycétome



A. Nodules de sarcome de Kaposi

B. Leishmaniose cutanée (n'existe pas en Océanie)

C. Mycobactériose

D. Sporotrichose

E. Mycétome

Quels examens proposez-vous ?

- A. Prélèvement superficiel pour microscopie optique et culture**
- B. Biopsie cutanée avec recherche de BAAR au direct et en culture**
- C. Frottis de la muqueuse nasale et du suc dermique des lobes d'oreille**
- D. Biopsie cutanée pour anatomopathologie**
- E. Pet-TDM**

A. Prélèvement superficiel pour microscopie optique et culture (champignons?)

B. Biopsie cutanée avec recherche de BAAR au direct et en culture

C. Frottis de la muqueuse nasale et du suc dermique des lobes d'oreille

D. Biopsie cutanée pour anatomopathologie

E. Pet-TDM

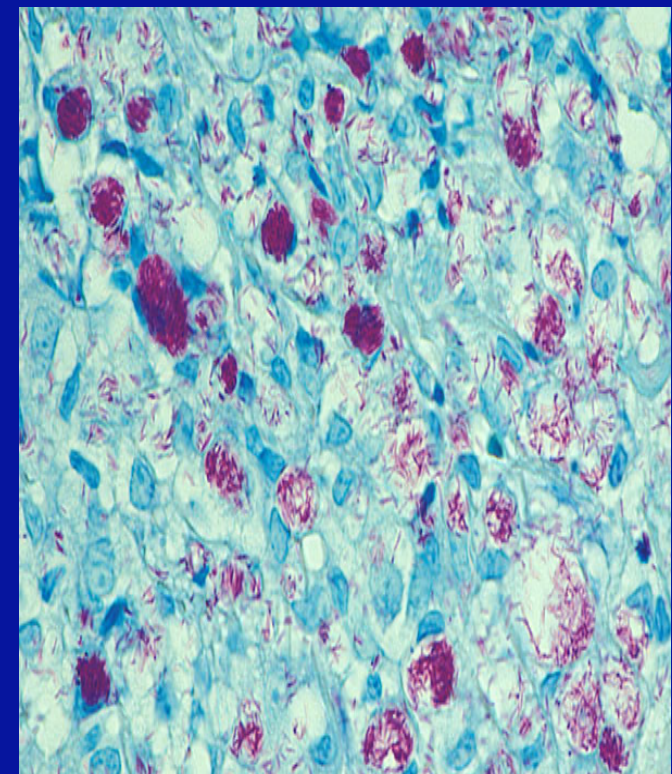
Les résultats montrent :

Bactériologie : BAAR au direct (IB+++ avec présence de globi)

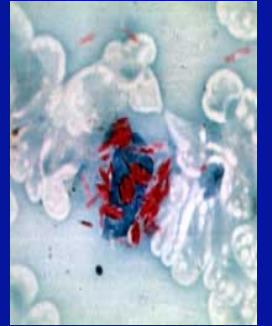
Anapat : absence de granulome lymphoépithélioïde, macrophage spumeux contenant des bacilles en multiplication

Quel est votre diagnostic ?

- A. Tuberculose cutanée (lupus tuberculeux)
- B. Mycobactériose atypique
- C. Lèpre tuberculoïde
- D. Lèpre lépromateuse
- E. Erythème noueux lépreux (ENL)



A. Tuberculose cutanée (lupus tuberculeux)



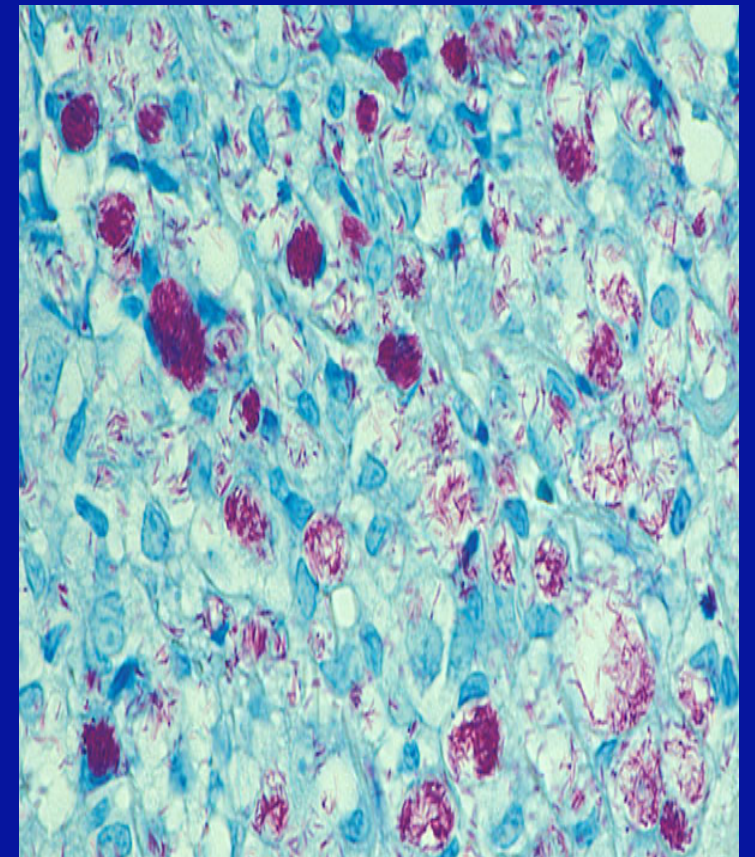
Globi

B. Mycobacteriose atypique

C. Lèpre tuberculoïde

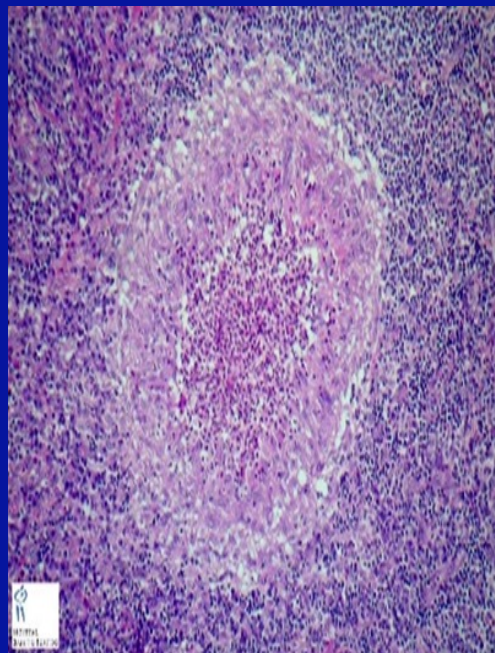
D. Lèpre lépromateuse

E. Erythème noueux lépreux (ENL)

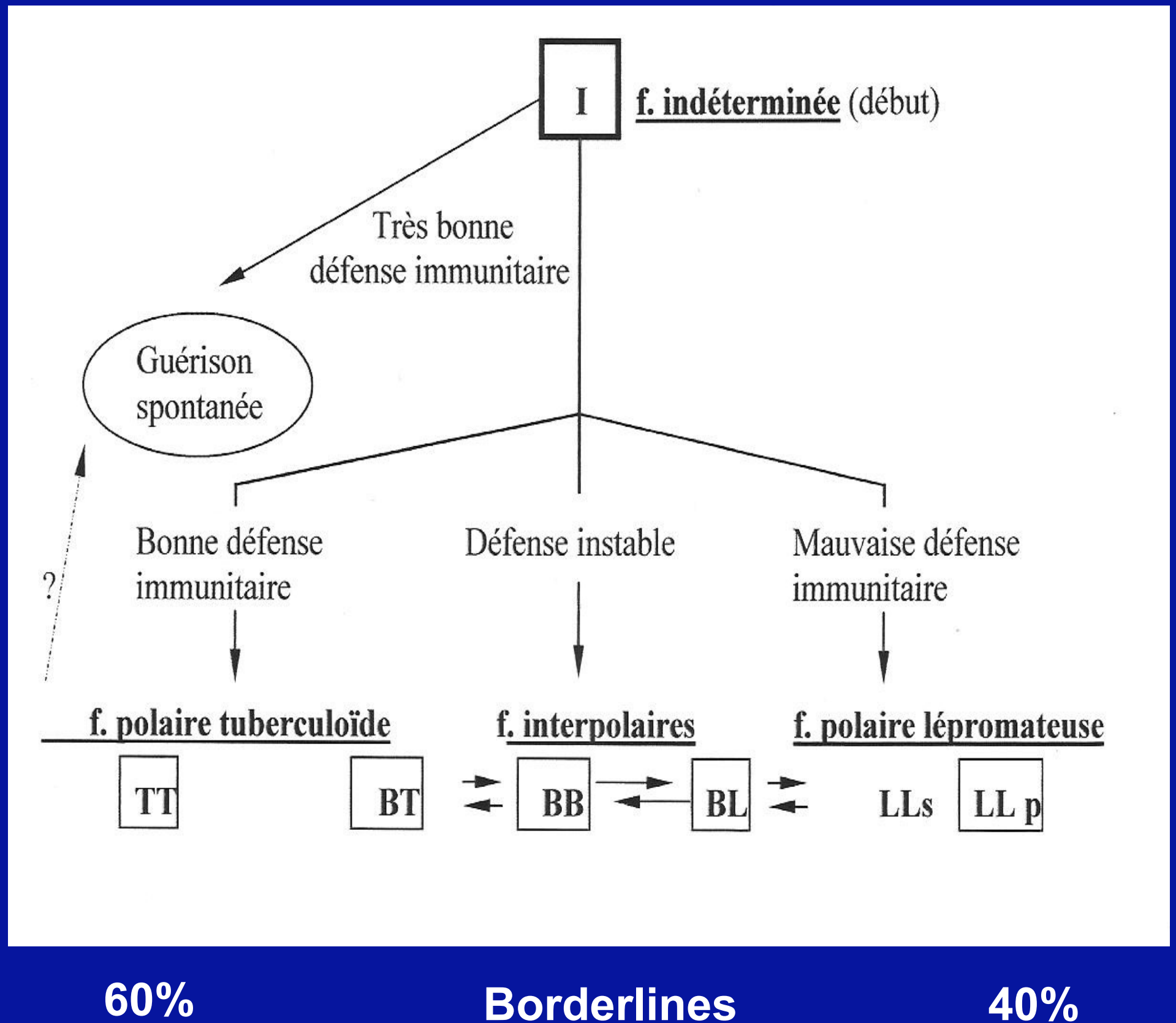


Macrophages spumeux
contenant des bacilles en
multiplication (cellules de
Virchow) → multibacillaire

Classification de Ridley et Jopling



**Granulome
lymphoépithélioïde
capable de détruire
les bacilles
→ paucibacillaire**



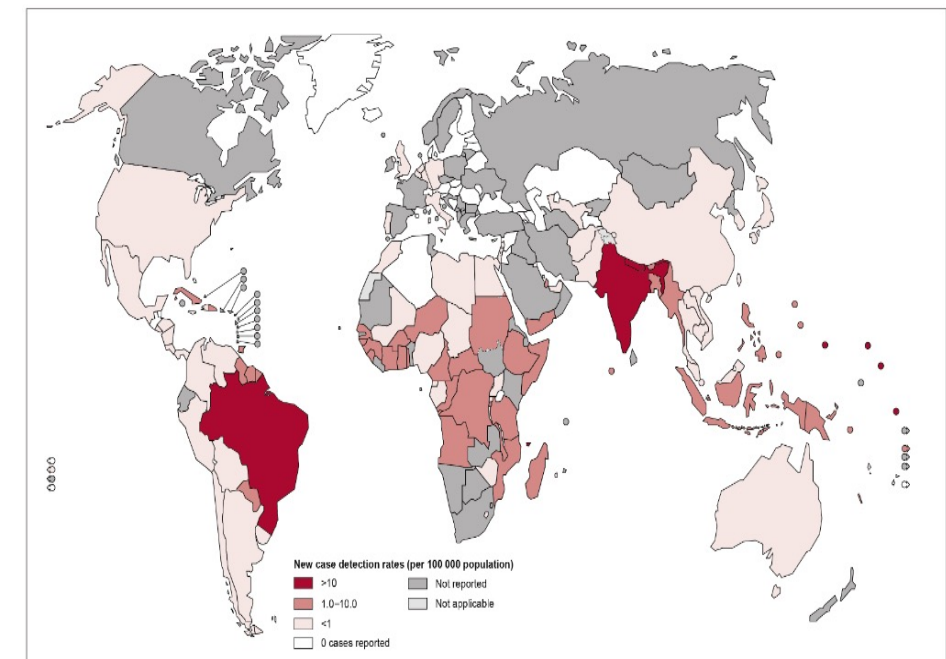
Faciès léonin



La lèpre

- Maladie infectieuse chronique endémique **non en voie d'élimination**
- Atteignant essentiellement la peau, la muqueuse respiratoire et certains nerfs périphériques
- Causée par *Mycobacterium leprae* ou bacille de Hansen
- Paraasitisme intracellulaire obligatoire des cellules phagocytaires mononuclées (macrophages, cellules de Schwann...)
- multiplication lente (12 jours minimum) et non cultivable sur milieu artificiel
- En l'absence de traitement spécifique précoce, risque de complications (ulcérations, paralysies), séquelles invalidantes
- Réactions immunologiques avec risque de névrites, pendant ou après le traitement, nécessitant un traitement adapté

Leprosy new case detection rates, 2016

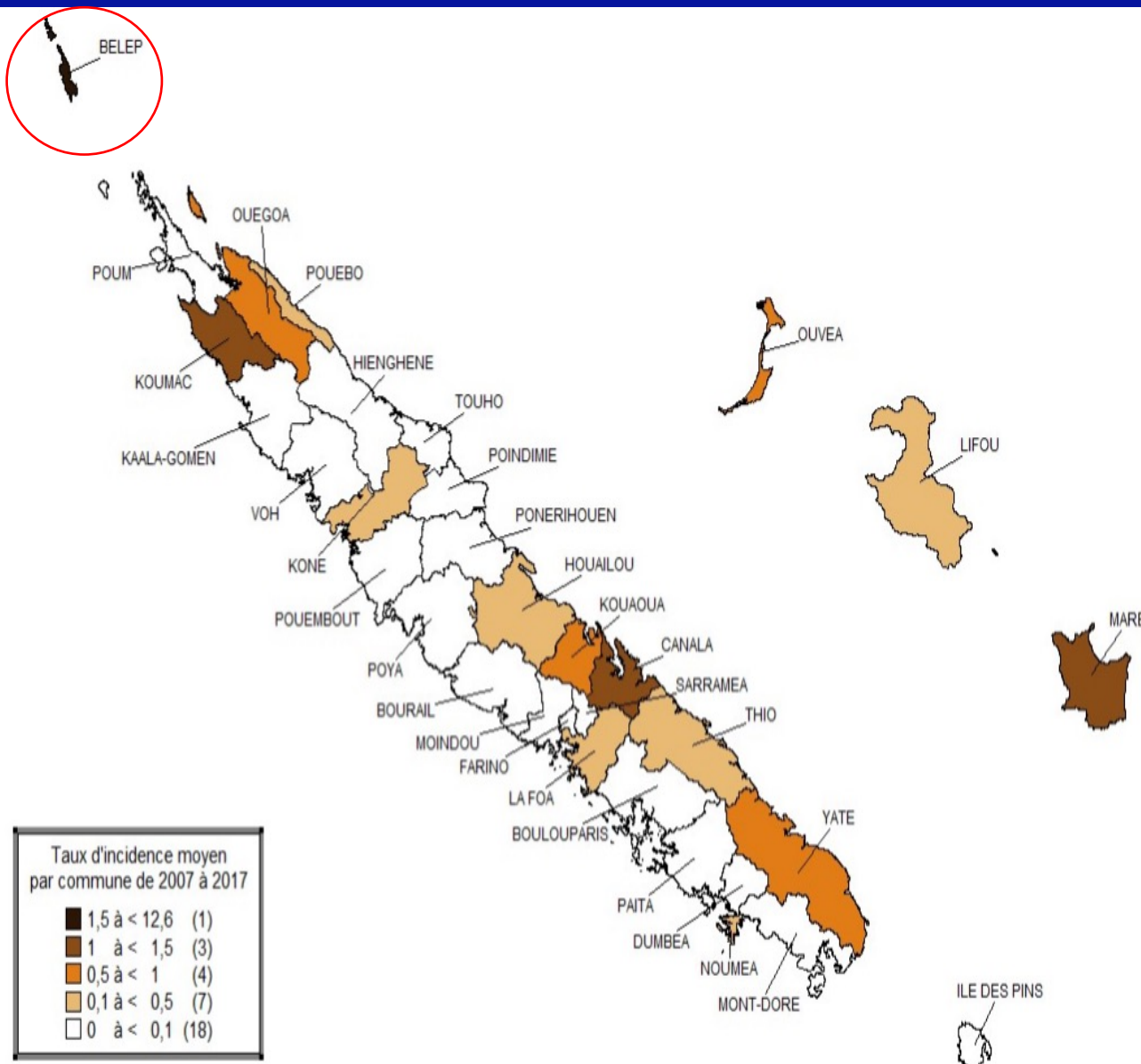


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2017. All rights reserved.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Control of Neglected
Tropical Diseases (CNTD)
World Health Organization



La lèpre existe toujours en Nouvelle-Calédonie :



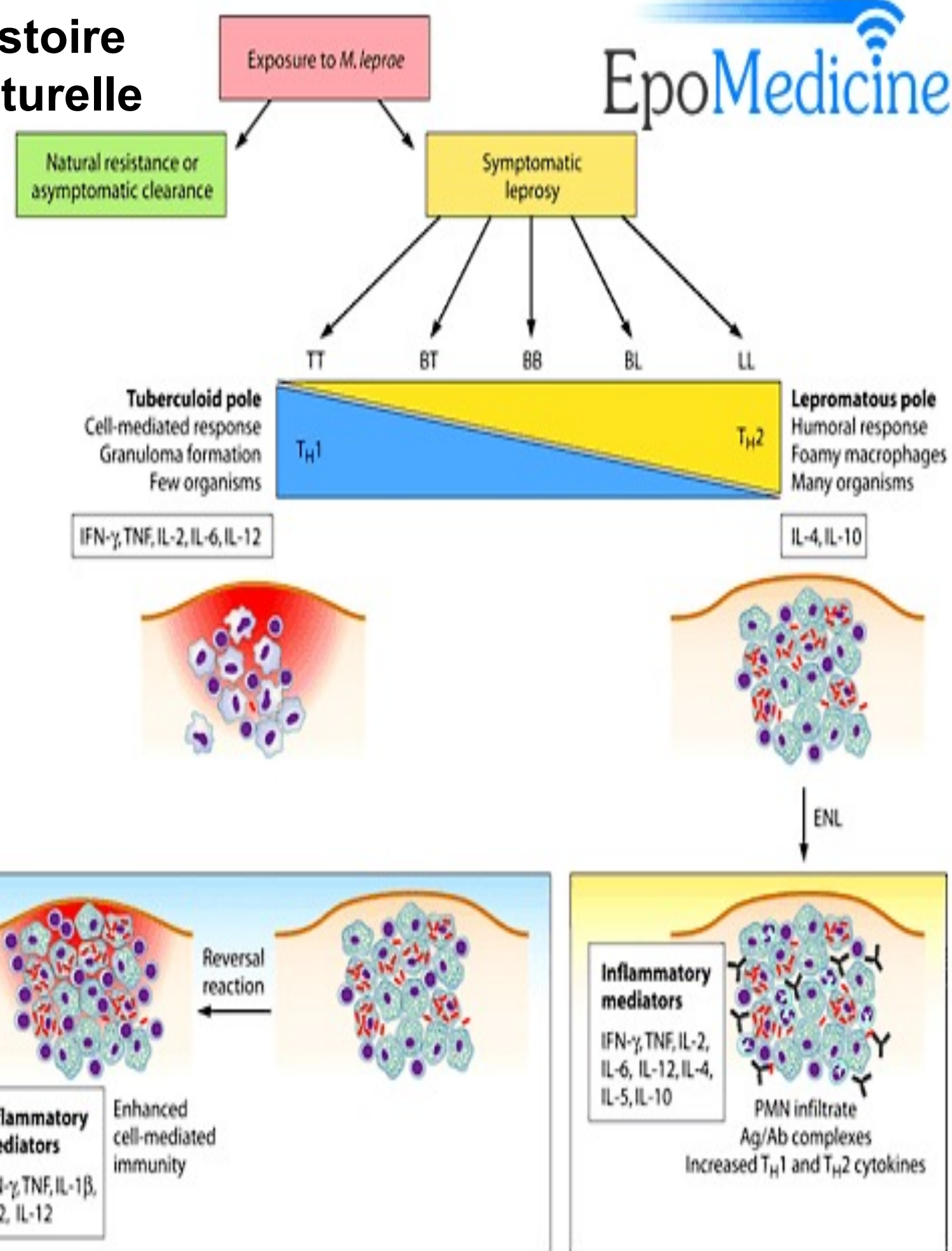
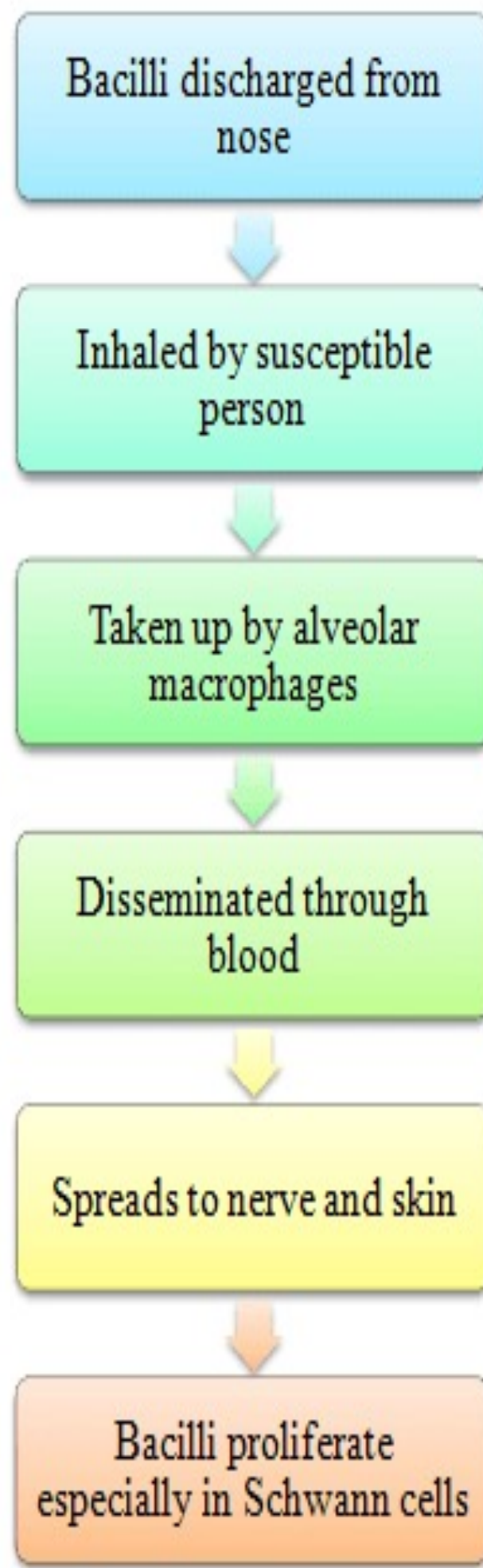
Taux d'incidence moyen /10 000
habitants par commune de 2007 à 2017

Actuellement 2 à 10
nouveaux cas/an :

- sous le seuil d'endémicité
fixé par l'OMS à 1 cas pour
10 000 habitants
- sauf pour Bélep : ancienne
léproserie jusqu'en 1898
avec 12 cas/600 habitants
en 2008-2017

Campagne de dépistage en
2018-19

Histoire naturelle



Rhinite
Toux
Expecto-
-ration
+/- peau
Incubati-
on de qq
semaines
jusqu'à

Moyenne de 2 à 5 ans

30
ans

Classifications opérationnelles

Classification clinique basée sur le nombre de lésions cutanées de lèpre (quand bactériologie non réalisable)

Nouvelle classification simplifiée OMS

SL

1 lésion

Single lesion

PB

< 5 lésions

et/ou 1 gros nerf

Paucibacillaire

MB

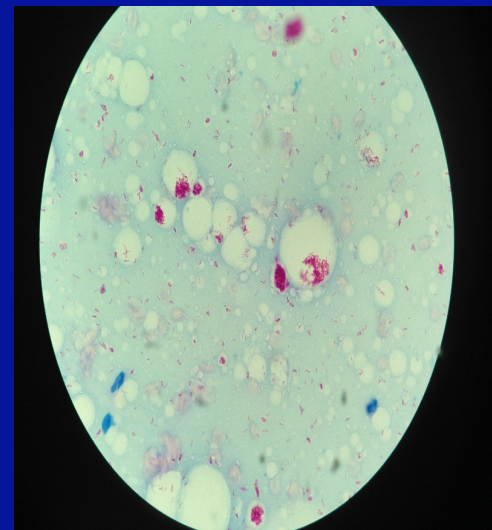
≥ 5 lésions

et/ou > 1 gros nerf

Multibacillaire

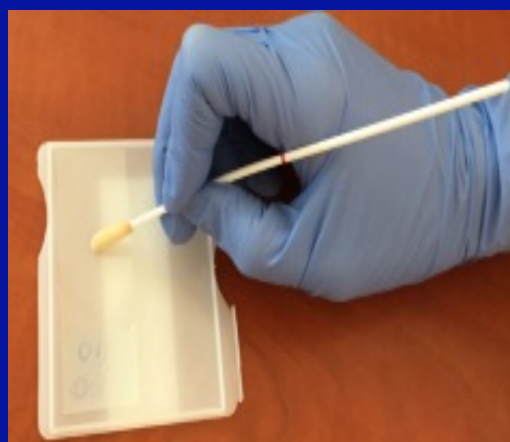
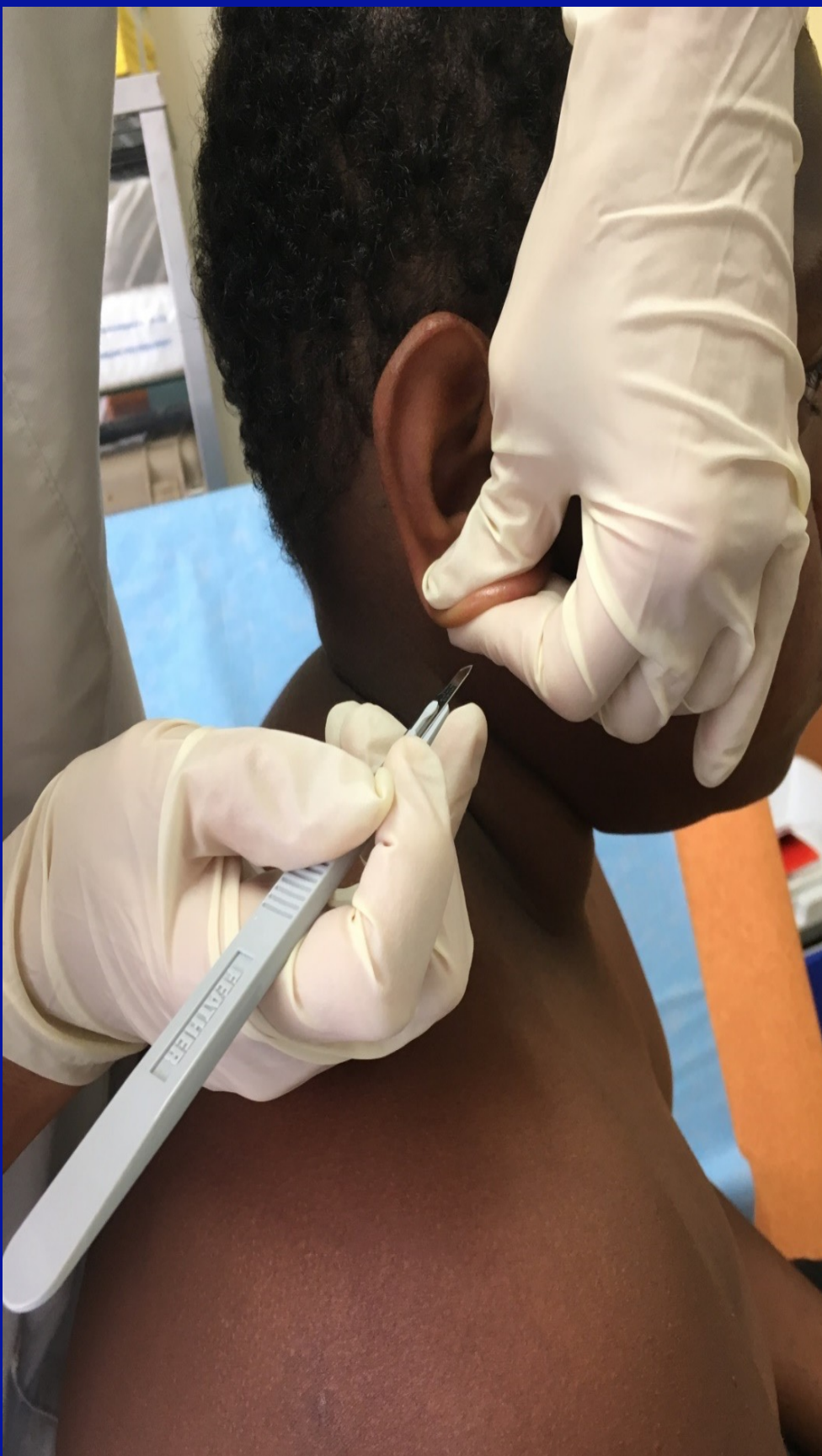
Laboratoire (bactériologie)

→ confirmation des formes MB/rechute MB et
classification PB / MB



- Diagnostic basé sur l'examen de 3 appositions :
 - Biopsie des lésions cutanées (ou neuro-musculaire)
 - Scarifications exsangues des lobes des deux oreilles
 - Mouchage nasal
- Coloration des lames par Ziehl-Neelsen :
 - Lecture en microscopique optique à immersion à l'objectif x 100
 - Le BH est coloré en rouge sur fond bleu
 - Echelle de Ridley selon le nb de BAAR par champ : Indice Bactériologique (IB)
 - Forme des baar : Indice de viabilité
- PCR *Mycobacterium leprae*
- Recherche de résistance

Scarification exsangue des lobes des deux oreilles et « mouchage » nasal



Quel est votre traitement ?

- A. Quadrithérapie antituberculeuse classique**
- B. Monothérapie rifampicine**
- C. Bithérapie rifampicine + dapsons 6 mois**
- D. Polychimiothérapie rifampicine + clofazimide
+ moxifloxacine 6 mois**
- E. Polychimiothérapie rifampicine + clofazimide
+ dapsons 12 à 24 mois**

A. Quadrithérapie antituberculeuse classique

B. Monothérapie rifampicine

C. Bithérapie rifampicine + dapsons 6 mois

**D. Polychimiothérapie rifampicine + clofazimide +
moxifloxacine 6 mois**

**E. Polychimiothérapie rifampicine + clofazimide +
dapsons 12 à 24 mois**

Traitement : POLYCHIMIOTHERAPIE (PCT) depuis 1982, contenant obligatoirement de la rifampicine

- RIFAMPICINE bactéricide (accidents immuno-allergiques, inducteur enzymatique)
- DAPSONE bactériostatique (anémie hémolytique : recherche de déficit en G6PD, polynévrite, troubles psy)
- CLOFAZIMIDE bactériostatique (coloration sueur, pigmentation cutanée, entéropathie)
- OFLOXACINE, MINOCYCLINE, CLARITHROMYCINE



Figure 5. Plaquette mensuelle préemballée

Plaquette fournie
par l'OMS utilisée
en milieu isolé
(Ile de Bélep)

Traitement et suivi en Nouvelle Calédonie

ZIEHL – PB (< 5 lésions)	ZIEHL + MB (> 5 lésions)
SCHEMA	
RFP 600 mg/ j ou mois + CLO 100 mg/j (ou DDS 100 mg/j)	RFP 600 mg/j ou mois + CLO 100 mg/j + DDS 100 mg /j
SURVEILLANCE	
Consultation médicale J0, tous les 6 mois et à la fin du traitement + si réaction reverse Consultation IDE et biologie tous les 3 mois	
FROTTIS NEZ/OREILLES pour IB et IM	
J0 +/- M6	J0 M12 M24
DUREE	
6 mois (guérison clinique)	2 ans IB 0 ou <1+
ANAPATH	
Dg et fin tt	Dg et fin tt

1 an plus tard...

- A été amputé d'un orteil
- Frottis nez et oreilles positifs (IB+)

