UNITED NATIONS

NATIONS UNIES

WORLD HEALTH ORGANIZATION

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

REGIONAL OFFICE FOR THE EASTERN MEDITERRANEAN

BUREAU RÉGIONAL POUR LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

COMITE REGIONAL DE LA MEDITERRANEE ORIENTALE

Septième session

EM/RC7/6
le 13 juin 1957

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 19.3 de l'ordre du jour

LA LEPRE

1. INTRODUCTION

La mise au point d'un procédé relativement peu coûteux et efficace, assurant un traitement ambulatoire de la lèpre, fait une obligation aux autorités responsables de la santé publique, dans la Région de la Méditerranée orientale, de prendre des mesures décisives pour reviser le système actuel de lutte contre cet ancien fléau de l'humanité.

Un document technique sur "la lèpre",(I) traitant surtout de la thérapie, a été présenté au Comité régional de la Méditerranée orientale, au cours de sa sixième session, en 1956. Le présent document traite brièvement de quelques-uns des principaux aspects techniques et sociaux de la lutte contre la maladie.

2. SITUATION ACTUELLE

Bien que la plupart des pays du monde comptent quelques cas de lèpre, soit importés, soit d'origine domestique, la maladie accuse néanmoins une haute fréquence endémique sous les tropiques, et les pays à climat chaud, avec de fortes chutes de pluie annuelles, ont un pourcentage de lèpre qui dépasse cinq pour mille. Une proportion relativement élevée du nombre total de cas de lèpre dans le monde (estimés à plus de cinq millions) existe en Asie et en Afrique.

Le nouveau moyen de s'attaquer au problème devrait être surtout basé sur la substitution du traitement ambulatoire des lépreux, à l'ancien système inefficace de ségrégation, qui aboutissait à empêcher les personnes atteintes de la maladie de consulter les autorités médicales. Il est reconnu que des plans adéquats

(I) Document EM/RC6/4. 6 juillet 1956

pour l'introduction de nouvelles méthodes de traitement des malades externes à la place du système existant d'isolement obligatoire, mettront longtemps à se développer dans beaucoup de zones de la Région, et il est donc de la plus grande importance que les gouvernements commencent à prendre des mesures à cet égard, le plus tôt possible. Chaque fois qu'une campagne antilépreuse adéquate est lancée dans une région, le but final doit être de l'étendre au pays tout entier. Cette planification à longue échéance comporte un certain nombre de problèmes complexes, tels que :

a) l'adoption de méthodes d'éducation sanitaire appropriées pour rendre la campagne acceptable, tant pour la profession médicale que pour le public;

b) la nécessité de coordonner la campagne avec d'autres services d'hygiène publique, ou en tant que partie d'un système polyvalent;

c) la nécessité de s'assurer que ceux qui ont besoin de médicaments continueront à les recevoir, et à les prendre, pour toute la durée de la période requise;

d) la nécessité d'établir des services sociaux appropriés, pour fournir une assistance financière aux familles des lépreux, qui, à un certain stade de la maladie ou du traitement, pourraient être incapables de gagner leur vie.

En raison de la situation économique actuelle de plusieurs pays de la Région, où la lèpre constitue un problème de santé publique d'ordre majeur, il serait difficile aux administrations sanitaires nationales d'entreprendre des campagnes antilépreuses efficaces, sans une assistance internationale. La politique de l'UNICEF met actuellement cette Organisation en mesure de prendre part aux campagnes entreprises pour lutter contre ce fléau et l'éliminer. L'OMS, agissant conjointement avec l'UNICEF, prête actuellement son assistance à un certain nombre de pays de la Région, au moyen de projets et de plans de lutte, et cette assistance sera étendue à d'autres pays pour leurs campagnes antiléproses.

3. LES STIGMATES DE LA LEPRE

Les léprologues ont abouti à la conclusion que la lèpre est d'une contagiosité relativement faible, et qu'elle est moins contagieuse et moins dangereuse que la tuberculose. Il n'y a, par conséquent, aucune raison valable

pour se montrer plus strict envers les lépreux qu'envers les tuberculeux. Quand le public saura que les lépreux peuvent être traités gratuitement, et sans danger, dans des cliniques externes, que la lèpre est moins grave que bien d'autres infections, et ne nécessite pas une législation exceptionnelle, les malades atteints de cette maladie ne seront plus considérés comme des parias, et ne seront plus poursuivis par l'effroi millénaire. Dans beaucoup de pays, pareil revirement dans l'opinion publique pourrait s'opérer rapidement.

4. MOYENS DE TRANSMISSION

La lèpre est, en apparence, une maladie contagieuse, mais on ne sait pas au juste comment elle se transmet. L'opinion la plus répandue est que les bacilles envahissent le corps à travers la peau, ou les membranes muqueuses du nez et de la gorge, ou encore par l'appareil digestif.

Au point de vue de la prévention, il est important de savoir que les organismes causatifs, Mycobacteria Leprae ou les bacilles de Hansen peuvent quitter l'organisme avec ses secrétions ou ses excrétions. Elles sont contenues en quantités énormes dans la matière qui se dégage du fait de la rupture des nodules de la peau, ou des membranes muqueuses; en outre, comme les nodules affectent souvent le nez et la gorge, ces suppurations peuvent être infectieuses. Les bacilles se trouvent même dans les matières fécales et l'urine. Les bacilles qui demeurent enfermés dans les nerfs, dans les cas purement anesthésiques, ne présentent aucun danger pour la santé publique. L'entassement et la promiscuité, pour une durée prolongée, avec les malades, contribuent à la transmission de la maladie par contact direct, surtout aux enfants en bas âge.

5. IMMUNITE

Il n'existe pas d'immunité raciale. La longue période d'incubation, l'évolution de la maladie sous forme chronique et la tendance vers la guérison spontanée, indiquent que le corps doit posséder un haut degré de résistance à cette infection. Le test à la lépromicine, quand il est positif, est apparemment un indice de résistance. Les malades lépromateux donnent presque toujours des résultats négatifs; les cas tuberculoïdes sont le plus souvent positifs. Le pourcentage le plus élevé de cas se constate chez les sujets qui ont été exposés à la maladie dès leur bas âge. Le taux d'incidence atteint habituel-

lement son niveau le plus élevé entre l'âge de dix et de quatorze ans. 50% de ces cas surviennent avant l'âge de vingt ans et 66% avant l'âge de vingt-cinq ans. Bien qu'à aucun âge on ne soit tout à fait à l'abri de la contagion, néanmoins le degré de vulnérabilité à la maladie décroît rapidement au-dessus de la trentaine, même chez les sujets exposés à la contagion dans leur entourage familial. A ce point de vue, la lèpre est quelque peu comme la tuberculose.

La lèpre lépromateuse est habituellement deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Ceci pourrait être dû au degré de susceptibilité de chaque sexe, ou aux circonstances entourant les risques de contagion.

6. RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS AU POINT DE VUE SEROLOGIQUE

Un pourcentage important (environ 40%) des cas de lèpre lépromateuse présente une réaction positive à l'épreuve Kahn ou Wassermann. Le traitement antileutique n'affecte ni la maladie, ni la réaction du sang.

Ceci est intéressant à cause de l'erreur assez fréquente qui consiste à diagnostiquer la lèpre comme syphilis, et inversement.

7. MESURES DE LUTTE

7.1. Prévention

La méthode classique de lutte contre la maladie a toujours été l'isolement des malades, ce qui ne s'est pas révélé très satisfaisant, parce que, dans la pratique, les cas ne sont soumis à l'observation et à l'isolement que lorsque la maladie est plutôt avancée. Ceci s'explique par la manière insidieuse dont débute la maladie, par l'ignorance du malade moyen quant aux premières manifestations du mal, ou, lorsque l'infection est soupçonnée, à une répugnance du malade à se présenter aux autorités sanitaires, puisque ceci pourrait signifier une séparation de son foyer et des siens, pour la vie.

Les défauts de l'isolement, tel qu'il est pratiqué, ont donné lieu à certaines modifications dans le traitement de la lèpre. Ainsi, maintenant, on plaide en faveur de la ségrégation à domicile, qui consiste à confiner le malade chez lui, et à empêcher tout contact entre lui et ses enfants, et de la création de cliniques externes où les malades peuvent se présenter périodiquement pour se faire examiner et subir des traitements.

Un lépreux ayant des habitudes personnelles hygiéniques et prenant des précautions avec les suppurations de ses lésions n'offre pas plus de danger de contagion qu'un cas de tuberculose des glandes du cou, en état d'expectoration positive. Un cas purement nerveux peut très bien jouir d'une plus grande liberté que les cas à manifestations nodulaires.

Il convient de compter surtout sur des mesures éducatives dirigées vers le dépistage précoce, la désinfection des suppurations, le traitement sulfoné et, partout où cela est possible, l'éloignement des jeunes enfants de la maison du malade. Les enfants en bas âge devraient être éloignés dès la naissance. Un examen minutieux de tous les contacts de la famille, ainsi que des proches du malade, devrait avoir lieu tous les six mois, afin de découvrir toutes infections nouvelles, le plus tôt possible.

7.2. Prophylaxie spécifique

La vaccination au BCG provoque une réaction à la lépromine, ce qui est une preuve indirecte du fait que cette vaccination pourrait avoir sa valeur dans la prévention du type lépromateux. Toutefois, la méthode au BCG ne pourra être officiellement recommandée comme mesure de lutte, que lorsque les résultats des essais actuellement en cours dans certaines parties du monde seront soigneusement évalués.

7.3. Traitement

Les médicaments du groupe des sulfones sont en train de remplacer rapidement l'huile de chaulmoogra dans le traitement de la lèpre. Une administration prolongée est nécessaire. L'expérience que l'on a est encore trop récente pour décider si les cas sont guéris ou si le développement en est simplement arrêté. En évaluant l'influence du traitement, il ne faut pas oublier que la lèpre, particulièrement celle du type tuberculeux, accuse une tendance aux longues périodes d'accalmie, et qu'une amélioration marquée peut avoir lieu spontanément, et peut même aboutir à une guérison.

L'efficacité et la toxicité des différents sulfones : (diamino-diphényl sulfone (DDS) et les dérivés monosubstitués et disubstitués) sont à peu près identiques, et le choix dépend entièrement du coût. Le DDS est sensiblement moins couteux que les autres dérivés. Un malade adulte, peut être soigné par voie buccale pour un an pour $ 0.60 et par injections, pour $ 1.10.

Toutefois, ceci ne comprend que le prix des médicaments. Quand les autres dépenses d'une campagne de masse sont prises en considération, l'emploi d'injections pourrait être même moins coûteux, et certainement plus efficace, puisqu'il exige moins de surveillance à domicile.

L'effet des médicaments sulfonés se constate souvent après quelques semaines de traitement. La cicatrisation des ulcérations mucusales et cutanées est observée en premier lieu, puis les lésions commencent à guérir, et finissent par disparaître. Des cas légers de lèpre peuvent être arrêtés après un traitement de deux ans. Dans les cas avancés, le même degré de guérison ne se constate qu'après quatre ou cinq ans. Cependant, en règle générale, la quantité de bacilles dans les lésions diminue sensiblement vers la seconde ou la troisième année.

Les sulfones empêchent le développement malin des cas bénins de lèpre, et finalement, réduisent le caractère infectieux des formes malignes de la maladie.

Prescrits en petites doses, augmentées progressivement, les médicaments sulfonés constituent une méthode de traitement efficace et inoffensive, et comme ils peuvent être administrés de diverses manières, leur emploi régulier est possible, même dans des régions peu développées ou à population dispersée.

Par voie buccale : tous les jours (dose maximum : 100 à 200 mg); ou deux fois par semaine (dose maximum : 200 à 400 mg), ou une fois par semaine : (dose maximum : 300 à 600 mg).

Il faut noter que ce genre de traitement ne convient pas aux travaux effectués sur le terrain, car il est presque impossible de faire des distributions journalières, et il serait chimérique de compter sur les malades pour prendre régulièrement leurs doses appropriées de médicament.

Le traitement par voie buccale est conseillé seulement lorsqu'il est impossible au malade de se rendre journellement à une clinique, où la drogue peut être administrée sous la surveillance du personnel de l'établissement. On ne devrait pas faire confiance aux malades en leur remettant des médicaments à prendre à domicile.

Intramusculaire : une injection toutes les quinzaines (dose maximum : 625 mgm. jusqu'à 1 gr.) de sulfone diamino-diphényl (DDS) dans une suspension d'hydrocarpus (ester d'éthyle d'huile de chaulmoogra).

Bibliographie

Recueil international de législation sanitaire - Organisation mondiale de la Santé, Vol. 5, N° 1 - 1954.

La lèpre. DOLL, J.A. Rosenau: Médecine préventive et Santé publique, Maxcy, huitième édition, 1956.