

LÈPRE À LOMÉ (TOGO) : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 383 CAS

Saka B, Kombate K, Mouhari-Toure A, Amegan-Aho Kh, Tchangai-Walla K, Pitche P

Service de dermatologie, CHU-Tokoin, Université de Lomé, Togo.

Med Trop 2008 ; 68 : 496-498

RÉSUMÉ • Le but de cette étude était de déterminer les tendances évolutives et les formes cliniques des cas de lèpre diagnostiqués à Lomé. Il s'agissait d'une étude rétrospective des dossiers des malades de la lèpre enregistrés au centre national de dermatologie de Lomé de janvier 1990 à décembre 2005. Durant la période d'étude, nous avons recensé 383 dossiers dont 366 nouveaux cas. L'incidence annuelle était de 23 nouveaux cas. La moyenne d'âge de nos malades était de $35,6 \pm 15,4$ ans. La proportion des patients âgés de 15 à 49 ans et celle des enfants étaient respectivement de 75 % et de 6,4 %. Le sex-ratio (H/F) était de 1,36. La prévalence est passée de 4,4/100 000 habitants en 1990 à 1,9/100 000 habitants en 2005. Le taux de détection est passé de 6,8/100 000 habitants en 1990 à 2,1/100 000 habitants en 2005. Nous avons noté une prédominance des cas multibacillaires après 1995. La fréquence des réactions lépreuses était de 11 %. Le taux d'infirmité était de 8,5 %. Le taux de guérison était de 78 % pour une couverture en polychimiothérapie de 98,2 %. Nous avons noté un taux de rechute de 6,1 % et un taux de perdu de vue de 16 %. Notre étude confirme une baisse de la prévalence des cas de lèpre à Lomé et un changement de profil clinique en faveur de la lèpre multibacillaire.

MOTS-CLÉS • Lèpre - Prévalence - Formes cliniques - Lomé -Togo.

LEPROSY IN LOME, TOGO: RETROSPECTIVE STUDY OF 383 CASES

ABSTRACT • The goal of this study was to determine the therapeutic outcomes and clinical forms of leprosy diagnosed in Lomé, Togo. This retrospective study was carried out in leprosy patients managed at the National Center of Dermatology in Lomé between January 1990 and December 2005. During the study period, 383 cases of leprosy were recorded including 366 new cases. The annual diagnosis rate was 23 cases per year. Mean patient age was 35.6 ± 15.4 years. The proportion of patients in the 15 to 49-year-old bracket and in the under-15-year-old bracket was 75 % and 6,4% respectively. Male-to-female ratio was 1.36. Prevalence dropped from 4.4/100.000 inhabitants in 1990 to 1.9/100.000 inhabitants in 2005. The detection rate decreased from 6.8/100.000 inhabitants in 1990 to 2.1/100.000 inhabitants in 2005. There was a high prevalence of multibacillary cases after 1995. The incidence of the leprosy reactions was 11%. The infirmity rate was 8.5%. The cure rate was 78% after multidrug therapy in 98.2% of cases. Relapse occurred in 6.1% of cases and 16% were lost from follow-up. This study confirms the decreasing prevalence of leprosy in Lomé as well as its changing clinical profile with an increase in multibacillary leprosy.

KEY WORDS • Leprosy - Prevalence - Clinical forms - Lomé - Togo.

La lèpre est une maladie très invalidante en l'absence d'un traitement précoce. Elle sévit depuis longtemps en Afrique, et est la cause de multiples mutilations et invalidités qui entraînent des problèmes d'insertion socioprofessionnelle (1). Au cours des 20 dernières années, la prévalence de la lèpre a diminué de 90 % dans le monde (2). Cette diminution est en grande partie due à l'introduction et à la généralisation de la polychimiothérapie (PCT) (2). Au Togo, la lèpre n'est plus un problème prioritaire de santé publique depuis une dizaine d'années (3), et le dernier travail scientifique sur la lèpre dans le pays remonte à 1992 (4).

La présente étude avait pour but de déterminer les tendances évolutives et les formes cliniques de la lèpre à Lomé.

MALADES ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée de janvier 1990 à décembre 2005 sur les cas de lèpre enregistrés au Centre dermatologique de Lomé qui constitue la structure nationale de référence pour la prise en charge de la lèpre au Togo. Lomé est la capitale et compte environ un million d'habitants soit 1/5^e de la population togolaise. Ont été inclus dans l'étude tous les cas de lèpre documentés et enregistrés pour traitement entre 1990 et 2005. La collecte des données a été faite à partir d'une fiche d'enquête préalablement établie. Les variables collectées étaient : le centre de diagnostic, l'année

• Courriel : ppitche@yahoo.fr

• Article reçu le 30/10/2007, définitivement accepté le 15/05/2008.

de diagnostic, les données démographiques (nom, prénom, âge, sexe), les données cliniques (les formes de lèpre, le degré d'invalidité selon l'OMS, l'apparition d'une réaction lépreuse), les examens paracliniques effectués, les données sur le traitement et l'issue de la maladie. Nous avons ensuite calculé les indicateurs d'élimination, le taux de couverture en PCT ainsi que le taux de guérison. Le taux de détection correspond au nombre total de nouveaux cas de lèpre dépistés durant l'année rapporté à celui de la population totale exprimée en taux pour 100 000 habitants.

RÉSULTATS

De 1990 à 2005, 383 dossiers dont 366 nouveaux cas de lèpre ont été enregistrés. L'incidence était de 23 nouveaux cas par an avec des extrêmes de 11 et 30 cas. La moyenne d'âge de nos malades était de $35,6 \pm 15,4$ ans (extrêmes 3 ans et 95 ans). La tranche d'âge comprise entre 15 et 49 ans était la plus représentée avec un taux de 75 %. Les enfants (âge < 15 ans) ont représenté 6,4 % des cas. Le sex-ratio (homme/femme) était de 1,36. La prévalence par année est restée inférieure à 1 cas pour 10 000 habitants. Elle a augmenté entre 1990 et 1998, passant de 0,44 cas à 0,7 cas pour 10 000 habitants. Depuis l'an 2000, la prévalence par année était inférieure à 0,3 cas pour 10 000 habitants, les figures 1 et 2 illustrent les tendances évolutives des cas de lèpre dans la ville de Lomé). Au cours de notre période d'étude, le taux de détection par année a chuté de 69 %, passant de 6,8 cas pour 100 000 habitants en 1990 à 2,1 cas pour 100 000 habitants en 2005.

Toutes les formes cliniques de la lèpre ont été observées. Selon la classification de l'OMS, 229 malades étaient multibacillaires contre 154 cas paucibacillaires. Parmi les cas paucibacillaires, nous avons retrouvé 47 cas de lésion unique soit 30,5 %. Il y avait une prédominance de la forme multibacillaire parmi les nouveaux cas enregistrés avec 57,9 %. Cette prédominance n'était pas constante sur la période étu-

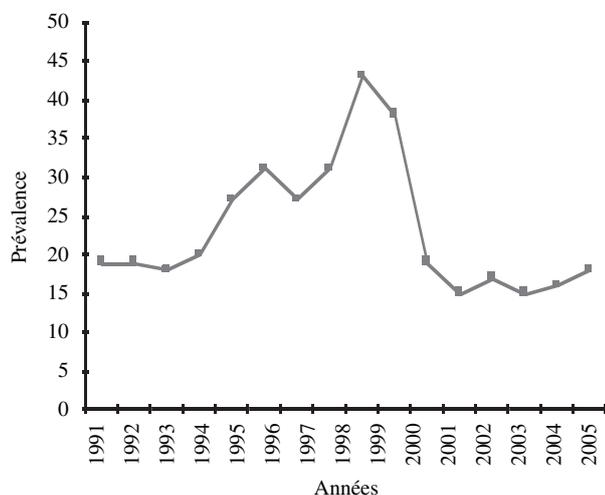


Figure 1. Prévalence des cas de lèpre de 1990 à 2005.

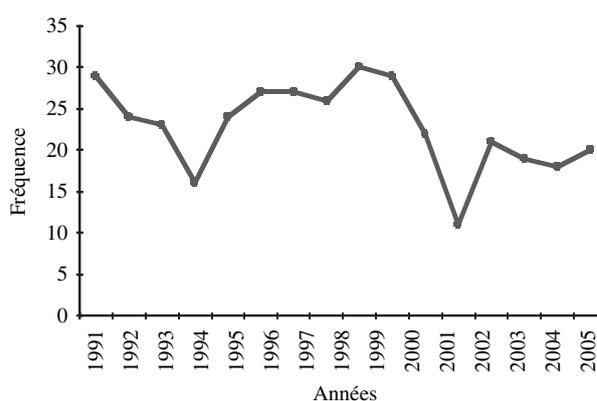


Figure 2. Incidence annuelle des cas de lèpre de 1990 à 2005

diée puisqu'il y avait une prépondérance des paucibacillaires jusqu'en 1995. En 2005, tous les 20 nouveaux cas détectés étaient multibacillaires. Quarante deux cas sur les 383 (11 %) ont présenté une réaction lépreuse dont 31 cas (73,8 %) de réactions reverses (RR) et 11 cas (26,2 %) d'érythèmes nouveaux lépreux (ENL).

Le délai moyen d'apparition d'une réaction lépreuse par rapport au début du traitement était de 4,2 mois. Des 366 nouveaux cas que nous avons colligés, 31 patients (8,5 %) ont été diagnostiqués avec une invalidité de degré 2 selon la classification de l'OMS.

Nous avons enregistré un taux d'infirmité par année nul depuis 1997 sauf en 2001 (2 cas) et en 2004 (1 cas). Sur 383 cas de lèpre colligés, 376 cas ont reçu au moins une dose de PCT soit une couverture PCT globale de 98,2 %. La couverture PCT par année a été de 100 % en dehors de la période 1990-1992 (94 %) et de l'année 1999 (93 %). Le taux global de rechute dans notre série était de 61 pour 1000 cas. Au total, 294 malades (78 %) ont été guéris par la PCT. Soixante et un cas (16,2 %) en cours de traitement, ont été perdus de vue dont 14 cas, tous multibacillaires, durant les quatre dernières années.

DISCUSSION

Nos résultats témoignent de l'élimination de la lèpre dans la ville de Lomé comme problème prioritaire de santé publique.

L'âge moyen de nos patients est très proche de celui de la série de Keita *et al.* (5) au Mali ($33,8 \pm 16,7$ ans). Chisi *et al.* (6) ont montré que la lèpre touchait des populations jeunes. Dans notre étude, 75 % des malades ont un âge compris entre 15 et 49 ans. Les enfants ont représenté 6,4 % de nos lépreux contre 10,8 % en 1992 dans la série de Chisi *et al.* (6) au Malawi. En 2005 cependant, 10 % des nouveaux cas étaient des enfants. Au Sénégal, 7 ans après l'élimination de la lèpre, Seydi *et al.* (7) rapportaient un taux d'enfants de 14 %. La proportion d'enfants est considérée comme un indicateur de transmission de la maladie et notre taux inférieur

à 10 % devait correspondre à une diminution de la transmission au cours de notre période d'étude.

La lèpre est généralement observée plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (5, 8, 9). Notre étude a confirmé cette tendance générale avec un sex-ratio (homme/femme) de 1,36. Cette prédominance masculine peut être expliquée en partie par un meilleur accès des hommes aux services de santé (10).

La diminution du taux de détection de 69 % entre 1990 et 2005 dans notre série signe-t-elle la victoire contre la maladie ou une diminution des activités de détection de la lèpre ? Ces deux hypothèses expliquent cette diminution. Selon les critères OMS, la lèpre est éliminée du Togo depuis 1996 (3). Notre étude étant rétrospective, elle ne peut donner une idée exacte du taux de détection. En effet, Phaff *et al.* (11) au Mozambique ont trouvé trois fois de suite que la détection était plus élevée durant les années de «Campagnes d'Élimination» qu'au cours des années de dépistage classique. Dans notre étude, la prévalence de la lèpre multibacillaire parmi les nouveaux cas était plus élevée avec 57,9 % des cas. Dans les régions où la lèpre ne constitue plus un problème de santé publique, il a déjà été observé une prédominance de la lèpre multibacillaire, 60 % vs 40 % dans la série de Seydi *et al.* (7) au Sénégal. D'autres études (5, 12, 13) ont montré aussi la survenue d'une inversion de tendance en faveur de la forme multibacillaire en rapport avec une diminution de la prévalence. En effet, les malades paucibacillaires reflètent l'intensité des contacts avec la lèpre dans la population. Par conséquent, avec la diminution du nombre de cas et donc des contacts, seuls les sujets très réceptifs seront en mesure de contracter la maladie et de faire des formes graves. Nos résultats sont a priori en faveur d'une diminution de la transmission, ceci grâce à la polychimiothérapie précoce confirmée par la baisse du taux d'invalidité parmi les nouveaux cas.

La lèpre est une cause majeure d'incapacités physiques dans les pays où elle est endémique. Ces invalidités sont, en partie, la conséquence des handicaps et des dommages nerveux causés par les réactions lépreuses lorsqu'elles ne sont pas prises en charge très tôt. Notre taux d'infirmité de 8,5 % est inférieur à ceux rapportés par Seydi *et al.* (7) au Sénégal en 2002 et par De Carsalade *et al.* (8) à Mayotte. Ce taux inférieur à 10 % correspond à un diagnostic précoce. La diminution voire l'annulation des infirmités observées après 1996 témoigne de l'efficacité de la prise en charge de cette maladie à Lomé.

Avec 98,2 % de couverture PCT, notre taux de guérison de 78 % peut être amélioré si les 19 malades de l'année 2005 parviennent à la fin de leur traitement. Notre taux de perdus de vue de 16,2 % est deux fois supérieur à ceux rapportés par Seydi *et al.* (7) au Sénégal et De Carsalade (8) à

Mayotte. Il s'agirait d'un manque d'information des malades. Cette donnée doit être prise en compte par le programme lèpre pour assurer un meilleur monitoring des malades lépreux.

Le taux de rechute de 6,1 % pour les malades traités dans notre série est très supérieur à celui habituellement observé dans le monde où l'utilisation systématique de la PCT a prouvé son efficacité par le faible taux de rechutes rapporté (moins de 1 % par an). Le risque de confusion entre rechute et réaction lépreuse pourrait laisser supposer une surévaluation du taux de rechute surtout qu'il n'y a pas de confirmation des cas de rechute par des examens paracliniques, d'où la nécessité de formation et de recyclage des agents de santé employés dans la prise en charge de la lèpre au Togo.

RÉFÉRENCES

- 1 - Organisation Mondiale de la Santé. La dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre. Plan stratégique 2000-2005. WHO/CDS/CPE/CEE/2000.1.
- 2 - World Health Organisation. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Plan period: 2006-2010). WHO/CDS/CEE/2005.53; 17 pages.
- 3 - Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose-Togo. Indicateurs d'élimination de la lèpre au Togo de 1990 à 2005. (Rapports).
- 4 - Edoth AA, Tignokpa N, Ihou E. Lutte contre la lèpre et polychimiothérapie au Togo : problèmes et perspectives. *Acta Leprol* 1992; 8 : 23-8.
- 5 - Keita S, Tiendrebeogo A, Konaré H, Cissé BS, Faye O. Nouveaux cas de lèpre à l'Institut Marchoux . Etude comparative 1988-1997. *Ann Dermatol Venerol* 2001; 128 : 217-9.
- 6 - Chisi JE, Nkhoma A, Zverev Y, Misiri H, Komolafe OO. Leprosy in Nkhotakota District Hospital. *East Afr Med J* 2003; 80 : 635-9.
- 7 - Seydi M, Mané I, Soumaré M, Faye O, Badiane C, Coly SL *et al.* Evaluation de l'endémie lépreuse au Sénégal en 2002. *Med Mal Inf* 2005; 35 : 225-7.
- 8 - De Carsalade GY, Achirafi A, Flageul B. La maladie de Hansen dans la collectivité territoriale de Mayotte (Océan Indien) : étude rétrospective de 1990 à 1998. *Acta Leprol* 1999; 11 : 133-7.
- 9 - Peters ES, Eshiet AL. Male-female (sex) differences in leprosy patients in south eastern Nigeria: females present late for diagnosis and treatment and have higher rates of deformity. *Lepr Rev* 2002; 73 : 262-7.
- 10 - Richardus JH, Meima A, Croft RP, Habbema JD. Case detection, gender and disability in leprosy in Bangladesh : a trend analysis. *Lepr Rev* 1999; 70 : 160-73.
- 11 - Phaff C, Van Den Broek J, MacArthur AJr, Ndeve A, Stuij Y. Characteristics and treatment outcomes of leprosy patients detected during a leprosy elimination campaign in Mozambique compared with routinely detected patients. *Lepr Rev* 2003; 74 : 229-39.
- 12 - Ogbeiwi OI. Progress towards the elimination of leprosy in Nigeria: a review of the role of policy implementation and operational factors. *Lepr Rev* 2005; 76 : 65-76.
- 13 - Groenen G. Trends in prevalence and case finding in the ALERT leprosy control programme, 1979-1999. *Lepr Rev* 2002; 73 : 29-40.