

Lu pour vous

sur le site web de l'ILEP

Taux de rechute de lèpre multibacillaire après PCT

Baohong Ji

Les rechutes de lèpre multibacillaire (MB) résultent de l'impossibilité pour la PCT d'abaisser le nombre de bacilles viables en dessous d'un certain niveau, ce qui leur permet ainsi de se remultiplier.

Les rechutes MB sont épidémiologiquement importantes car les malades MB qui rechutent redeviennent contagieux et si le taux de rechute augmentait, on pourrait assister à un ralentissement du déclin de l'incidence.

Par ailleurs, la détermination du taux de rechute MB après arrêt de la PCT est le seul moyen d'évaluer l'efficacité à long terme de la PCT.

1. Diagnostic d'une rechute MB

On parle de rechute MB, quand on constate chez un malade MB ayant terminé ses 12 mois de PCT une réactivation des lésions cutanées préexistantes ou de nouvelles lésions, associées à une augmentation significative (= ou > 2) de l'index bactériologique (IB).

Pour que les rechutes MB puissent être détectées, il faut que les malades MB soient suivis régulièrement (examen clinique et bacilloscopie) après la fin de la PCT (au moins 1 fois par an). Les frottis cutanés doivent être réalisés sur les mêmes 4 à 6 sites examinés avant le traitement et sur des lésions nouvelles ou réactivées.

A un stade plus précoce, une rechute peut être détectée, en absence de lésions cutanées visibles, par la seule bacilloscopie. Mais le niveau actuel des services de bacilloscopie ne permet pas de tenir compte de la bacilloscopie seule (sans les signes cliniques).

La preuve de la viabilité de *M. leprae* par la technique d'inoculation à la souris est utile pour confirmer la rechute mais cet examen n'est pratiqué que dans de rares services de bactériologie de référence et il n'est donc pas utilisable dans la très grande majorité des programmes lèpre. En outre, il a été prouvé que dans 90 % des rechutes MB, les bacilles étaient viables. Donc l'inoculation à la souris n'est plus considérée comme indispensable dans le fonctionnement de routine des programmes lèpre.

Le risque de « sous diagnostic » est plus important que celui de « sur diagnostic ». Il est du au manque de formation des agents de santé, à la durée insuffisante du suivi des malades après PCT, à une qualité médiocre des services de bacilloscopie ou à une combinaison de tous ces facteurs.

2. Importance des rechutes MB et ses facteurs de risque

- Rechute après une PCT de 24 mois

Le taux de rechute a été rapporté comme étant très bas (environ 0.1 % par an) dans les programmes en routine, pour les malades ayant reçu une PCT de 24 mois ou plus. Comme ce taux est très bas, l'OMS a considéré que le suivi post PCT n'était pas utile et celui-ci a cessé d'être recommandé, alors que la durée de la PCT était raccourcie à 12 mois et qu'elle pourrait à moyen terme être encore raccourcie à 6 mois. L'OMS déclarait en 2004 que les rechutes sont rares après PCT mais sans fournir des données précises et sans spécifier la durée de la PCT.

Cependant, il faut être très prudent dans l'interprétation de cette notion de rareté des rechutes :

- dans les programmes lèpre, le suivi post PCT des malades a été arrêté depuis plus de 10 ans. Les malades sont sortis des registres dès qu'ils ont terminé la PCT et le plus souvent des informations essentielles telles qu'identité, adresse, IB initial et historique du traitement sont perdus, d'où la difficulté de retrouver ces malades pour les examiner.
- suite à l'intégration, la responsabilité pour la détection des rechutes repose sur les agents de santé des services généraux. Mais la plupart d'entre eux n'ont pas les connaissances nécessaires (la détection des rechutes n'étant pas incluse dans leur cycle de formation). Donc la plupart d'entre eux ne savent pas que la lèpre peut rechuter après une PCT et ne savent pas comment se présente une rechute. En plus, ces agents de santé manquent souvent de moyens et de ressources pour suivre des malades qui ont déjà fini leur PCT et qui ne sont donc plus considérés comme des « cas de lèpre ».
- puisque les services de bacilloscopie ne sont plus opérationnels sur le terrain dans la majorité des programmes, il est donc impossible de détecter une rechute, particulièrement à un stade précoce.

Donc la déclaration que le taux de rechute est très bas ou « rare », après une PCT est une déclaration sans preuve. **Mais une « absence de preuve » n'est évidemment pas une « preuve d'absence » !**

Par ailleurs, des taux élevés de rechutes MB après PCT/OMS de 24 mois ont été rapportés par plusieurs instituts de recherche tels que l'Institut Marchoux à Bamako, le Central JALMA Institute à Agra et Leonard Wood Memorial Center for leprosy research à Cebu. Il a été ainsi démontré qu'il existe un sous groupe de malades MB, ayant eu un IB initial = ou > 4, pour lesquels le taux de rechute est élevé (4 à 7 %), suggérant ainsi qu'un IB initial élevé est le facteur de risque le plus important pour une rechute MB.

En outre, les rechutes se produisent tardivement au moins 5 (+ ou -)2 années après l'arrêt du traitement (certaines se produisant jusqu'à 10 ans après la fin du traitement).

D'autres instituts (Karigiri, ALERT) ont publié des séries avec des taux de rechutes faibles.

- Rechute après une PCT de 12 mois

Depuis 1998, tous les malades de la lèpre MB ont été traités avec le régime PCT de 12 mois. Mais aucune information, concernant le taux de rechute à long terme chez ces malades, n'est disponible.

Nous n'avons donc aucune idée de l'efficacité à long terme du régime de PCT standard OMS pour la lèpre MB !

3. Détermination des taux de rechutes MB fondée sur des preuves

Bien que plusieurs millions de malades MB ont été traités par 24 mois puis 12 mois de PCT, il n'existe aucun consensus concernant l'importance des rechutes après PCT, en particulier l'existence possible d'un sous groupe à haut risque.

Evidemment c'est notre responsabilité historique de déterminer en s'appuyant sur des preuves le taux et les facteurs de risque de rechute après des durées variables de PCT.

Pour les malades traités par 24 mois de PCT, il est possible de faire une étude rétrospective. Des millions de malades ont reçu ce régime de 24 mois, principalement entre 1994 et 1998 et beaucoup d'entre eux sont encore en vie. Il est possible de retrouver et d'examiner un certain nombre de ces malades.

Pour les malades traités par 12 mois de PCT, le taux de rechute devrait être déterminé seulement par une étude prospective car il est pratiquement impossible d'identifier les vrais cas de MB : en effet, depuis 1998 (début de la PCT de 12 mois) la classification des malades

n'est plus bactériologique mais clinique (comptage du nombre de lésions cutanées) et parmi les malades classés MB il y a ainsi beaucoup de malades qui auraient été classés PB avec la bacilloscopie.

Pour collecter des informations utiles afin de connaître le taux de rechute MB post PCT, il faut améliorer les connaissances des agents de santé et réintroduire les services de bacilloscopie.

Si cela n'est pas fait rapidement, il y aura toujours une incertitude au sujet de l'importance des rechutes MB post PCT et de l'existence possible d'un groupe à risque et il n'y aura jamais de consensus concernant l'efficacité à long terme de la PCT pour les malades de la lèpre multibacillaire.

Traduction : P. Bobin