FC

Des nouvelles de « LEPROLIST »

Comme nous vous l'avions annoncé dans le dernier no du *Bulletin de l'ALLF* (n° 9, page 50), l'ALLF a créé, en mai dernier, une liste de discussion léprologique « LEPROLIST », avec la collaboration technique du site internet de dermatologie « Dermatonet ».
Cette liste, francophone et gratuite, permet à tout médecin abonné à cette liste et ayant un problème ou se posant une question concernant la lèpre, que ce soit en général ou pour un cas particulier (diagnostique, thérapeutique, épidémiologique, physiopathologique etc), de décrire ce problème ou de poser sa question dans un message e-mail qu'il peut envoyer à la liste, à l'adresse suivante :

leprolist@egroups.fr

Les réponses sont données, après consultation éventuelle de léprologues de référence (biologistes, épidémiologistes, cliniciens, chirurgiens …) qui ont accepté d'être experts de LEPROLIST.

Actuellement, nous sommes environ 25 inscrits sur cette liste mais d'autres inscriptions sont prévues. Nos confrères responsables de programmes nationaux de lutte contre la lèpre en Afrique sont très intéressés, mais ils n'ont pas encore tous un ordinateur et accès à Internet.

Depuis la création en mars dernier de « Leprolist », nous avons eu 5 interventions et il serait intéressant de les rappeler mais surtout d'avoir des nouvelles concernant l'évolution des cas soumis.

1) Question posée par **Claude Ratrimoarivony** de Madagascar, au sujet du traitement d'un ENL récidivant corticodépendant. **Georges de Carsalade**, de Mayotte, était intervenu pour conseiller la Pentoxifylline ("Torental") qu'il a déjà utilisé. On a fait une recherche bibliographique sur l'utilisation de cette molécule dans l'ENL et nous avons à votre disposition ces références dont on a mis un extrait, comme vous l'avez vu, dans le dernier n° du *Bulletin de l'ALLF* paru en juillet dernier (p.25).

2) **Danielle Calès-Quist**, dermatologue en Martinique, avait soumis le problème d'une 2ème rechute de lèpre MB avec probablement double résistance à Rifampicine et Dapsone. On lui avait conseillé de s'adresser au Pr Stewart Cole à l'Institut Pasteur de Paris pour faire un test de sensibilité à Rifampicine et Dapsone par PCR.

3) Le cas soumis par **Sophie Fite**, dermatologue à la Réunion, était très intéressant car il illustrait parfaitement les classiques difficultés de diagnostic différentiel entre lèpre tuberculoïde et sarcoïdose. Bien que les troubles de la sensibilité au niveau des lésions cutanées n'étaient pas très nets et que le 1er examen anatomo-pathologique ne permettait pas de trancher entre les 2 diagnostics, les lésions étaient très évocatrices de lèpre T. Sophie Fite nous avait contacté car elle trouvait qu'après 3 ou 4 mois de traitement par Rifampicine 600 mg / j + Disulone 100 mg / j, les lésions ne régressaient pas. Après lusieurs échanges de mail, on a convenu de faire un nouvel examen anatomo-pathologique. Celui-ci, revu par Guy Discamps, était très en faveur d'une sarcoïdose qui s'est d'ailleurs révélée, par la suite, très

évolutive, avec une atteinte systémique (adénopathies et lésions pulmonaires).

4) **Fatoumata Diallo**, interne en dermato-léprologie de l'Institut Marchoux de Bamako, et qui fait sa thèse sur l'essai clinique dans la lèpre MB de l'association Rifapentine + Moxifloxacine + Minocycline (qui s'est révélée particulièrement efficace chez la souris) nous demandait de la documentation sur ces 3 molécules (action, tolérance.....).
Cet essai (dont on a aussi parlé dans les 2 derniers no du *BALLF*) est intéressant à suivre car il sera peut-être dans quelques années, s'il se révèle efficace, le nouveau traitement de la lèpre. Etant donné l'extraordinaire action bactéricide de la Rifapentine sur *M. leprae* (supérieure à celle de Rifampicine qui est actuellement le médicament le plus important de la PCT anti-lépreuse) on peut être relativement optimiste, mais il faut de nombreuses années de recul pour en évaluer l'efficacité (appréciée en fonction du pourcentage de rechutes à long terme).

5) **Leila Berramdani,** dermatologue et responsable de lutte contre la lèpre en Guyane, nous a interrogés à propos de la durée pendant laquelle il fallait poursuivre la corticothérapie après une neurolyse d'un nerf cubital douloureux, hypertrophique et avec anomalies à l'EMG, survenu au cours d'une réaction réverse. On a demandé l'avis de nos experts chirurgiens de Leprolist. **Michel Yves Grauwin** a répondu : La première question qu'on se pose est : quel est le délai entre la corticothérapie et la réalisation de la neurolyse? La deuxième question : sur quel argument la neurolyse a-t-elle été pratiquée, une aggravation clinique, une non amélioration du bilan neuro, l'aggravation des douleurs? Sinon, traitement médical ou traitement médical + chirurgical, il faut vraiment 6mois de corticothérapie dégressive suivant les protocoles bien connus d'ALERT et avec des bilans neuros réguliers de suivi.

Pour ceux qui souhaiteraient s'inscrire à LEPROLIST, il leur suffit de se rendre à cette adresse :

www.dermatonet.com/liste.htm

et de cliquer sur : ***« Intégrez gratuitement LEPROLIST »***

Une réponse leur sera faite aussitôt sur leur adresse e-mail pour confirmer leur inscription (gratuite) à LEPROLIST.

Pour toute information complémentaire éventuelle, s'adresser à l'ALLF :

4 rue Jean-Jacques Bel
33 000 Bordeaux France
Tel/Fax : 05 56 52 32 14
e-mail: pibobin@wanadoo.fr