

L'indice bactériologique (IB) et l'indice morphologique (IM)

Pierre Bobin

L'IM est un examen qui permet de connaître, dans la lèpre MB, le pourcentage de bacilles uniformément colorés, considérés comme viables. Pour ceux qui préconisent son utilisation, il présenterait un grand intérêt, car il permettrait, en le répétant au cours de la PCT, d'évaluer l'efficacité de celle-ci au bout de quelques semaines, puisqu'en absence de résistance à la rifampicine, la négativité de l'IM est obtenue au bout d'1 mois environ. (ref.: Laboratory Techniques for leprosy, WHO/CSD/LEP/86.4; pages 21-29. WHO 1987). Sachant qu'avec l'IB, il faut attendre un an pour le voir baisser d'1 +, les partisans de l'IM lui trouvent un avantage intéressant, en terme de détection précoce d'inefficacité de la PCT.

Dans notre expérience de l'Institut Marchoux, avec en particulier les nombreux projets de recherche que nous avons effectués concernant l'efficacité vis-à-vis de *M. leprae* et la tolérance de nouveaux antibiotiques et de nouveaux schémas de PCT, nous pratiquons systématiquement chez tous les malades MB inclus dans ces projets, un IB, un IM et l'inoculation à la souris. Les IB et IM étaient pratiqués par un bacilloscopiste « de référence » dont la compétence et la fiabilité étaient unanimement reconnues.

Mais, dans toute l'Afrique francophone, on peut dire que ce technicien de laboratoire était un des rares, pour ne pas dire le seul, à pouvoir réaliser des IM fiables. En effet, comme on le sait, cet examen est difficile à réaliser et difficile à standardiser :

- il faut examiner entre 50 et 100 bacilles et ne retenir que ceux qui sont bien individualisés, uniformément et intensément colorés. Il y a donc une grande part de subjectivité de la part de l'opérateur, car il ne suffit pas de compter des bacilles comme dans l'IB, mais d'apprécier l'homogénéité et l'intensité de la coloration des bacilles. L'intensité de la coloration peut aussi être variable d'un examen à l'autre en fonction de la luminosité du microscope
- par ailleurs, en amont de cet examen, les conditions techniques de préparation du colorant doivent également être rigoureuses, au risque de gêner l'interprétation de la coloration.

Ces aléas concernant la lecture, la luminosité et la coloration font que cet examen est difficile à standardiser et qu'il est donc un critère aléatoire quand il n'est pas réalisé dans les conditions les plus rigoureuses, ce qui est malheureusement le cas dans la grande majorité des pays en développement.

Toutes ces raisons nous semblent suffisantes pour dire que l'IM n'a pas de valeur scientifique et qu'il ne permet donc pas de juger de façon certaine de l'efficacité thérapeutique en début de traitement. Concernant l'évaluation de cette efficacité thérapeutique, on a tendance à oublier la clinique : le suivi régulier tous les mois des malades sous PCT permet chez les MB de constater, dans la majorité des cas, une désinfiltration des lésions. A l'inverse, l'absence d'amélioration clinique permettrait de suspecter une résistance à la RMP (pour le moment rarissime). Il faut donc insister sur l'importance du suivi thérapeutique (puis post PCT) pour s'assurer non seulement de la réalité des prises, mais aussi de l'évolution clinique (amélioration ou non, réactions, rechutes) et il faut une fois de plus regretter que l'absence de supervision de la PCT et de suivi post thérapeutique soit recommandée par l'OMS !

En ce qui concerne les rechutes (à ne pas confondre avec reprise évolutive en cas de résistance à la RMP ou de mauvaise observance thérapeutique), elles se manifestent le plus souvent plusieurs années après la fin de la PCT (parfois 5, 7 voire même 10 ans ...) Pour nous, le diagnostic de rechute doit être posé sur 2 critères :

- clinique, avec de nouvelles lésions cutanées et (ou) neurologiques
- bactériologique : avec augmentation de 2 + ou plus de l'IB par rapport au dernier IB pratiqué après la fin de la PCT

C'est donc, concernant les rechutes, l'IB qui sera intéressant et l'IM n'apportera rien de plus.

Enfin, si on constate une non amélioration clinique (ou une aggravation) dans les premiers mois de PCT ou une rechute plus tard, on peut craindre une résistance à la RMP et alors on doit recommander, si possible, dans ce cas le test rapide (PCR) de sensibilité à la RMP.

En résumé, l'IB est un examen qui devrait être réalisé en routine sur le terrain car il est utile pour confirmer le diagnostic de lèpre dans les formes MB cliniquement non évidentes (ce qui est assez fréquent) et utile aussi en cas d'augmentation de 2 + ou plus pour confirmer une suspicion de rechute au bout de plusieurs années.

Par contre concernant l'IM :

- sa valeur scientifique n'est pas rigoureusement prouvée
- sa réalisation pratique est difficile
- son interprétation est trop subjective de la part du technicien et la fiabilité d'un observateur à l'autre est incertaine

Par ailleurs, l'argument donné en faveur de l'IM (dépistage précoce d'une non efficacité de la PCT) nécessiterait une répétition au bout de plusieurs semaines de PCT des frottis cutanés, ce qui est le plus souvent impossible à réaliser sur le terrain et de toutes façons en contradiction avec les recommandations de ne pas multiplier les effractions cutanées dans les pays à forte prévalence VIH / SIDA.

On ne peut donc pas, à mon avis, recommander l'IM en pratique de routine. Il pourrait être encore pratiqué dans les Centres de recherche pour des essais cliniques de nouveaux protocoles. Mais même dans ce cas, est il vraiment indispensable ?