

## REFLEXIONS D'UN DERMATOLOGUE SUR LE DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA LEPRE

Antoine Mahé.

### « La lèpre est une maladie neurologique dont le diagnostic est dermatologique. »

Du fait d'encouragements réitérés pour aboutir à un diagnostic précoce de cette maladie, avant l'apparition de lésions neurologiques qui sont pour l'essentiel irréversibles, cet aphorisme tend à être dominé par sa seconde proposition. En d'autres termes, il est clair que, plus l'on cherche à obtenir un diagnostic précoce de lèpre, moins l'aspect clinique sera caractéristique, et plus les diagnostics différentiels dermatologiques seront nombreux. Ceci est particulièrement vrai pour la forme de primo-infestation de lèpre dite « indéterminée ». Ces questions prennent une importance particulière dans un environnement sous-médicalisé.

En pratique, il s'agit de trouver un juste milieu entre un *diagnostic excessif des cas de lèpre*, et à l'opposé une *méconnaissance des formes précoces*. Ceci n'est pas qu'une vue de l'esprit : on doit souligner que les dermatoses hypochromiantes sont très fréquentes sur peau noire, pour certaines d'entre elles nettement plus que la lèpre (eczématides, pityriasis versicolor...); on conçoit sans peine la situation d'« abus diagnostique » que représenterait l'ignorance à grande échelle de ces deux affections...

Un certain nombre de facteurs sont susceptibles d'influencer ce rapport « diagnostics en excès/diagnostics méconnus » :

- la prévalence de la lèpre ; toutefois, même en zone d'endémicité élevée de lèpre, soulignons à nouveau que les dermatoses hypochromiantes sus-citées restent nettement plus fréquentes que la lèpre.
- la compétence des agents habilités à poser le diagnostic de lèpre ; il paraît indispensable que ces agents connaissent au minimum les diagnostics différentiels les plus grossiers de lèpre. Si l'on souhaite que le diagnostic de lèpre soit confié à des agents « de base » non ou peu spécialisés, ceci n'est pas sans poser le problème de la formation à une dermatologie élémentaire de ceux-ci, domaine dont on sait qu'il est habituellement particulièrement négligé dans les pays en développement.
- les facilités d'accès à des moyens diagnostiques performants (biopsie cutanée) ; si, dans les régions riches, cet accès est aisé, il est évident qu'il ne saurait en être de même dans la plupart des zones d'endémie lépreuse.
- dernier point et non le moindre, la politique sanitaire en vigueur dans la région concernée ; on peut en effet admettre que, lors d'une campagne volontariste de dépistage de lèpre, un certain surdiagnostic soit acceptable lorsque celui-ci est mis en balance avec le gain sanitaire global de la campagne pour la communauté ; toutefois, il paraît nécessaire que ce surdiagnostic « stratégique » reste dans des proportions raisonnables...

L'attitude pratique face à une lésion suspecte de lèpre débutante apparaît donc difficile à standardiser, du fait de la multiplicité des situations possibles, que ce soit sur le plan purement clinique ou sur celui de l'environnement sanitaire. Nous souhaitons limiter ici notre propos à l'abord pratique de lésions hypochromiques (ne s'accompagnant pas d'atteinte des

gros troncs nerveux) par un agent sanitaire non spécialisé, situation sans doute extrêmement fréquente. Comme toujours devant une lésion suspecte de lèpre, la recherche de troubles de la sensibilité superficielle, et éventuellement (si elle est accessible ... et fiable !) la bacilloscopie, permettront de résoudre un certain nombre de problèmes diagnostiques. En l'absence de troubles de la sensibilité, il reste relativement facile de reconnaître les affections fréquentes que sont:

- des *eczématides* : lésions uniques ou multiples, sèches, rugueuses au toucher, avec souvent accentuation folliculaire, souvent liées à de mauvaises pratiques de toilette (savons ou ustensiles de toilette agressifs, hygiène « excessive »,....).
- un *pityriasis versicolor* (PV): lésions multiples, très bien limitées, squameuses au grattage (« signe du copeau »).
- une *dermite séborrhéique* : lésions squameuses et prurigineuses intéressant électivement certaines zones du visage (sourcils, sillons nasogéniens ou rétro-auriculaires) et le cuir chevelu.
- un naevus achromique, sur la présence congénitale d'une lésions hypochromique bien limitée, « géographique ».

Une fois les formes typiques de ces affections identifiées, reste la situation non exceptionnelle de macules hypochromiques isolées, sans modifications épidermiques associées (et bien sûr sans trouble de la sensibilité superficielle) ; les diagnostics possibles sont alors extrêmement multiples : outre une lèpre indéterminée, il peut s'agir de formes atypiques des affections sus-citées, d'un vitiligo incomplet dit *minor*, voire d'affections plus rares (mycosis fongoïde, sarcoïdose, lichen scléreux,...). La biopsie cutanée, lorsqu'elle est possible, permet de résoudre tous les problèmes. Sans elle, il paraît difficile de proposer une attitude standardisée ; c'est ici que les objectifs stratégiques définis par la politique sanitaire nationale en vigueur prennent une place prépondérante. A l'échelon purement individuel, une attitude qui nous semble raisonnable, lorsqu'elle est possible, consiste en fait à *surveiller* le patient, en prescrivant un traitement émollit (voire corticoïde local bref) si l'on suspecte des eczématides, voire un antimycosique en cas de suspicion de PV ou de dermite séborrhéique. On peut en effet rappeler ici que la lèpre est une maladie évoluant très lentement (en dehors des épisodes réactionnels, qui posent d'autres problèmes que celui d'un diagnostic précoce de la lèpre), et qu'un délai de quelques mois dans le diagnostic ne peut être considéré comme un facteur aggravant, à condition bien sûr qu'il ne soit pas synonyme de perte de vue, ce qui serait particulièrement regrettable. Une autre possibilité à ce stade, mais qui est très dépendante des conditions sanitaires locales, consisterait à utiliser un système de *référence*.

La santé publique, vision des maladies « par la haut », ne saurait méconnaître les réalités de terrain ; les problèmes rencontrés à ce niveau ne sont pas uniquement logistiques, mais bien parfois cliniques : notre expérience nous a appris que le diagnostic de lèpre était loin d'être toujours facile ou « évident », notion qui mérite peut-être d'être rappelée. C'est particulièrement vrai pour le diagnostic dermatologique précoce de cette maladie ; on peut en rapprocher les problèmes posés par les formes neurologiques pures de lèpre, qui sont à différencier des autres causes de neuropathie périphérique, sur des critères qui malheureusement à notre connaissance n'ont pas été adaptés aux capacités techniques de non-neurologues. Sans vouloir encourager systématiquement une attitude de prudence attentiste peu opérationnelle, il nous semble souhaitable de **promouvoir la formation à une dermatologie élémentaire des agents sanitaires de base**, sous peine d'une validité diagnostique très faible à leur niveau.