

Comment reconnaître et traiter les réactions lépreuses



Droits d'auteurs ©2003, ILEP, Londres

Toute partie de ce livre peut être copiée, reproduite et adaptée pour satisfaire des besoins locaux sans la permission des auteurs ou de l'éditeur, pourvu que les reproductions soient distribuées gratuitement ou à un coût non lucratif. Pour toute reproduction à des fins commerciales, une permission préalable doit être obtenue de l'ILEP. Toute reproduction doit témoigner une reconnaissance à l'ILEP. Veuillez envoyer des copies des documents adaptés à l'ILEP.

Publié par :

La Fédération Internationale des Associations contre la Lèpre (ILEP)
234 Blythe Road
Londres W14 OHJ
Grande-Bretagne

Si vous avez des commentaires sur ce livre ou désirez recevoir des copies supplémentaires ou des informations sur d'autres matériels sur la lèpre, veuillez écrire à l'ILEP à cette adresse.

Produit par le Groupe d'Action pour les Matériels de Formation et d'Apprentissage de l'ILEP (TALMilep).

Production : Mary Tamplin, June Nash, Tim Almond.

Traduction : Alexandre Tiendrebeogo

Présentation : DS Print & Redesign

7 Jute Lane, Brimsdown

Enfield EN3 7JL, Royaume Uni.

ISBN 094754324 4

Comment reconnaître et traiter les réactions lépreuses



Ce livre est le deuxième d'une série de guides d'apprentissage sur la lèpre publiée par l'ILEP. Il est destiné à tous les agents de santé qui pourraient avoir à traiter les complications précoces de la lèpre. Les corticoïdes jouent un grand rôle dans la prise en charge de telles complications, aussi ce livre sera d'un intérêt particulier pour tous les agents de santé autorisés et capables de prescrire ces médicaments à leurs malades.

Beaucoup de pays ont leurs directives nationales, donnant les instructions pour la prise en charge des réactions lépreuses et ce guide de l'ILEP sera un supplément utile.



La recherche d'atteinte nerveuse

Introduction

La lèpre est une infection qui est efficacement traitée avec la polychimiothérapie (PCT). Cependant, des malades développent des complications appelées réactions, nécessitant un traitement additionnel.

Ce livret fournit les informations dont vous avez besoin pour diagnostiquer et traiter les réactions lépreuses, principale cause des dommages nerveux et des infirmités dans la lèpre. Nous espérons que cela permettra de traiter plus de gens, afin que l'infirmité – et le stigma social qui en résulte – soient prévenus.

La partie 1 explique comment reconnaître les réactions lépreuses, comment distinguer les différents types de réaction, et comment préciser si elles sont modérées ou sévères. Elle cite aussi d'autres affections qui peuvent être confondues avec les réactions lépreuses.

La partie 2 expose comment traiter les réactions lépreuses au niveau local. Elle décrit le traitement des réactions modérées aussi bien que sévères, et donne des conseils sur la corticothérapie portant sur la prescription et le suivi. La plupart des personnes ayant des réactions lépreuses peuvent être traitées dans le centre de santé local, mais certaines devront être référées. Cette section conseille qui doit être référé.

La partie 3 présente des directives pour le traitement de ceux qui doivent être référés ou ont besoin de précautions spéciales lors de la corticothérapie. Il y a aussi des directives pour la prise en charge des cas difficiles dans les centres de référence. Le lieu de traitement des différentes complications variera et dépendra de l'expérience du personnel et de la disponibilité des médicaments et équipements nécessaires.

La partie 4 explique qu'une prise en charge à long terme est nécessaire pour empêcher une infirmité ultérieure après la survenue d'une atteinte nerveuse permanente. Seul un bref résumé est donné ici, mais d'autres livres disponibles à l'ILEP expliquent cela plus en détail.

Remerciements

Nous exprimons notre reconnaissance aux groupes et personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration de ce livre :

L'auteur principal - le Dr Paul Saunderson.

Le Dr Guido Groenen.

La Commission Médico-Sociale de l'ILEP.

Tous ceux qui ont participé au test sur le terrain, spécialement ALERT, Jimma Institute of Health Sciences, Schieffelin Leprosy Research and Training Centre, Karigiri and the Christian Medical College, Vellore.

Version française - le Dr Alexandre Tiendrebeogo.

Nous aimerions remercier aussi les personnes et organisations suivantes qui ont fourni des illustrations.

Nous remercions aussi au besoin pour les droits d'auteurs individuels ou organisationnels.

Individus

S Arunthathi 9a, ADM Bryceson 1b, 13a, 38a, R Davidson 4a, 14b, M Hogeweg 4b, 15a, 39a, DL Leiker 1a, 15b, 39b, BD Molesworth 9b, M Rolfe 13b.

Organisations

American Leprosy Missions.

All Africa Leprosy, Tuberculosis and Rehabilitation Training Centre (ALERT).

Gillis W Long Hansen's Disease Center 14a.

Infolep/Netherlands Leprosy Relief.

Wolfs Pharmaceuticals 29.

The Leprosy Mission International.

The Wellcome Trust, Tropical Medicine Resource – Topics in International Health :

Leprosy CD ROM (19 images utilisées – les droits d'auteurs pour les non membres de l'ILEP sont mentionnés ci-dessus).

Là où il y a plus d'une image sur une page, elles sont numérotées de gauche à droite et de haut en bas.

Sommaire

1. Comment reconnaître les réactions lépreuses	1
Qu'est ce qu'une réaction lépreuse ?	1
Qui peut avoir une réaction lépreuse ?	2
Quand surviennent les réactions lépreuses ?	3
Comment faire l'examen pour une réaction lépreuse ?	3
Test de la sensibilité	4
Test de la force musculaire	6
Palpation de trois nerfs importants	7
Comment faire le diagnostic d'une réaction lépreuse ?	9
Les signes d'atteinte nerveuse lors du diagnostic	10
Les deux types de réaction lépreuse	11
Les réactions de type 1	11
Les réactions de type 2	13
Comment distinguer les réactions de types 1 et 2	16
La réaction est-elle modérée ou sévère ?	17
Affections pouvant être confondues avec une réaction lépreuse	18
2. Comment traiter les réactions lépreuses au niveau local	19
Principes généraux	19
Le traitement des réactions modérées	19
Le traitement des réactions sévères	20
Le traitement avec la prednisolone	20
Histoire de la maladie et examen	21
Liste de contrôle pour débiter une corticothérapie	22
Situations dans laquelle l'on doit référer	24
Traiter les autres affections	26
Expliquer le traitement au malade	26
Les effets secondaires possibles	27
Prescrire la prednisolone pour une réaction sévère de type 1	28
La surveillance pendant la corticothérapie	30
Le suivi après une corticothérapie	31

Suite à la page suivante

3. Comment prendre en charge les réactions au niveau référence	33
Prescrire le traitement pour les réactions sévères de type 2	33
La prednisolone	33
La clofazimine	33
La thalidomide	34
Groupes nécessitant des dispositions spéciales lors de la corticothérapie	35
Les femmes enceintes	35
Les enfants	35
La tuberculose	36
Le diabète	36
Les ulcères et l'ostéomyélite	37
L'atteinte des yeux	38
La réaction sévère de type 2	40
Nouvelle atteinte nerveuse au cours de la corticothérapie	40
L'atteinte nerveuse tardive et la possibilité de rechute	40
4. Prise en charge à long terme de l'atteinte nerveuse	43
Aider les personnes à prévenir l'infirmité	43
Soins des mains et pieds insensibles	44
Les chaussures	44
Les yeux	45
Les groupes d'auto-soins	45
Annexe A	46
Un exemple de fiche de soins de routine	
Annexe B	47
Liste de contrôle du matériel nécessaire pour le traitement des réactions dans un centre de santé	
Annexe C	48
Affections nécessitant un traitement lors d'une corticothérapie	
Annexe D	50
Les effets secondaires des corticoïdes et leur prise en charge.	
Abréviations	52

Comment reconnaître les réactions lépreuses

Les réactions sont la principale cause de l'atteinte nerveuse et de l'infirmité dans la lèpre.

Qu'est ce qu'une réaction lépreuse ?

La lèpre est une maladie bactérienne touchant la peau et les nerfs. Elle peut provoquer une perte de sensibilité, une faiblesse musculaire et une paralysie. Une caractéristique de la lèpre est la survenue de réactions - périodes inflammatoires pouvant toucher les nerfs. Cette inflammation est due au système immunitaire du corps s'attaquant aux bacilles de la lèpre.

L'inflammation est la réponse habituelle du corps à une infection et ses caractéristiques typiques sont :

- Tumeur
- Rougeur
- Chaleur
- Douleur
- Perte de fonction

Parce que le bacille de la lèpre touche la peau et les nerfs, les réactions lépreuses provoquent une inflammation sur ces sites. L'inflammation sur une tache cutanée peut être inconfortable, mais elle est rarement très grave. L'inflammation d'un nerf par contre peut provoquer des dommages graves avec perte de fonction due à la tuméfaction et à la pression dans le nerf.



Taches cutanées lors de réactions lépreuses

Certaines personnes avec des nerfs enflammés ont de graves symptômes, tandis que d'autres n'ont pas de signes évidents. Vous devez examiner soigneusement les gens afin de détecter les réactions avant qu'elles ne provoquent des dommages.

Qui peut avoir une réaction lépreuse ?

Presque toute personne ayant la lèpre est susceptible de développer une réaction – bien que ceux ayant seulement une ou deux taches cutanées et pas de nerf augmenté de volume ont le risque le plus faible.

Probablement 25-30 pour cent de toutes les personnes ayant la lèpre ont à un moment ou un autre vécu une réaction ou un dommage nerveux.

Le tableau suivant montre comment vous pouvez prédire le risque. Si les personnes qui ont la forme multibacillaire (MB) de lèpre, la forme la plus grave de la maladie, ont des atteintes nerveuses au moment de leur diagnostic, vous devriez les observer plus attentivement à la recherche de signes de lésion nerveuse ultérieure nécessitant un traitement, vu que la majorité d'entre eux (65 %) développeront des atteintes supplémentaires.

Risque de nouvelle atteinte nerveuse chez les nouveaux cas de lèpre		
	PB	MB
Fonction nerveuse normale lors du diagnostic	1 %	16 %
Fonction nerveuse déficiente lors du diagnostic	16 %	65 %

Croft RP et al, Une règle pour la prédiction de la déficience de fonction nerveuse chez les malades de la lèpre. Lancet (2000) 355 : 1603-6.

La détection précoce de la lèpre et le traitement par la PCT restent la meilleure façon de prévenir l'infirmité. Malheureusement beaucoup de malades sont diagnostiqués tard et présentent un plus grand risque de développer les réactions et névrites décrites ici. Si ces réactions sont efficacement traitées, les atteintes nerveuses précoces demeurent réversibles et l'infirmité peut être encore évitée.

Quand surviennent les réactions lépreuses ?

Une personne ayant la lèpre peut en fait avoir une réaction à tout moment :

- Avant le traitement.
- Au diagnostic.
- Pendant le traitement.
- Après la fin du traitement.

La plupart des réactions surviennent au cours de la première année après le diagnostic. Chez les malades ayant la lèpre MB, les réactions peuvent survenir à tout moment pendant le traitement et plusieurs années après la fin du traitement.

Comment faire l'examen pour une réaction lépreuse

Toutes les réactions lépreuses ne se ressemblent pas. Parfois il y a seulement une inflammation de la peau et les nerfs ne sont pas touchés. Plus souvent cependant les réactions surviennent dans les nerfs sans provoquer de changements visibles sur les lésions cutanées. Les effets sur les nerfs peuvent être douloureux et très évidents ou si subtils que le malade ne les remarque pas. Les réactions peuvent aussi toucher les yeux.

Chaque fois que vous examinez une personne atteinte de la lèpre, vous devez observer la peau, les nerfs et les yeux afin de vous assurer qu'il n'y a aucune réaction.

Notez les résultats de l'examen sur le schéma corporel du malade. S'il n'y a pas d'endroit approprié, utilisez la fiche de soins de routine figurant en Annexe A.

La peau

- Demandez à la personne s'il y a une douleur ou une tuméfaction sur les lésions cutanées.
- Examinez les taches à la recherche de signes inflammatoires.
- Examinez les mains et les pieds à la recherche de perte de la sudation.

Les nerfs

- Demandez à la personne s'il n'y a pas de perte de sensibilité ou de force aux mains et aux pieds.

- Demandez s'ils n'ont pas de difficultés dans leurs tâches quotidiennes.
- Demandez s'ils n'ont pas de douleurs, de brûlures ou des picotements dans les nerfs.
- Examinez les nerfs pour voir s'ils ne sont pas douloureux.
- Testez la perte de sensibilité des paumes des mains et des plantes des pieds, au moyen d'un crayon à bille ou d'un monofilament.
- Testez la force musculaire des paupières, des mains et des pieds.
- Comparez les résultats avec ceux de l'examen antérieur.

Les yeux

- Demandez à la personne s'il n'a pas de douleur dans les yeux et s'il n'a pas eu de baisse de vision récente.
- Recherchez des signes d'inflammation : rougeur, pupilles de forme irrégulière.



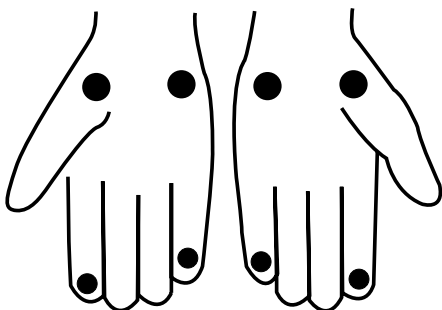
Signes d'inflammation des yeux.

Test de la sensibilité

L'atteinte nerveuse peut provoquer une perte de sensibilité. Dans la lèpre ceci porte d'habitude sur les mains et les pieds. Pour faire le test de sensibilité, vous devez tester au moins quatre sites sur la paume de chaque main et quatre sites sur la plante de chaque pied – soit au total seize sites à tester :

- Supportez la main ou le pied pour le maintenir fixe. Montrez à la personne ce que vous allez faire. Demandez lui de fermer les yeux.
- Touchez quatre sites sur la paume de la main et sur la plante du pied avec la pointe d'un crayon à bille.

- Appuyez légèrement de façon à obtenir seulement une petite dépression de la peau – n'appuyez pas trop fort. Le poids du crayon lui seul souvent suffit.
- Demandez à la personne d'indiquer le site que vous avez touché.
- Si le sujet ne sent aucune pression la première fois, testez cet endroit une deuxième fois de la même façon – *mais n'appuyez pas plus fort.*
- Faites de même avec tous les sites que vous voulez tester.
- Portez sur la fiche de soins de routine les résultats de votre test sur chaque site :
 - ✓ si la personne a senti le crayon à cette place.
 - ✗ si la personne n'a pas senti le crayon à cette place.



Testez au moins quatre sites aux mains



Testez au moins quatre sites aux pieds

Test de la force musculaire

L'atteinte nerveuse peut affecter la fonction et la force des muscles innervés par les nerfs touchés. Dans la lèpre les muscles les plus fréquemment atteints sont ceux des paupières, des mains et des pieds.

Testez quatre muscles de chaque côté du corps de la personne : un muscle de la paupière, deux muscles allant à la main et un muscle commandant le pied.

Quand vous testez la force d'un muscle, inscrivez les résultats comme suit :

- (F) Fort quand la force paraît normale.
- (M) Moyen quand la force est nettement diminuée.
- (P) Paralysé quand il ne reste plus de force pour produire le mouvement que vous recherchez.

Pour le test des *muscles fermant les yeux*, demandez à la personne de fermer doucement les yeux, comme pour dormir. S'il y a une paralysie de ces muscles, mesurez avec une règle la fente restant entre les paupières supérieures et inférieures.

Pour tester *le nerf cubital*, demandez à la personne d'écarter le petit doigt et essayez de le ramener en poussant avec votre propre doigt.

Pour tester le *nerf médian*, demandez à la personne de relever le pouce vers le haut pendant que vous maintenez la main à plat. Essayez ensuite d'appuyer le pouce vers le bas avec votre doigt.

Pour tester le *nerf sciatique poplité externe*, demandez à la personne de relever le pied pendant que vous appuyez dessus vers le sol avec votre main.

Inscrivez les résultats sur le schéma ou sur la fiche de soins de routine.



Lagophthalmie – impossibilité de fermer complètement les yeux



Test du nerf cubital



Test du nerf médian



Test du nerf sciatique poplité externe

Palpation de trois importants nerfs importants

L'atteinte du nerf peut entraîner une hypertrophie, une sensibilité ou une douleur du nerf. Dans la lèpre les nerfs les plus souvent touchés sont le cubital, le médian et le sciatique poplité externe. Pendant la palpation des nerfs il est important d'observer le visage de la personne pour voir des signes de douleur ou de sensibilité.

Le nerf cubital – pour palper (examiner) le nerf cubital gauche, tenez l'avant-bras gauche de la personne dans votre main gauche ; avec votre main droite tâchez derrière le coude gauche de la personne, où vous trouvez le nerf cubital dans un creux du côté interne. Permutez vos mains pour palper le nerf cubital droit.



Palpation du nerf cubital

Le nerf médian – pour examiner le nerf médian, tenez le poignet de la personne avec la paume de la main vers le haut ; palpez doucement au milieu du poignet. Vous pourrez ne pas sentir le nerf lui-même, mais vous devez pouvoir déceler une sensibilité.



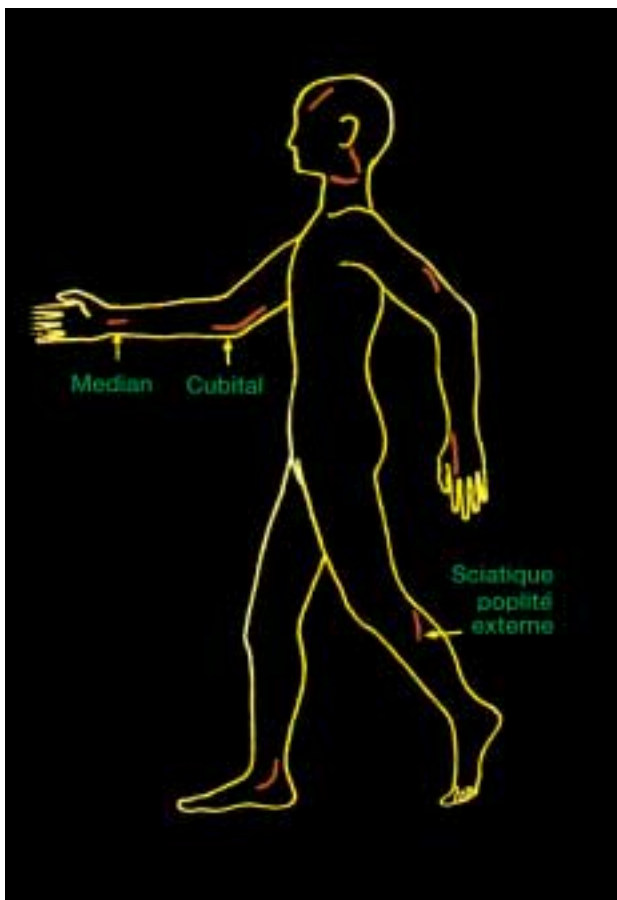
Palpation du nerf médian

Le nerf sciatique poplité externe – pour palper le nerf sciatique poplité externe, demandez à la personne de s'asseoir sur une chaise et ensuite asseyez-vous ou mettez-vous à genoux en face de lui. Avec votre main gauche, palpez à la recherche du nerf du côté externe de la jambe, juste en dessous du genou ; le nerf vient juste de derrière le genou et contourne l'os en dessous du genou. Utilisez votre main droite pour examiner le nerf sciatique poplité externe gauche.

Si vous trouvez une sensibilité nette, notez la sur le schéma ou sur la fiche de soins de routine.



Palpation du nerf sciatique poplité externe



Tous ces nerfs peuvent être touchés dans la lèpre. Les trois nerfs les plus fréquemment sensibles au cours des réactions lépreuses sont le cubital, le médian et le sciatique poplité externe.

Comment faire le diagnostic d'une réaction lépreuse

Les signes de réaction

Sur la peau	– taches cutanées inflammatoires
Dans les nerfs	– douleur ou sensibilité du nerf – nouvelle perte de sensibilité – nouvelle faiblesse musculaire
Aux yeux	– douleur ou rougeur des yeux – nouvelle perte de vision – nouvelle faiblesse de la fermeture des yeux

Une réaction peut impliquer la peau, les nerfs et les yeux, mais d'ordinaire souvent elle n'est évidente que sur un ou deux sites - parfois un seul nerf est enflammé, ou l'œil et une tache cutanée voisine par exemple. Aussi est-il important de rechercher un changement sur les trois sites. Comment savoir si un nerf est impliqué ? La douleur ou la sensibilité peut être présente, mais la perte de fonction (qui est une perte de sensibilité ou une faiblesse musculaire) peut survenir en l'absence de douleur. Aussi vous devez rechercher tout changement de fonction nerveuse survenu depuis que la personne a été examinée la dernière fois.

Comparez les résultats de l'examen des nerfs que vous venez de faire à celui qui a été réalisé un ou trois mois plus tôt et enregistré sur le schéma ou la fiche de soins de routine.

Il y a une nouvelle atteinte nerveuse si :

- Il y a des sites aux mains ou aux pieds où le malade pouvait sentir auparavant et ne le peut plus maintenant (perte de sensibilité).
- Un muscle a perdu sa force comparativement au précédent examen (déficit moteur).
- Un nerf est devenu nettement gros, plus douloureux ou plus sensible au toucher.

Toute nouvelle perte de sensibilité ou nouveau déficit moteur signifie que le nerf a été touché par une réaction. Même s'il n'y a pas de douleur dans le nerf ou d'inflammation des taches cutanées, un traitement urgent est nécessaire pour restaurer la sensibilité ou la motricité perdue.

Les signes d'atteinte nerveuse lors du diagnostic

Parfois le premier signe montrant qu'une personne a la lèpre est lorsqu'elle vient à vous avec une réaction inflammatoire. Si cela arrive, vous devez confirmer le diagnostic de lèpre : examinez la personne à la recherche d'autres signes de lèpre, vérifiez comment sa peau et ses nerfs sont touchés, et débutez aussitôt un traitement par la PCT.

Évaluez ensuite l'atteinte nerveuse ; comme vous ne pouvez pas comparer le résultat avec celui d'un précédent examen, vous devez demander à la personne depuis quand le dommage nerveux existe. Si elle dit que cela est survenu dans les six derniers mois ou qu'elle ne sait pas depuis quand, ça vaut la peine de traiter l'atteinte nerveuse.

Si le dommage est survenu il y a plus de six mois, le traitement a moins de chance d'être efficace : vous devez envisager de référer la personne pour un avis ou traitement spécialisé.



Signes de réaction aux mains et au visage

Une nouvelle atteinte nerveuse peut survenir sans symptômes évidents, aussi vous devez la rechercher avec soin chaque fois que vous voyez un malade de la lèpre au centre de santé. Testez la sensibilité et la force musculaire de chaque malade à chaque visite de routine. Souvenez-vous qu'une réaction peut survenir même après la fin du traitement PCT.

Les deux types de réaction lépreuse

Les réactions lépreuses sont classées en deux catégories : le type 1 et le type 2. Cependant il est beaucoup plus important de reconnaître et traiter les atteintes nerveuses que de décider de quel type de réaction il s'agit ; le traitement des atteintes nerveuses (névrites) est toujours le même quel que soit le type de réaction présent.

Les réactions de type 1

Elles sont appelées aussi réactions d'inversion. Elles sont dues à une augmentation d'activité du système d'immunité corporelle dans le combat contre le bacille de la lèpre ou même les restes de bacilles morts. Cela provoque une inflammation dans tous les sites où existent des bacilles de la lèpre, surtout dans la peau et les nerfs.

Qui peut avoir une réaction de type 1

Les personnes avec une lèpre paucibacillaire (PB) aussi bien que celles avec une lèpre multibacillaire (MB) peuvent avoir une réaction de type 1.

Quelle en est la fréquence ?

Environ un quart de toutes les personnes atteintes de la lèpre sont susceptibles de faire une réaction de type 1.

Quand surviennent les réactions de type 1 ?

La période la plus courante est durant les six premiers mois après le début du traitement.

Certaines personnes font leur réaction de type 1 avant le début du traitement – c'est-à-dire, avant que la lèpre ne soit diagnostiquée. La réaction est souvent le premier signe de la maladie et est le motif pour lequel la personne consulte.

Quelques malades font leur réaction plus tard au cours de leur traitement, ou même après avoir terminé correctement le traitement. En de rares circonstances, la réaction de type 1 peut même survenir jusqu'à cinq ans après la fin du traitement.

Les réactions survenant après la fin du traitement sont souvent confondues avec des rechutes lépreuses : c'est-à-dire une reprise de la maladie elle-même. Des directives pour confirmer une possible rechute sont données aux pages 40-41.

Quelles sont les manifestations cliniques d'une réaction de type 1 ?

La manifestation la plus courante de la réaction de type 1 est l'inflammation des taches cutanées, avec une surélévation, de la rougeur et de la chaleur. D'habitude les taches ne sont pas douloureuses, mais il peut y avoir un certain inconfort. Certaines taches peuvent avoir été peu visibles auparavant et vous pourrez croire que l'inflammation a provoqué de nouvelles taches. Il peut y avoir un oedème de la face ou des membres. Comme déjà mentionné, la sensibilité des nerfs ou la perte de fonction sont d'importantes caractéristiques.

Parce que la réaction est localisée à la peau et aux nerfs, la personne ne se sent pas trop malade et d'habitude il n'y a pas de fièvre. Les muscles de fermeture des paupières peuvent être touchés, mais l'oeil lui-même n'est pas affecté par une réaction de type 1.



La peau au cours d'une réaction d'inversion

Qu'est-ce qui adviendra à long terme si la personne n'est pas traitée ?

La plupart des réactions de type 1 cèdent dans les six mois mais, sans traitement, toute atteinte des nerfs pourrait provoquer une perte de fonction permanente.

Les réactions de type 2

On les appelle aussi erythèmes noueux lépreux (ENL). Ils surviennent lorsqu'un grand nombre de bacilles de la lèpre sont tués et progressivement décomposés. Les protéines des bacilles morts provoquent une réaction allergique. Comme ces protéines sont présentes dans le système sanguin, une réaction de type 2 touchera l'ensemble du corps, provoquant des symptômes généraux.

Qui peut avoir une réaction de type 2 ?

Seuls les malades multibacillaires (MB) font les réactions de type 2.

Quelle en est la fréquence ?

Les réactions de type 2 sont moins fréquentes que celles de type 1, bien que leur incidence varie d'un pays à l'autre : en Afrique, seul environ 5 pour cent des personnes ayant une lèpre MB font un ENL alors qu'en Amérique du Sud jusqu'à 50 pour cent des MB en souffrent.

Quand surviennent les réactions de type 2 ?

Les réactions de type 2 surviennent le plus souvent au cours des trois premières années suivant le début du traitement de la lèpre, bien qu'elles puissent aussi survenir au tout début du traitement. Comme l'organisme met du temps à éliminer les bacilles morts, les personnes atteintes peuvent continuer à avoir des réactions de type 2 bien des années après la fin du traitement.

Quelles sont les manifestations cliniques des réactions de type 2 ?

Les réactions de type 2 présentent les signes typiques de l'érythème noueux. Ce sont des nouures (nodules) palpables sous la peau. Il y a aussi de l'inflammation faisant que les nouures sont douloureuses et rouges. Ces nouures peuvent être en nombre limité ou multiples, et siègent sur les jambes, les bras et moins fréquemment sur le tronc. Elles ne sont pas liées aux lésions cutanées de la lèpre. La sensibilité des nouures est un important signe clinique de l'ENL.



La peau au cours d'un ENL

Les yeux peuvent être touchés par une réaction de type 2, provoquant la survenue d'une iridite ou inflammation de l'iris, la partie colorée de l'œil. Les symptômes sont à type de douleur et de rougeur des yeux, d'étéouitesse ou de déformation de la pupille et de photophobie (douleur oculaire à l'exposition à la lumière).



L'iridite est une complication de l'ENL

Du fait de leur cause sous-jacente, les réactions de type 2 sont systémiques et touchent tout le corps : il y a un malaise général avec de la fièvre et les sujets se sentent malades.

Qu'est-ce qui adviendrait à long terme si la personne n'était pas traitée ?

L'ENL est une affection chronique pouvant persister plusieurs années, avec des épisodes d'aggravation et d'amélioration de temps en temps. Sans traitement, la personne souffrant d'ENL serait très malade la plupart du temps et pourrait même mourir.

D'autres organes en dehors de la peau et des nerfs peuvent être atteints, tels que les yeux, les articulations, les testicules et les reins et tous ces organes peuvent être définitivement lésés si la personne n'est pas traitée.

Comment distinguer les réactions de type 1 et 2

Le tableau ci-dessous montre les différences entre les deux types de réaction :

Signes	Réaction de type 1	Réaction de type 2
Inflammation de la peau	Les taches de lèpre sont enflammées, mais le reste de la peau est normal.	De nouveaux nodules, rouges et sensibles, non associés aux taches de lèpre.
Etat général du malade	Bon, avec peu ou pas de fièvre.	Mauvais, avec de la fièvre et un malaise général.
Date de présentation et type de malade	D'habitude, tôt au cours du traitement PCT ; chez les malades PB et MB.	D'habitude, tard au cours du traitement ; chez les sujets MB seulement.
Implication de l'œil	Une faiblesse de fermeture des paupières peut survenir.	Une atteinte de l'œil interne (iridite) est possible.

S'il y a une nouvelle atteinte nerveuse sans inflammation cutanée, la personne doit être traitée comme ayant une réaction de type 1. En règle générale, on doit voir des lésions cutanées typiques d'ENL avant de diagnostiquer une réaction de type 2.



Réaction de type 1



Réaction de type 2

La réaction est-elle modérée ou sévère ?

Vous devrez décider si la réaction est modérée ou sévère, ceci influant sur le choix du traitement :

- Une réaction modérée est celle qui atteint seulement la peau (tant qu'elle ne siège pas au dessus d'un nerf important ou au visage) ; il peut y avoir une fièvre modeste et un léger gonflement (œdème) des membres.
- Les réactions sévères touchent les nerfs et les yeux.

Les signes de réaction sévère comprennent :

- Douleur ou sensibilité des nerfs.
- Nouvelle perte de sensibilité.
- Nouvelle faiblesse musculaire.
- Réaction d'une lésion cutanée au-dessus d'un nerf important.
- Réaction d'une lésion cutanée siégeant au visage.
- Signes d'inflammation des yeux.
- Important oedème (gonflement) des membres.
- Atteinte d'autres organes tels que les testicules, les ganglions lymphatiques et les articulations.
- Ulcération des lésions cutanées.

Affections pouvant être confondues avec une réaction lépreuse

D'autres affections pouvant être confondues avec une réaction lépreuse sont les réactions médicamenteuses et autres causes d'inflammation comme une infection locale ou un abcès.

- *Les réactions médicamenteuses* ne sont pas courantes ; elles s'accompagnent en général d'un prurit qui n'est pas une caractéristique des réactions lépreuses. Les signes sur la peau ne correspondent pas aux taches de la lèpre et sont plutôt des lésions planes (et non celles surélevées de l'ENL), avec une hyperpigmentation possible.
- *Une infection locale* ne touchera pas les taches de la lèpre. Elle sera généralement localisée sur juste une partie du corps et la cause en sera évidente, comme une plaie ou une piqûre d'insecte par exemple.

La possibilité de rechute est abordée aux pages 40-41.



Les réactions lépreuses peuvent être traitées avec succès

Comment traiter les réactions lépreuses au niveau local

La plupart des personnes ayant une réaction lépreuse peuvent être traitées localement, mais certaines devront être référées. Le traitement ou la référence dépend :

- Du type de réaction.
- De l'existence de complication ou de contre-indication pouvant gêner le traitement.
- De la nature des médicaments disponibles.
- Du niveau d'expertise et des possibilités d'examen disponibles dans votre centre de santé.

L'annexe B donne une liste de contrôle du matériel nécessaire pour diagnostiquer et traiter les réactions lépreuses.

Principes généraux

Avant de commencer le traitement, vous devez définir le type de réaction auquel vous faites face et préciser s'il s'agit d'une réaction modérée ou sévère (voir page 17).

Le traitement des réactions modérées

Les réactions modérées des deux types (réaction d'inversion ou ENL) peuvent être traitées dans le centre de santé local avec de l'acide acétyl salicylique (AAS, Aspirine : dose adulte de 600mg jusqu'à six fois par jour).

Les réactions de type 1 ne durent en général pas plus que quelques semaines. Les signes des réactions de type 2 vont et viennent sur une période de plusieurs mois : le traitement fait disparaître ces signes plus rapidement que celles des réactions de type 1, mais l'ENL est plus susceptible de récidive que la réaction de type 1.

Le traitement des réactions sévères

Les médicaments clés pour le traitement des réactions sévères sont les corticoïdes : la prednisolone est la plus couramment utilisée. Elle est facilement absorbée lorsqu'elle est prise oralement et est maintenant disponible sous plaquettes thermoformées.

Cependant, on ne doit pas oublier les principes de base. Le repos est important dans tout phénomène inflammatoire. On peut fixer des attelles aux membres pour mettre les muscles et les nerfs touchés au repos. Au début de la rémission, des exercices passifs aident à conserver l'amplitude de mouvement des articulations touchées. Plus tard des exercices actifs facilitent la restauration de la force musculaire, même s'il y a une atteinte permanente du nerf.

Dans certains cas la chirurgie permet de traiter les douleurs des nerfs et de restaurer la fonction.

Le traitement avec la prednisolone

La prednisolone réduit l'inflammation des nerfs. Son effet commence en quelques jours, réduisant la douleur du nerf et permettant un recouvrement de fonction. Cependant pour un maximum de bénéfice et pour prévenir le retour de l'inflammation, la personne devrait prendre un traitement complet de prednisolone de douze à vingt-quatre semaines.

La prednisolone est un médicament très efficace, mais elle peut provoquer des effets secondaires graves, y compris certains qui sont potentiellement fatals. Certaines personnes peuvent avoir d'autres conditions médicales les rendant plus vulnérables aux effets secondaires des corticoïdes. Avant de commencer la prednisolone, certains sujets devront être référés pour des soins spécialisés et d'autres devront être traités pour d'autres affections (voir les pages 24-26).

Voici les étapes pour le traitement d'une personne avec la prednisolone :

- Histoire de la maladie et examen.
- Référer si nécessaire.
- Traiter les autres affections.
- Expliquer le traitement à la personne.
- Prescrire la prednisolone.
- Suivre le malade pendant et après le traitement.



La prescription et la surveillance du traitement à la prednisolone doivent être faites avec grand soin

Histoire de la maladie et examen

Vous devez vérifier l'histoire médicale de chaque personne et ensuite l'examiner. Ceci vous permettra de reconnaître ceux qui ont besoin d'un traitement spécialisé et ceux qui présentent d'autres affections qui doivent être traités d'abord ou en même temps que vous leur donnez la prednisolone.

Pour vous assurer que vous n'oubliez rien, utilisez la liste de contrôle de la page suivante pour toute personne que vous voulez mettre sous corticoïdes.

1. Notez tous les signes suggérant que la personne a besoin de corticothérapie : ceci comprend une nouvelle perte de sensibilité ou de motricité ou l'un des autres signes de réaction sévère.
2. Recherchez les signes et symptômes qui suggèrent que la personne a besoin d'être référée à un centre spécialisé.
3. Parcourez la liste des autres symptômes nécessitant une investigation avant la prescription de corticoïdes : si vous le pouvez, effectuez les examens appropriés et agissez en conséquence – ou référez la personne au centre spécialisé.
4. Sous la rubrique *Prise en charge*, vérifiez les actions que vous avez entreprises.
 - S'il n'y a pas de contre-indication aux corticoïdes, donnez de la mébendazole pour traiter toute infestation parasitaire (voir la page 48) et commencez la corticothérapie.
 - Si vous référez la personne, notez les informations de la référence.
 - Si vous traitez vous-même d'autres affections, notez cela sur la fiche de la personne.

Liste de contrôle pour débiter une corticothérapie

PERTE DE SENSIBILITE :

	DROITE		GAUCHE	
	Oui/		Oui/	
	Non	Durée en semaines	Non	Durée en semaines
Main				
Pied				

PERTE DE MOTRICITE :

	DROITE		GAUCHE	
	Oui/		Oui/	
	Non	Durée en semaines	Non	Durée en semaines
Fermeture de l'oeil				
Abduction du petit doigt				
Redressement du pouce				
Relèvement du pied				

AUTRES SIGNES :

	Oui	Non
Douleur ou sensibilité de nerf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tache réactionnelle du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implication d'autres organes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYMPTOMES ET SIGNES :

	Oui	Non
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins de 12 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétique connu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère cornéen ou iridite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcères profonds ou ostéomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de glucose dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous pouvez écrire OUI à côté de l'un de ces six symptômes ou signes, vous devez référer la personne.

AUTRES SYMPTOMES :

	Oui	Non
Toux persistant plus de trois semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crachat sanglant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre signe de suspicion de la tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjonctivite ou trachome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée sanglante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taches cutanées prurigineuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous pouvez écrire OUI à côté de l'un de ces sept signes, vous devez examiner la personne et traiter correctement ses troubles.

PRISE EN CHARGE :

	Oui	Non	Date
Métabendazole 100mg			
Deux fois par jour pendant 3 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticothérapie commencée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Référé à :			

.....(Lieu)

Motif de la référence :

.....

.....

Malades à référer

Les personnes présentant les situations décrites sur la page suivante devraient, si possible, être traitées dans un centre de référence ayant une expérience de la prise en charge des réactions et disposant de moyens additionnels tels que des services de chirurgie, d'analyses de laboratoire, d'ophtalmologie, de radiologie et d'hospitalisation :

Ces pages peuvent être photocopiées et utilisées comme liste de contrôle

Situations dans lesquelles l'on doit référer

Grossesse

Référez les femmes enceintes ; pour éviter toute atteinte au fœtus, la prednisolone est donnée à plus faible dose pendant la grossesse.

Enfants

Référez tout sujet de moins de 12 ans pour minimiser les effets des corticoïdes sur leur croissance.

Diabète

Les corticoïdes peuvent aussi aggraver un diabète. Vous devez suspecter un diabète chez toute personne ayant des symptômes d'urines abondantes ou de soif excessive, accompagnés de fatigue et de léthargie, sur une période de quelques jours à quelques semaines. Avant de leur donner des corticoïdes, référez les personnes avec de tels symptômes pour diagnostic et traitement.

Implication de l'oeil

Les personnes ayant une douleur et une rougeur oculaire, souvent associée à une baisse d'acuité visuelle, devraient être aussi référées ; elles pourraient avoir une atteinte de la cornée ou une iridite. Ces situations devraient être prises en charge par quelqu'un qui a reçu une formation spéciale. Cependant, vous pouvez donner un traitement d'urgence en utilisant de la pommade ophtalmique de tétracycline et d'atropine si vous en disposez, avant de référer la personne au centre spécialisé.

Ulcères et ostéomyélite

Les personnes présentant des ulcères profonds, sales ou une ostéomyélite devraient être référées pour une chirurgie de propreté et une antibiothérapie. Commencer la corticothérapie avant ces soins pourrait aggraver l'infection et provoquer des lésions définitives. Toute plaie purulente devrait être référée avant l'administration de corticoïdes pour éviter une ostéomyélite ; si la main ou le pied est plus chaud que normal, avec ou sans œdème, une ostéomyélite pourrait en être la cause.

Tuberculose

Les corticoïdes peuvent aggraver une tuberculose. Vous devez suspecter une tuberculose chez toute personne ayant une toux évoluant depuis plus de trois semaines ; ceci peut s'accompagner de fièvre ou d'une perte de poids. Avant de leur donner des corticoïdes, référez les personnes avec de tels symptômes pour diagnostic et traitement.

Dépression sévère ou psychose

Les corticoïdes peuvent aggraver ces situations. Avant de donner des corticoïdes, référez toute personne avec des antécédents de maladie mentale sévère pour diagnostic et traitement.

Réaction sévère de type 2

Vous devez référer toute personne ayant une réaction sévère de type 2 afin d'éviter toute cortico-dépendance dans l'ENL chronique.

Nouvelle atteinte nerveuse en cours de traitement

La fonction nerveuse des sujets sous corticothérapie doit être évaluée régulièrement. Vous devez référer pour avis spécialisé toute personne dont la fonction nerveuse s'est détériorée. Elle doit continuer à prendre la même dose de corticoïdes qu'elle est en train de prendre jusqu'à ce qu'il voit le spécialiste.

Atteinte nerveuse tardive

Certaines personnes peuvent développer une atteinte nerveuse plus d'un an après la fin du traitement PCT. Vous devez vous assurer que ces personnes ont bien une réaction lépreuse et non une rechute lépreuse parce que les symptômes de ces deux affections peuvent se ressembler. Vous devez suspecter une rechute quand de nouvelles lésions cutanées apparaissent sur des sites différents des anciennes lésions. Ces malades devraient être référés (voir pages 40-41).

Malades nouvellement diagnostiqués avec une atteinte nerveuse évoluant depuis plus de six mois

Si vous trouvez au moment du diagnostic qu'un nouveau malade a une atteinte nerveuse, demandez lui depuis quand évolue cette atteinte. Si l'atteinte date de plus de six mois, il est nécessaire de trouver un moyen pour empêcher une atteinte ultérieure (voir Chapitre 4, page 43).

Traiter les autres affections

Si une personne ayant une nouvelle atteinte nerveuse ne présente pas d'affection nécessitant une référence, elle peut être traitée avec des corticoïdes au niveau du centre de santé local. Cependant, avant de commencer le traitement, vous devez interroger et examiner la personne pour vous assurer qu'elle n'a aucune des affections décrites ci-dessous, lesquelles peuvent toutes être aggravées par les corticoïdes.

- Vers parasitaires.
- Diarrhée avec du sang et/ou des glaires.
- Infections fongiques.
- Scabiose (gale).
- Douleur épigastrique.

Le traitement de toutes ces situations peut débuter en même temps que les corticoïdes. L'annexe C décrit le traitement de base et donne les raisons de la prise de ces précautions spéciales.

Expliquez le traitement au malade

Avant de débiter la corticothérapie, expliquez ce qui suit au malade :

- La raison du traitement.
- La durée du traitement.
- L'importance de prendre la dose correcte.
- Le fait que le traitement ne doit jamais être interrompu brutalement.
- Ce qu'il faut faire si la douleur ou la perte de sensibilité augmente ou que la force musculaire diminue.
- Les effets secondaires possibles du traitement.

La raison du traitement

Expliquez que la personne a besoin de médicaments à cause de la nouvelle atteinte nerveuse, et que des symptômes comme la douleur, la perte de sensibilité ou de force, lorsqu'ils existent, sont susceptibles de s'améliorer en une ou deux semaines. Si le sujet ne présente pas de douleur, expliquez lui que les atteintes nerveuses non traitées peuvent conduire à une infirmité ou une déformation.

Vous devez aussi mentionner que certains symptômes peuvent persister après le traitement (par exemple, les pertes de sensibilité et de force musculaire peuvent ne s'améliorer que partiellement), mais que le traitement est essentiel pour empêcher l'aggravation des atteintes nerveuses.

La durée du traitement

Expliquez que, pour prévenir la récurrence du problème, le traitement doit durer douze semaines (malades PB) ou vingt quatre semaines (malades MB).

Prendre la dose correcte

Expliquez l'importance de prendre quotidiennement la prednisolone, selon les instructions données par l'agent de santé. Un dosage régulier donne la meilleure chance de succès.

Le traitement ne doit pas être interrompu brutalement

Les corticoïdes ont un effet puissant sur le corps. Si une personne cesse brutalement d'en prendre, elle peut être gravement malade avec des symptômes comprenant une faiblesse et une basse tension artérielle. C'est pourquoi la dose est progressivement réduite au cours du traitement. Il est important de prendre la dose complète de traitement.

Ce qu'il faut faire si la douleur ou la perte de sensibilité augmente ou que la force diminue

Si les symptômes nerveux initiaux s'aggravent, la personne doit retourner au centre de santé. Vous aurez besoin de donner une dose plus élevée de corticoïdes, de maintenir la même dose pendant plus longtemps que d'habitude ou de référer le malade pour des soins plus spécialisés.

Les effets secondaires possibles

Les corticoïdes ont beaucoup d'effets secondaires, tels que ceux listés en annexe D. Dites à toute personne recevant des corticoïdes que les médicaments ont des effets secondaires, et conseillez lui de signaler tout symptôme inhabituel à l'agent de santé aussi vite que possible afin que des complications ultérieures puissent être évitées.

Prescrire la prednisolone pour une réaction sévère de type 1

La prednisolone se donne par voie orale à doses dégressives sur plusieurs mois. Les personnes ayant une lèpre paucibacillaire (PB) reçoivent des doses de corticoïdes différentes de celles de la forme multibacillaire (MB). Les sujets toujours sous traitement anti-lèpre (PCT) doivent continuer leur traitement avec la corticothérapie ; par contre, ceux qui ont fini leur traitement PCT n'ont pas besoin de traitement anti-lèpre durant la corticothérapie.

Pour les malades PB le traitement standard est le suivant :

Semaines du cycle	Dose quotidienne de prednisolone
1-2	40 mg
3-4	30 mg
5-6	20 mg
7-8	15 mg
9-10	10 mg
11-12	5 mg

La durée totale du cycle de traitement est de douze semaines.

Pour les malades MB le traitement standard est comme suit :

Semaines du cycle	Dose quotidienne de prednisolone
1-4	40 mg
5-8	30 mg
9-12	20 mg
13-16	15 mg
17-20	10 mg
21-24	5 mg

Le cycle dure 24 semaines, exactement le double du cycle des PB.



La prednisolone est disponible en plaquettes

La prednisolone est maintenant disponible en plaquettes d'utilisation aisée spécialement conçues pour le traitement de la lèpre. Les plaquettes comportent des comprimés aux couleurs codées correspondant à différentes doses, de façon à ce qu'un seul comprimé soit à prendre par jour pendant toute la durée du traitement. Chaque dose doit être prise le matin après un repas.

Chaque bande de plaquette contient quatorze comprimés et assure le traitement de deux semaines : les malades PB auront besoin généralement d'une plaquette pour chaque niveau de dosage, tandis que les MB auront besoin de deux plaquettes pour chaque niveau.

Si les plaquettes ne sont pas disponibles, vous devez avec grand soin prescrire le régime correct de médicaments et vous assurer que le malade a compris comment les prendre. Une carte à garder par le malade, montrant les doses quotidiennes de prednisolone à prendre durant le cycle, serait utile.

La surveillance pendant la corticothérapie

Enregistrement du traitement aux corticoïdes

Si vous prescrivez des corticoïdes, il est préférable d'enregistrer cela dans le cahier de traitement de la lèpre ou sur la fiche clinique du malade, ces deux supports étant gardés pour les malades sous PCT. La dose de prednisolone peut être inscrite en rouge à côté de la consignation des prises des médicaments de la PCT. Les noms des malades ayant terminé le traitement PCT peuvent être ajoutés dans le registre pendant la durée du traitement aux corticoïdes ; la prise et la dose devraient être notées de la même manière.

De manière idéale, on devrait voir les malades sous corticothérapie toutes les deux semaines ; mais si cela est difficile à respecter par les malades, une visite mensuelle serait adéquate. A chaque visite vous devez interroger le malade sur les effets secondaires ou d'autres problèmes, réaliser un test de vérification des fonctions nerveuses pour déceler un éventuel changement et donner la prednisolone pour la période suivante du traitement.

Le suivi neurologique

Suivez chaque malade en utilisant la fiche de soins de routine (voir l'annexe A) qui fournit une notation des changements de la fonction nerveuse. Si vous découvrez une détérioration nette, référez le malade pour un avis spécialisé, tout en continuant avec la même dose de prednisolone pendant ce temps. Le spécialiste pourrait prescrire une dose plus élevée ou plus prolongée de corticoïdes sous une stricte supervision.

Recherche des effets secondaires

Les corticoïdes peuvent provoquer un nombre d'effets secondaires graves que vous devez rechercher ; voir l'annexe D.

Qu'arrive-t-il si une personne manque son traitement et que son traitement est interrompu ?

Vous devez :

- évaluer combien de semaines de traitement ont été manquées.
- vérifier leur fonction nerveuse.

Si l'interruption de traitement a duré moins de quatre semaines, continuez avec la dose qui devait être prise au moment de l'interruption et suivez le cycle standard de traitement.

Si l'arrêt a duré quatre semaines ou plus, vous devrez effectuer l'une des tâches suivantes :

- Si le problème initial ne persiste pas, arrêtez toute corticothérapie.
- Si l'atteinte nerveuse de moins de six mois de durée persiste toujours, recommencez le cycle complet de corticothérapie – en vous assurant que le malade comprend l'importance d'achever un cycle complet de traitement sans interruption.
- Si l'atteinte nerveuse s'est aggravée, recommencez la corticothérapie et référez le malade à un spécialiste.

Le suivi après une corticothérapie

Les personnes ayant été traitées par des corticoïdes pour une réaction ou une atteinte nerveuse doivent être suivies de près à cause du risque de récurrence.

Chaque sujet devrait comprendre qu'une nouvelle réaction ou nouvelle atteinte nerveuse peut survenir. Il doit savoir reconnaître les signes précoces d'une atteinte nerveuse et être informé de l'importance de retourner rapidement au centre de santé pour un traitement. Ces signes comprennent la douleur ou des picotements, une perte ultérieure de sensibilité ou de force musculaire et une impossibilité de fermer les yeux.

L'agent de santé devrait contrôler mensuellement la fonction nerveuse des personnes encore sous PCT lorsqu'elles viennent prendre leur traitement. Toute détérioration devrait être notée et la personne référée.

On devrait demander aux sujets qui ont déjà terminé la PCT au moment d'achever un cycle de corticothérapie de revenir trois mois et six mois plus tard pour un contrôle et une évaluation de fonction nerveuse.

Les personnes présentant encore une lagophtalmie (faiblesse de la fermeture des paupières) après la fin de la corticothérapie devraient être référées à un centre spécialisé.



Un garçon montrant des signes de réaction

Comment prendre en charge les réactions au niveau de référence

Prescrire le traitement pour les réactions sévères de type 2

Les réactions de type 2 peuvent durer parfois des mois ou des années, et de ce fait il y a un risque de corticodépendance pour certaines personnes. Cela rend très difficile la prise en charge des réactions, avec comme résultat la difficulté de réduire ou même d'arrêter le traitement. Tous les malades ayant une réaction sévère de type 2 devraient être référés pour une prise en charge par un personnel spécialisé, qui devrait être capable de minimiser ces dangers.

Au centre de référence, les réactions de type 2 peuvent être traitées avec une combinaison de prednisolone et de clofazimine. Les régimes suivants sont donnés à titre d'exemple et certains spécialistes expérimentés pourraient leur préférer d'autres schémas.

La prednisolone

Prescrivez aux doses suivantes sur une courte période de six semaines :

Semaines du cycle	Dose quotidienne de prednisolone
1	40 mg
2	30 mg
3	20 mg
4	15 mg
5	10 mg
6	5 mg

La clofazimine

La clofazimine se donne à doses dégressives comme suit :

- 300 mg par jour pendant 1 mois.
- 200 mg par jour pendant 3–6 mois.
- 100 mg par jour aussi longtemps que les symptômes persistent.

La clofazimine est une composante normale de la PCT, et la dose adulte habituelle est de 50 mg par jour ; cependant des doses plus élevées sont nécessaires pour supprimer les réactions d'ENL. La clofazimine met du temps pour agir, mais au moment où la dose de corticoïdes est réduite à un bas niveau, elle devrait avoir commencé son effet, permettant d'arrêter complètement les corticoïdes.

Si l'on donne des doses très élevées de clofazimine pendant trop longtemps, il y a un risque de douleur abdominale chronique due aux effets du médicament sur la paroi intestinale. Réduire progressivement la dose devrait prévenir ceci, mais si cela survient malgré tout, le médicament devrait être arrêté complètement. La clofazimine provoque aussi une coloration de la peau, surtout chez les sujets à peau claire.

La thalidomide

La thalidomide est un médicament efficace dans le traitement des réactions de type 2, mais à cause de ces effets secondaires, elle nécessite un contrôle très rigoureux. Elle doit être envisagée uniquement pour les malades dont les réactions de type 2 ne peuvent être maîtrisées par les deux médicaments mentionnés ci-dessus.

La thalidomide est prescrite par des médecins uniquement aux malades internés dans les centres de référence. A cause de ses effets graves sur le développement du fœtus, **elle ne doit jamais être prescrite aux femmes en âge de procréer**. Le dosage habituel est de 200–400 mg par jour en plusieurs prises. Dans certains pays l'utilisation de la thalidomide est interdite.

Groupes nécessitant des dispositions spéciales lors de la corticothérapie

Les catégories de personnes suivantes nécessitent des précautions spéciales en cas d'utilisation de corticoïdes. Les corticoïdes ne doivent pas être prescrits aux personnes atteintes de tuberculose, de diabète, d'ulcères profonds, d'ostéomyélite, ou d'autres affections graves sans d'abord débiter le traitement de ces affections sous-jacentes.

Les femmes enceintes

Toute femme enceinte devrait être traitée au centre de référence, afin de minimiser la dose de corticoïdes qu'elle reçoit et éviter des effets néfastes sur le fœtus, tel que le retard de croissance. Si l'on donne des corticoïdes au cours du troisième trimestre de la grossesse, on peut supprimer la sécrétion d'adrénaline chez le nouveau-né ; de tels enfants devraient être suivis dans un centre de référence pendant quelques jours après la naissance.

Voici les doses de prednisolone à donner pendant la grossesse :

- *Cas PB* : donnez le cycle normal, mais commencez à 30 mg par jour au lieu de 40 mg et limitez le cycle à dix semaines au lieu des douze semaines normales.
- *Cas MB* : c'est le double du cycle PB – c'est-à-dire, commencez à 30 mg par jour mais limitez la durée à vingt semaines.

Les enfants

Tous les enfants en dessous de douze ans doivent être traités au centre de référence, afin de limiter les effets de la corticothérapie sur leur croissance. On peut donner aux enfants un cycle semblable à celui des femmes enceintes, mais la dose de début ne doit pas excéder 1 mg par kilogramme de poids corporel par jour.

Si cela n'est pas possible, donner les corticoïdes un jour sur deux pourrait réduire leurs effets sur la croissance.

Un régime convenable pour les cas PB serait de 30 mg de prednisolone par jour pendant deux semaines, suivi de 30 mg un jour sur deux pendant deux semaines, suivi de doses dégressives graduelles sur un cycle total de dix semaines. Pour les cas MB, vous devrez doubler la durée de chaque étape du cycle.



Des enfants avec atteintes nerveuses des mains

La tuberculose

Si vous suspectez une tuberculose chez une personne, le diagnostic doit être confirmé et le traitement commencé avant de donner les corticoïdes. Un prélèvement de crachat doit être examiné à la recherche de bacilles acido-alcoolo résistants. Dès que la tuberculose est diagnostiquée, vous pouvez mettre la personne sous corticothérapie dès qu'un traitement anti-tuberculeux est débuté ; suivez toujours les directives nationales pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

Le diabète

Les personnes présentant des symptômes suggérant un diabète ou dont l'examen des urines est positif pour le glucose devraient être référées pour confirmation du diagnostic et, si confirmé, prise en charge de l'affection. Les corticoïdes peuvent augmenter le besoin d'insuline des diabétiques.

Une personne sous corticothérapie peut aussi développer un diabète pour la première fois : cette éventualité doit être envisagée lorsqu'une personne présente des symptômes typiques de diabète au cours d'une corticothérapie – ces symptômes comprenant une soif excessive, des urines abondantes et une augmentation de la prise de liquide. Si l'on

trouve du sucre dans les urines, on doit faire la recherche de sucre dans le sérum, d'abord pour établir le diagnostic et ensuite pour surveiller la réponse au traitement. De l'insuline (dose en injection quotidienne ou biquotidienne) serait nécessaire en première intention, mais d'habitude la situation se restaure d'elle-même à l'arrêt des corticoïdes.



Microscopie de frottis de crachat



Recherche de glucose dans les urines

Les ulcères et ostéomyélite

Les personnes ayant des ulcères profonds ou sales ou une ostéomyélite devraient être référées pour une chirurgie de propreté et des antibiotiques. Commencer la corticothérapie avant de tels traitements pourrait provoquer une aggravation de l'infection et plus de lésions permanentes, y compris le risque d'amputation.

On doit penser à une ostéomyélite si la main ou le pied du sujet est plus chaud que la normale avec ou sans œdème.

Toute personne ayant une plaie qui suppure devrait être référée pour un avis chirurgical et un débridement (résection des tissus morts ou infectés) avant la prise des corticoïdes, sinon une ostéomyélite pourrait se développer.



Une radiographie montrant un pied avec une ostéomyélite



Un ulcère profond probablement infecté

L'atteinte des yeux

Les personnes présentant une lésion cornéenne ou une iridite devraient être référées pour diagnostic et prise en charge spécialisée dans un centre bien équipé pour les soins oculaires.

Les ulcères cornéens et les kératites sont des affections inflammatoires de la cornée – la partie centrale et transparente à l'avant de l'œil. Elles sont souvent dues à l'exposition, résultat de l'impossibilité de fermeture complète des yeux : elles se traduisent par la douleur, la rougeur et souvent une baisse de la vue. Le traitement consiste d'habitude en antibiotiques locaux avec, dans certains cas, un pansement pour maintenir l'œil fermé. Les corticoïdes, pris par voie orale ou appliqués localement, peuvent aggraver ces affections.

L'iridite, l'uvéite, l'irido-cyclite et la sclérite sont toutes des types d'inflammation à l'intérieur de l'œil et peuvent survenir comme élément d'une réaction de type 2. Ces affections provoquent de la douleur, de la rougeur, une photophobie et une perte de vision, bien que ces symptômes ne soient pas toujours graves.



Un ulcère cornéen (coloré pour l'examen)



Sclérite

Le traitement comprend l'application de pommade à l'atropine pour éviter l'adhésion de l'iris sur le cristallin et une instillation locale de corticoïdes pour diminuer l'inflammation. Dans les cas graves, des corticoïdes par voie orale peuvent s'avérer nécessaires.

Toutes ces affections devraient être prises en charge par un agent ayant reçu une formation spéciale (et l'équipement nécessaire) pour diagnostiquer et traiter les maladies de l'œil. Un diagnostic correct est vital, les corticoïdes étant contre-indiqués dans certaines affections et nécessaires dans d'autres.



Un agent de santé examinant l'oeil

La réaction sévère de type 2

Les personnes ayant une réaction sévère de type 2 devraient être traitées au niveau de référence afin d'éviter qu'elles deviennent cortico-dépendantes. L'ENL est une affection souvent chronique qui dure des mois ou même des années. Des soins supplémentaires sont nécessaires pour prendre en charge ces épisodes sans prescrire des corticoïdes au long cours qui rendent plus fréquentes les complications des effets secondaires de ces médicaments. Le traitement recommandé est décrit au début de ce chapitre.

L'atteinte nerveuse au cours d'une corticothérapie

Les sujets dont la fonction nerveuse se détériore alors qu'ils sont sous corticothérapie devraient être référés pour avis spécialisé ; pendant ce temps, ils devraient continuer à prendre la même dose de corticoïdes. Le spécialiste pourrait augmenter la dose des corticoïdes ou prolonger le cycle de traitement, avec des examens plus fréquents de la personne, afin de pouvoir maîtriser toute complication qui surviendrait.

L'atteinte nerveuse tardive et la possibilité de rechute

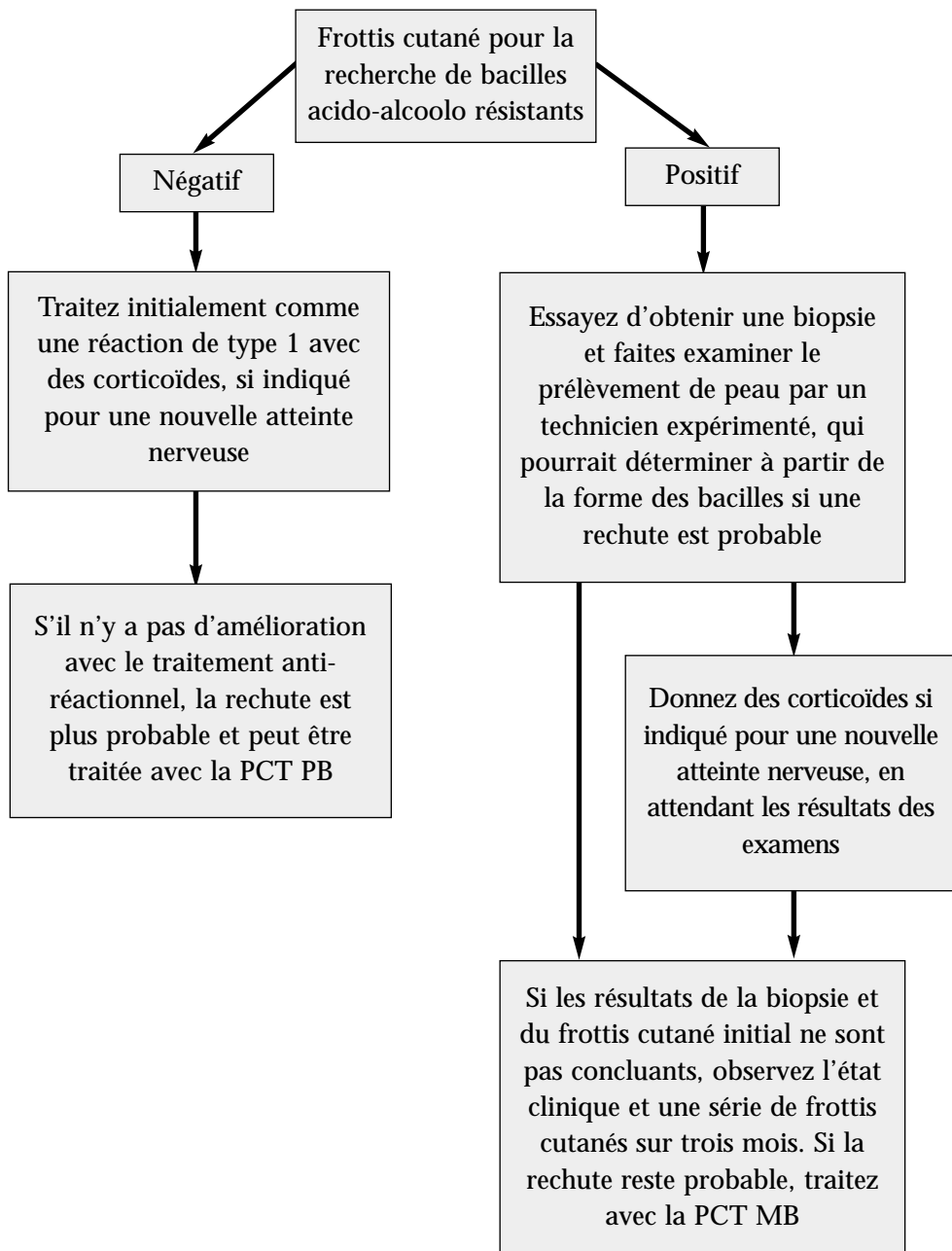
Si quelqu'un développe une atteinte nerveuse plus de trois ans après avoir terminé la PCT, vous devez vous assurer qu'il s'agit bien d'une réaction et non d'une rechute de lèpre. La rechute est inhabituelle, mais c'est une éventualité à considérer.

Les symptômes de réactions et de rechutes peuvent prêter à confusion. Vous devez référer ces malades à un spécialiste de la lèpre si possible.

Toutes les nouvelles lésions cutanées survenant en des endroits différents de ceux des lésions initiales, surtout si ces lésions ne montrent aucun signe inflammatoire, peuvent suggérer une rechute. Effectuez un examen de prélèvement cutané, si cela est possible – mais souvenez-vous que les prélèvements cutanés de beaucoup de personnes ayant une lèpre MB restent positifs pendant des années après l'achèvement du traitement PCT.

Les biopsies sont utiles pour confirmer de possibles rechutes, mais elles nécessitent une grande expérience pour une interprétation correcte. L'arbre de décision suivant peut être utilisé pour identifier les cas suspects de rechute :

Arbre de décision pour distinguer une atteinte nerveuse tardive et une rechute





Soins des atteintes nerveuses aux pieds



Soins des atteintes nerveuses aux yeux

Prise en charge à long terme de l'atteinte nerveuse

La détection et le traitement des réactions lépreuses sont essentiels pour la prévention des infirmités. Malheureusement, certaines atteintes permanentes des nerfs peuvent survenir avant le diagnostic de la lèpre, et malgré vos efforts de prévention, des atteintes supplémentaires peuvent apparaître au cours du traitement.

On appelle infirmité primaire l'atteinte initiale du nerf. Elle consiste en faiblesse musculaire et/ou perte de sensibilité, et sa sévérité peut être d'insignifiante à totalement invalidante. La perte de la sudation est une autre infirmité primaire rendant la peau plus vulnérable aux blessures.

L'infirmité primaire peut conduire à une infirmité secondaire. Ces infirmités secondaires comprennent les plaies, les ulcères, l'ostéomyélite, la perte de tissu (doigts/orteils), des contractures/déformations fixes des mains ou des pieds, une lésion cornéenne ou la cécité.

Il est prioritaire d'empêcher que l'atteinte permanente du nerf ou infirmité primaire se développe en infirmité secondaire. Pour cela, vous devez informer le malade et le rendre capable d'agir pour prévenir l'atteinte ultérieure.

On peut mieux prévenir les lésions ultérieures :

- En évitant autant que possible les blessures aux mains et aux pieds
- En mettant au repos aussi vite que possible le membre touché dès qu'une plaie est remarquée.
- En protégeant les yeux par le port de lunettes de soleil.

Aider les personnes à prévenir l'infirmité

Prendre soin des yeux, des mains et des pieds est une responsabilité qui revient principalement à la personne touchée. Les agents de santé doivent conseiller, aider et encourager, mais ne peuvent pas se charger de cette tâche.

Parlez individuellement à chaque personne, chacune ayant des facteurs de risque différents, dépendant de son mode de vie et du travail qu'elle fait. Parlez à chaque personne :

- du type d'atteinte nerveuse qu'elle a.
- des symptômes de la lésion.
- de comment elle peut reconnaître une aggravation de l'atteinte nerveuse.
- de comment prévenir une atteinte ultérieure.

Si une personne détecte une nouvelle blessure telle qu'une ampoule ou une petite plaie, on peut accélérer la guérison en mettant au repos le membre touché pendant quelques jours. On doit garder les plaies propres en utilisant de l'eau et en les recouvrant avec un pansement ou un tissu propre. Les personnes ayant des plaies devraient retourner au centre de santé pour des conseils supplémentaires. Lorsqu'une plaie guérit, on doit faire attention pour réduire le risque de récurrence.

Soins des mains et pieds insensibles

Les conseils devraient aussi porter sur les soins des mains et pieds insensibles.

- Chaque jour il faut examiner les mains et les pieds à la recherche de lésions et les tremper dans de l'eau.
- On peut ensuite appliquer sur la peau de l'huile comme de l'huile végétale ou de la Vaseline afin d'aider à la garder en bonne condition.
- On devrait aussi conseiller aux gens comment diminuer le risque de blessures par exemple lors du travail, de la cuisine ou de la manipulation d'outils.
- Observer des repos fréquents et courts peut contribuer à prévenir les plaies liées aux actes répétitifs.

Les chaussures

On doit recommander aux personnes ayant des pieds insensibles le port de chaussures adaptées avec soin et protégeant leurs pieds. Ce type de chaussures est en général disponible sur les marchés et boutiques locaux. Ces chaussures devraient avoir :

- Une semelle assez dure empêchant la pénétration d'épines et de pointes mais flexible lors de la marche.
- Un rembourrage doux à l'intérieur de la chaussure.
- Une empeigne ou des lanières bien adaptées, avec assez d'espace pour les orteils (même si les orteils sont déjà lésés).
- Des bords non aigus et pas de coutures ni de clous à l'intérieur de la chaussure qui pourraient causer des blessures.
- Des lanières, des coutures et des boucles ne frottant pas le pied.

Certaines personnes avec des infirmités graves aux pieds ont besoin de chaussures spéciales disponibles dans les cordonneries ou ateliers orthopédiques – ces ateliers étant souvent rattachés aux hôpitaux ou aux centres de réhabilitation.

Les yeux

Les personnes ayant perdu le réflexe de clignement ou ayant une faiblesse de l'occlusion des paupières peuvent facilement endommager leurs yeux.

- Il est important que ces personnes examinent leurs yeux quotidiennement à la recherche de corps étrangers (en utilisant un miroir).
- Porter un couvre-chef (chapeau) et des lunettes de soleil peut permettre d'éviter un dessèchement de l'oeil et d'arrêter les corps étrangers tels que la poussière, le sable et les mouches qui pourraient endommager l'oeil.
- Laver les yeux avec de l'eau propre permet de retirer tout corps étranger.
- La lubrification avec des gouttes oculaires ou une goutte d'huile de castor instillée chaque matin et chaque soir permet d'humidifier la surface de l'oeil.
- Des efforts volontaires de clignement peuvent être aussi utiles.



Un groupe d'auto-soins



Protection des blessures aux mains

Les groupes d'auto-soins

Des groupes d'auto-soins peuvent être efficaces dans la prévention des infirmités et la promotion des auto-soins. Ces groupes sont constitués de personnes ayant des problèmes similaires, dans ce cas une atteinte nerveuse. Les membres du groupe assurent une assistance mutuelle à chaque membre dans des activités comme les soins des plaies, les bonnes pratiques de travail et autres besoins identifiés par les membres du groupe. Ceci signifie que les personnes prennent la responsabilité de prendre soin de leurs infirmités et évitent de devenir dépendants des agents de santé.

Annexe A : Un exemple de fiche de soins de routine

Tests de motricité volontaire et de sensibilité pour le suivi neurologique des malades de la lèpre

(Chaque malade doit être examiné au minimum tous les trois mois, mais de manière idéale tous les mois)

Nom du malade _____ Numéro d'enregistrement _____

Force musculaire (Ecrire F,M,P)

D	occlusion oculaire	G
	fente en mm	
	5è doigt	
	pouce en haut	
	pied en haut	

Yeux-acuité visuelle

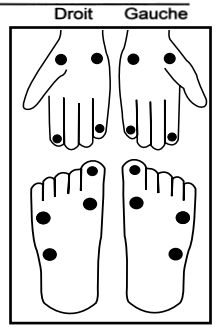
compter les doigts à six mètres

D	peut	G
	peut pas	

Sensibilité

Mettre ✓ si sensible

Mettre X si insensible (au bic rouge)



Y a-t-il une détérioration évoluant depuis moins de six mois ? Non Oui depuis _____ mois

Remarques : _____ **Si oui, donnez des corticoïdes ou référez**
 Date : _____ Nom : _____ Signature : _____

Force musculaire (Ecrire F,M,P)

D	occlusion oculaire	G
	fente en mm	
	5è doigt	
	pouce en haut	
	pied en haut	

Yeux-acuité visuelle

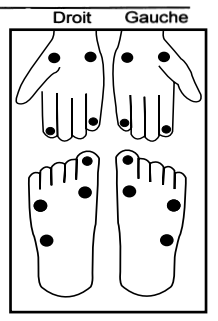
compter les doigts à six mètres

D	peut	G
	peut pas	

Sensibilité

Mettre ✓ si sensible

Mettre X si insensible (au bic rouge)



Y a-t-il une détérioration évoluant depuis moins de six mois ? Non Oui depuis _____ mois

Remarques : _____ **Si oui, donnez des corticoïdes ou référez**
 Date : _____ Nom : _____ Signature : _____

Force musculaire (Ecrire F,M,P)

D	occlusion oculaire	G
	fente en mm	
	5è doigt	
	pouce en haut	
	pied en haut	

Yeux-acuité visuelle

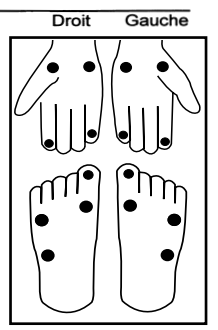
compter les doigts à six mètres

D	peut	G
	peut pas	

Sensibilité

Mettre ✓ si sensible

Mettre X si insensible (au bic rouge)



Y a-t-il une détérioration évoluant depuis moins de six mois ? Non Oui depuis _____ mois

Remarques : _____ **Si oui, donnez des corticoïdes ou référez**
 Date : _____ Nom : _____ Signature : _____

Annexe B : Liste de contrôle du matériel nécessaire pour le traitement des réactions dans un centre de santé

Pour le diagnostic et la prise en charge des réactions modérées

- Crayon à bille pour le test de sensibilité.
- Fiches de soins de routine (ou fiches similaires) pour le suivi des progrès.
- Acide acétyl salicylique (AAS, Aspirine) pour traiter les réactions modérées.

Pour la corticothérapie

- Bandelettes réactives pour la recherche de glucose dans les urines.
- Mébendazole à donner à tous les malades qui seront soumis à la corticothérapie.
- Métronidazole et co-trimoxazole (comprimés/gélules).
- Tétracycline en pommade oculaire (Atropine si autorisé).
- Benzoate de Benzyl en lotion.
- Clotrimazole en crème.
- Comprimés anti-acide.
- Prednisolone en plaquettes.
- Si possible, un service de laboratoire permettant l'examen de crachats pour la tuberculose, de frottis de peau pour la lèpre et des selles pour des germes pathogènes.

Les centres pour les cas référés devraient avoir les services et le personnel pour

- Diagnostiquer et traiter les complications oculaires.
- Diagnostiquer et traiter la tuberculose.
- Diagnostiquer et traiter le diabète.
- Diagnostiquer et traiter les rechutes de lèpre.
- Assurer la corticothérapie chez les enfants et les femmes enceintes.
- Prendre en charge toute complication ou effet secondaire de la corticothérapie.
- Pratiquer la chirurgie de propreté.
- Prescrire la clofazimine et la thalidomide (si autorisé) pour traiter les réactions sévères de type 2 (ENL).

Annexe C : Affections nécessitant un traitement lors de la corticothérapie

Parasitoses intestinales

Elles sont largement distribuées et peuvent s'aggraver lors d'une corticothérapie. De manière idéale, toute personne traitée avec des corticoïdes devrait prendre du mébendazole (100 mg deux fois par jour pendant trois jours) ou un médicament alternatif.

Diarrhée avec du sang et/ou des glaires

Une personne présentant ces symptômes souffre probablement de dysenterie (amibienne ou bacillaire) et devrait être traitée selon les directives locales. La dysenterie amibienne se traite le mieux avec le métronidazole (dose adulte de 800 mg trois fois par jour pendant cinq jours). Une dysenterie bacillaire ne devrait normalement pas être traitée avec des antibiotiques excepté dans les cas sévères. Cependant, avant de donner des corticoïdes, on devrait la traiter pendant trois à cinq jours avec de la ciprofloxacine (500 mg deux fois par jour) ou du triméthoprim (200 mg deux fois par jour) ; le co-trimoxazole (960 mg deux fois par jour) est souvent le médicament le plus disponible, efficace dans la plupart des cas – il contient du triméthoprim.

Conjonctivite et trachome

Ces affections courantes n'ont pas de rapport avec la lèpre, mais peuvent être aggravées par une corticothérapie. Si ces affections sont présentes, donner des conseils sanitaires au malade (y compris le lavage quotidien du visage avec du savon et de l'eau) et traiter les affections comme il suit :

- Conjonctivite : pommade oculaire de tétracycline deux fois par jour pendant cinq jours.
- Trachome : tétracycline en pommade ophthalmique deux fois par jour pendant trois à six semaines ou Azithromycine en dose unique (en fonction du poids).

Infections fongiques

Les infections fongiques tel que Tinea corporis sont courantes et peuvent être aggravées par les corticoïdes. Si une personne a des lésions cutanées prurigineuses, vous devez suspecter une infection

fongique et la traiter avec une crème de clotrimazole (à appliquer deux fois par jour pendant au moins trois semaines).

Scabiose (gale)

Le sarcopte de la gale provoque de petits trous dans la peau et ceux-ci peuvent s'infecter chez une personne prenant des corticoïdes. Donnez des conseils d'hygiène à la personne (toute la famille devrait se laver chaque jour avec du savon et de l'eau) et prescrivez le traitement suivant : chaque membre du ménage devrait appliquer du benzoate de benzyl sur tout le corps, à l'exception de la tête, quotidiennement pendant trois jours.

Douleur épigastrique

Les douleurs épigastriques sont courantes et peuvent être aggravées par l'aspirine et les corticoïdes. Elles peuvent être soulagées par des anti-acides, si nécessaire. Un plus grand soulagement des symptômes peut être obtenu en prenant la ranitidine (75 - 150 mg deux fois par jour), un médicament plus récent et plus cher, si disponible.

Annexe D : Les effets secondaires des corticoïdes et leur prise en charge

Les complications suivantes peuvent survenir au cours d'une corticothérapie :

- Aggravation d'une tuberculose chez des cas où les symptômes étaient absents au début de la corticothérapie. Si vous suspectez une tuberculose, faites un examen de crachats à la recherche de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR), si cela est faisable localement, ou référez la personne à l'hôpital pour investigation et traitement.
- Des signes de diabète, tels que la soif ou des urines en excès. Faites la recherche de glucose dans les urines de la personne et, si positif, référez la pour traitement à l'insuline ou par des médicaments hypo-glycémisants par voie orale.
- *Des douleurs abdominales* – dues peut-être à des ulcères peptiques. Assurez-vous que la personne ne prend pas d'aspirine et donnez-lui des anti-acides ou de la ranitidine.
- Aggravation d'une infection aux mains ou aux pieds. Référez la personne pour une chirurgie de propreté.
- *Diarrhée ou dysenterie*. Donnez la réhydratation par voie orale et, après examen des selles, envisagez une antibiothérapie ou un traitement anti-amibien.
- *Oedème du visage, augmentation de croissance des cheveux et acné*. Ne nécessitent pas de traitement et retournent à la normale à l'arrêt de la corticothérapie.

Même si des effets secondaires ou des complications surviennent, il est essentiel que le malade n'interrompe pas brutalement la corticothérapie. Cela pourrait avoir des conséquences plus graves.

Les complications doivent être traitées correctement. Si l'on décide d'arrêter les corticoïdes, on le fera graduellement sur une période de plusieurs semaines.

Si une personne arrête soudainement de prendre des corticoïdes à hautes doses, les symptômes suivants peuvent apparaître : hypotension, asthénie et choc. Redémarrez la corticothérapie et donnez un traitement de soutien, comprenant des perfusions intraveineuses si nécessaire. La personne devrait être admise en urgence à l'hôpital.

Il y a d'autres complications des corticoïdes, mais elles sont rarement un problème si la durée du traitement est inférieure à six mois. Elles comprennent l'hypertension, l'ostéoporose, le retard de croissance, la cataracte et le glaucome. Si possible, mesurez la tension artérielle des personnes sous corticothérapie. Si vous voyez ou suspectez une hypertension ou une de ces complications moins fréquentes, référez la personne pour une investigation plus poussée.

Abréviations

- BAAR – Bacille Acido-Alcool Résistant : appellation habituelle des bacilles qui provoquent la lèpre et la tuberculose. Les BAAR sont mis en évidence par une coloration spéciale ; on les rencontre dans les frottis de peau des personnes ayant la lèpre multibacillaire et dans les crachats de celles qui ont la tuberculose.
- MB – lèpre multibacillaire : infection majeure à *Mycobacterium leprae* définie par la présence de plus de cinq taches cutanées insensibles ou par la positivité de l'examen de prélèvement cutané à la recherche de bacille de la lèpre.
- PCT – polychimiothérapie : traitement recommandé par l'OMS, il consiste en une combinaison de rifampicine, de clofazimine et de dapsonne donnée pendant 12 mois pour la lèpre multibacillaire et de rifampicine et de dapsonne donnée pendant 6 mois pour la lèpre paucibacillaire.
- PB – lèpre paucibacillaire : infection mineure à *Mycobacterium leprae* définie par la présence de jusqu'à cinq taches cutanées insensibles.
- ENL – érythème noueux lépreux : nodules inflammatoires sous la peau (nouures) caractéristiques de la réaction lépreuse de type 2.

Guides d'apprentissage sur la lèpre de l'ILEP

Comment diagnostiquer et traiter la lèpre

Comment reconnaître et traiter les réactions lépreuses

Comment réaliser un frottis de peau pour la lèpre



CECI EST LE DEUXIÈME D'UNE SÉRIE DE GUIDES D'APPRENTISSAGE SUR LA LÈPRE PUBLIÉS PAR L'ILEP. CES GUIDES PROCURENT AUX AGENTS DE SANTÉ GÉNÉRAUX LES INFORMATIONS DONT ILS ONT BESOIN POUR EXÉCUTER LES TÂCHES ESSENTIELLES DE LUTTE CONTRE LA LÈPRE ET PRENDRE SOIN DES PERSONNES QUI SONT ATTEINTES DE CETTE MALADIE.

Le guide d'apprentissage 2 est destiné à tous les agents de santé qui auraient à prendre en charge des complications de la lèpre. Il contient des conseils pratiques pour la reconnaissance des réactions lépreuses et leur traitement correct. Il comprend aussi des conseils pour la référence et le traitement spécialisé.

Les guides d'apprentissage de l'ILEP sont brefs, clairement écrits et bien illustrés. Nous espérons que vous les trouverez faciles à utiliser. Ils seront utiles comme supports d'étude, comme suppléments aux programmes de formation et comme livres de référence dans les centres de santé.