

UN NOUVEL ATLAS DE LA LÈPRE

Un manuel illustré pour aider les personnels de santé de terrain
et les bénévoles à détecter, diagnostiquer et traiter la lèpre

A. Colin McDougall
Yo Yuasa

Traduction : Pierre Bobin

SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION

Tokyo, Japon

ASSOCIATION FRANÇAISE RAOUL FOLLEREAU

Paris, France

2003

PRÉFACE

Dans de nombreux programmes de lutte contre la lèpre, la qualité du diagnostic de la lèpre est un sujet de réelle inquiétude. Si cette qualité n'est pas garantie, toute évaluation quantitative ou déclaration d'élimination de la lèpre n'a pratiquement pas de signification. Une des raisons essentielles de la mauvaise qualité du diagnostic est le manque de formation des personnels des services de santé généraux, particulièrement ceux du niveau périphérique. Parce que la lèpre est une maladie qui atteint habituellement la peau et entraîne toujours des dommages au niveau des nerfs, le meilleur moyen d'apprendre la clinique de la lèpre est d'examiner le plus grand nombre possible de malades présentant des lésions cutanées et neurologiques. Cependant, pour diverses raisons, beaucoup de cours de formation ne comportent pas du tout de présentation de malades ayant des lésions typiques et évolutives ou comprennent seulement la présentation de quelques patients porteurs d'infirmités.

Un Nouvel Atlas de la Lèpre, édité par le Dr Colin McDougall et le Dr Yo Yuasa et produit par Sasakawa Memorial Health Foundation, est une collection de photos couleur de grande qualité, illustrant diverses lésions de lèpre ; ces photos permettent ainsi, utilement, de remédier à l'insuffisance de présentation de malades au cours de la formation ou de l'auto-apprentissage. Parce que la lèpre demeure un problème de santé publique dans de nombreux pays francophones et parce que les personnels de santé ont absolument besoin d'un atlas en langue française, l'Association Française Raoul Follereau a conclu un accord avec la Sasakawa Memorial Health Foundation pour co-sponsoriser la production d'une version en langue française de l'Atlas. Nous sommes très reconnaissants au Dr Pierre Bobin, léprologue et ancien directeur de l'Institut Marchoux de Bamako au Mali, d'avoir aimablement accepté de traduire l'Atlas en français. Nous espérons que la version en langue française de l'Atlas sera largement distribuée aux agents des services de santé généraux pour leur formation et auto-apprentissage et qu'elle se révélera utile, dans les pays francophones, pour améliorer la qualité du diagnostic de la lèpre.

Baohong Ji, M.D.

Secrétaire de la Commission Scientifique et Médicale de
l'Association Française Raoul Follereau

UN NOUVEL ATLAS DE LA LÈPRE

**Un manuel illustré pour aider les personnels de santé de terrain
et les bénévoles à détecter, diagnostiquer et traiter la lèpre**

**A. Colin McDougall
Yo Yuasa**

Traduction : Pierre Bobin

SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION
Tokyo, Japon
et ASSOCIATION FRANÇAISE RAOUL FOLLEREAU
Paris, France
2003



Préface	1
Algorithme pour le diagnostic et la classification de la lèpre	2
Polychimiothérapie (PCT) recommandée par l'OMS	3
Illustrations de plaquettes thermoformées de PCT pour multibacillaires (MB) et paucibacillaires (PB)	4
Avant et après PCT — Résultats du traitement	8

Lésions de lèpre

10



1. Lèpre paucibacillaire (PB) ; de 1 à 5 lésions cutanées	11
2. Lèpre multibacillaire (MB) ; 6 lésions cutanées ou plus	24

Lèpre nerveuse	34
Réactions	35
Réactions de type 1 (Réaction réverse)	36
Réactions de type 2 (Erythème noueux lépreux)	40
Invalidités — Mutilations — Infirmités	42

Diagnostic différentiel (dermatoses non lépreuses)

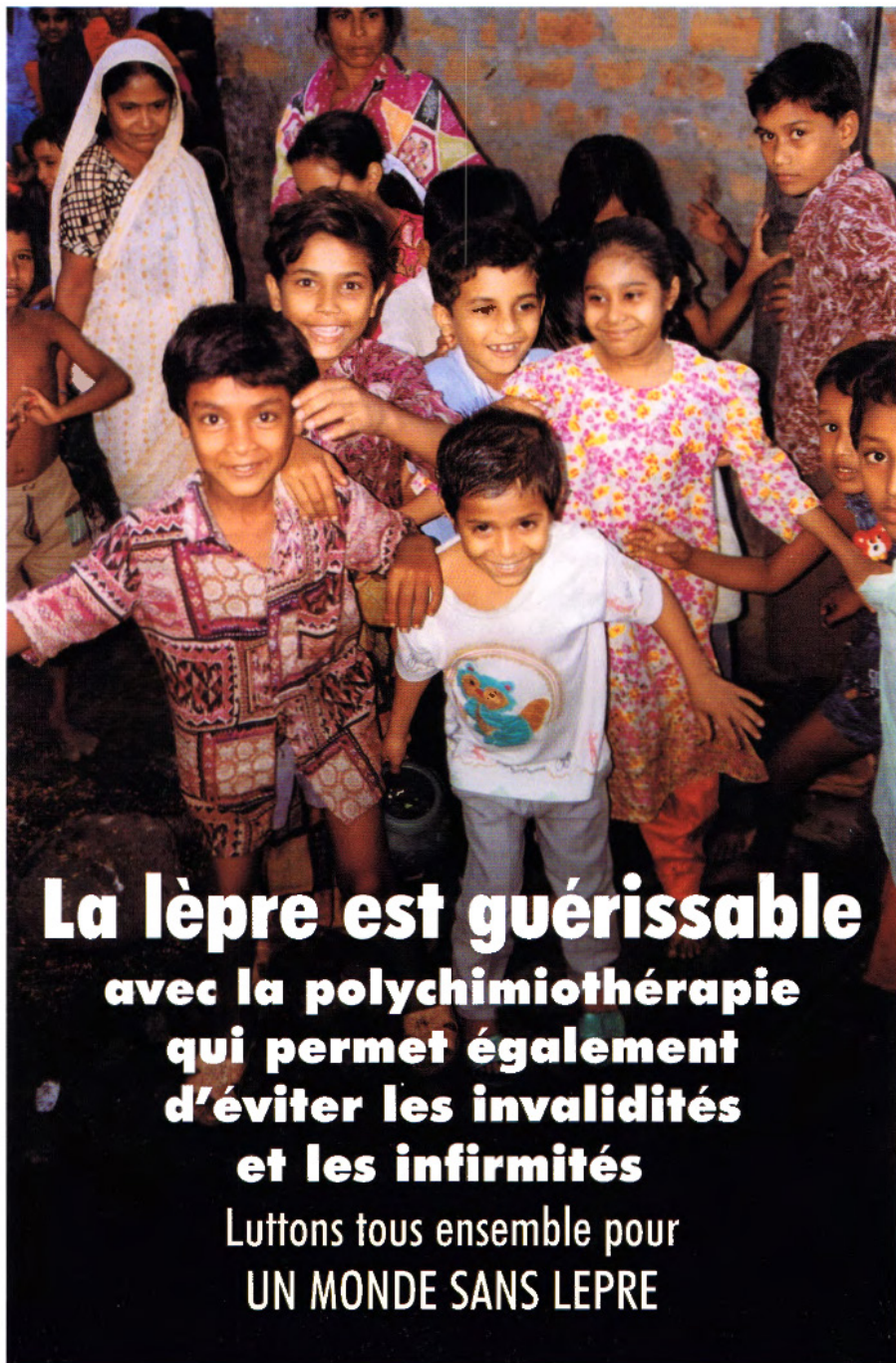
46



(a) Dermatoses les plus fréquentes	47
(b) Dermatoses plus rares	62



Remerciements	73
Références bibliographiques et ouvrages recommandés	74
Information éditoriale	3ème de couverture



La lèpre est guérissable
avec la polychimiothérapie
qui permet également
d'éviter les invalidités
et les infirmités

Luttons tous ensemble pour
UN MONDE SANS LEPRE

Préface de l'édition originale en anglais

Yo Yuasa

Directeur Général et Médical

Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japon

Le premier **Atlas de la Lèpre** a été réalisé en 1981, en étroite collaboration entre le Dr R.S. Guinto et ses collègues du Leonard Wood Memorial Laboratory à Cebu, Philippines. Les 230 premiers exemplaires, d'un format prototype plus grand, avaient été pratiquement faits à la main mais l'accueil a été si favorable que nous avons décidé en 1983 de faire imprimer l'Atlas dans un format standard. Notre intention était de fournir une collection de photos de lèpre, cliniques et histopathologiques, de très bonne qualité, essentiellement aux médecins et agents paramédicaux superviseurs, pour les aider dans leurs activités de formation et pour leur servir, en outre, de document de référence. En tant que support pédagogique, nous avons aussi produit une version avec diapositives couleur. Contrairement à ce que nous avons pensé au départ, la demande a été extrêmement forte et constante jusqu'à ce jour et en conséquence nous avons tiré 38 000 exemplaires en anglais ainsi que 23 000 dans 6 autres langues (un **best seller** sur la lèpre), pratiquement tous distribués gratuitement.

La situation de la lèpre dans le monde allait changer rapidement, à peu près à l'époque où était publié, en 1981, le premier Atlas. Mise en place après la réunion historique du **Chemotherapy Study Group**, en octobre 1981, la PCT a été l'instrument essentiel de ce remarquable changement. En 1991, la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur « l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique » a ensuite accéléré ce processus. Il est probable que le nombre de 122 pays d'endémie lépreuse au milieu des années 80 descende à 15 à la fin de l'année 2000. L'OMS est maintenant entrée dans la phase du **Final Push** (coup de collier final), avec comme objectif qu'en 2005 il ne reste plus de pays d'endémie lépreuse, c'est-à-dire qu'il n'y ait plus un seul pays avec plus d'un cas de lèpre pour 10 000 habitants. Ce sera vraiment un grand succès.

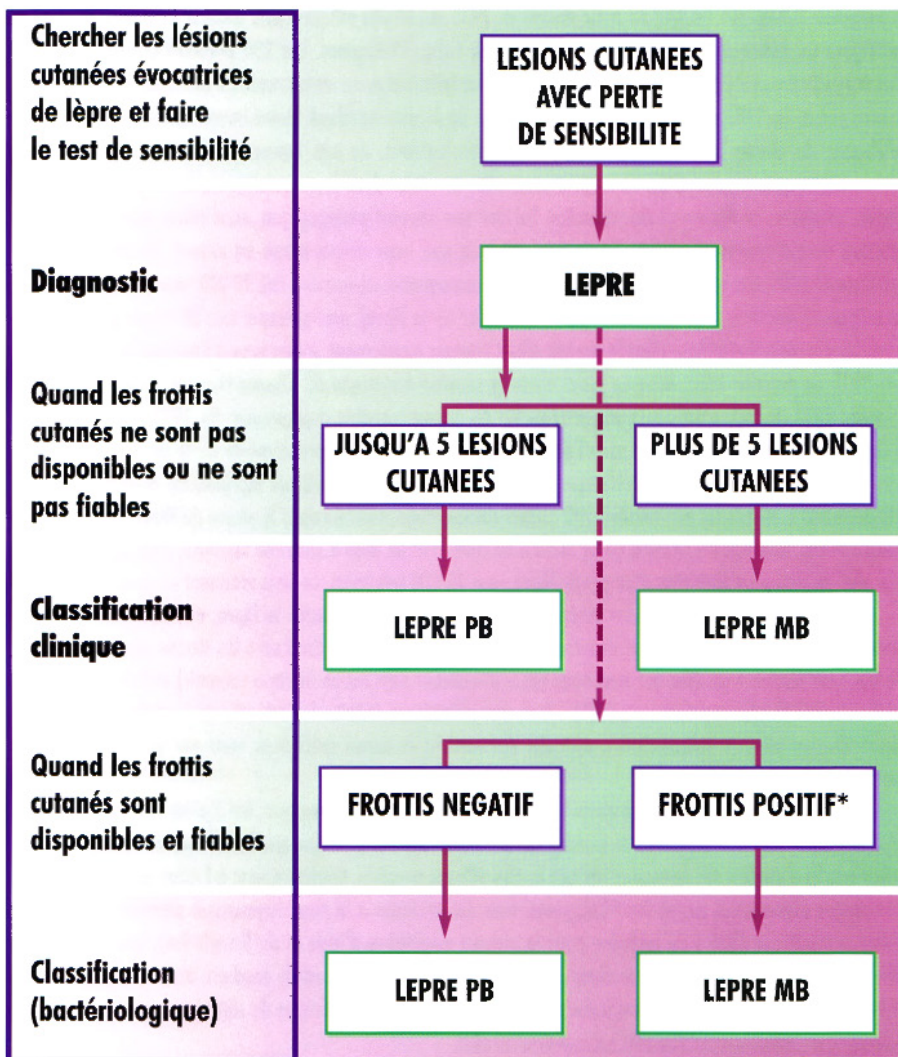
Cependant, pour ceux qui sont vraiment engagés dans la lutte contre la lèpre, une telle réussite, toute considérable qu'elle puisse être, n'est qu'une étape, un jalon. Notre but final est « Un Monde sans Lèpre » dans lequel tout nouveau cas (car des nouveaux cas continueront sans aucun doute à survenir) soit diagnostiqué et mis sous PCT le plus rapidement possible. Avec une prévalence réduite, les activités de base de lutte contre la lèpre doivent pouvoir être réalisées, non par des services verticaux spécialisés mais par des personnels des services de santé généraux.

L'objectif de ce nouvel Atlas, comme l'indique le sous-titre de la couverture, est d'aider les agents de santé de « terrain », tant les personnels de santé généraux au niveau périphérique que les bénévoles dans les villages, pour que la détection des nouveaux cas soit la plus efficace possible. Contrairement à l'Atlas initial dans lequel les photos provenaient toutes des Philippines, avec des malades à la peau légèrement pigmentée, ce nouvel Atlas contient des photos de malades pour la plupart originaires d'Inde et du Bangladesh, une région dans laquelle près de 80 % des cas mondiaux sont détectés. Notre intention est de produire assez d'exemplaires de l'Atlas pour fournir un exemplaire à chaque structure de santé périphérique de cette immense région, ce qui nécessitera probablement 200 000 exemplaires ou plus.

Le Dr Colin McDougall, un éminent spécialiste de la lèpre, a aimablement accepté la responsabilité de la réalisation de ce manuel. Mon nom apparaît sur la couverture, essentiellement pour la totale responsabilité du choix des photos et des commentaires pour lesquels il avait des doutes concernant leur opportunité dans ce livre.

Avec l'Atlas original, nous avions l'intention de participer au renforcement des activités de lutte contre la lèpre à une époque où la phase finale de nos efforts n'était pas en vue. Ce nouvel Atlas est réalisé dans le but d'être utile jusqu'à la fin de nos efforts. Ambitieux ? Oui, mais, je l'espère, pas totalement irréaliste.

Algorithme pour le diagnostic et la classification



*Tout malade ayant un frottis cutané positif, devrait être traité, sans tenir compte de la classification clinique, par le protocole de PCT/MB. Cependant, cela dépend de la disponibilité de laboratoires fiables. Par ailleurs, l'augmentation de la prévalence du VIH et de l'hépatite B dans de nombreux pays d'endémie lépreuse conduit à limiter le nombre de sites de prélèvement cutané et à réduire au minimum la fréquence de ces frottis (voir références bibliographiques).



Polychimiothérapie (PCT)

A partir de la liste des activités qui sont essentielles pour le succès de la stratégie d'élimination, ce nouvel Atlas met l'accent sur :

1. Le diagnostic exact et précoce.
2. Le diagnostic différentiel, prenant en considération de nombreuses autres maladies de peau qui peuvent simuler la lèpre et conduire à un diagnostic erroné.
3. La description détaillée des plaquettes thermoformées et des protocoles de traitement par la PCT pour tous les malades.

Le malade ci-dessus a été détecté par le personnel du centre de santé et il est actuellement en train de recevoir sa première plaquette thermoformée (blister) de médicaments pour traiter une lèpre multibacillaire (MB).

Conformément à l'initiative de l'OMS, le traitement de la lèpre est, dans tous les pays du monde, prescrit gratuitement à tous les malades.

Certains services lèpre ont utilisé pour le traitement d'une **lèpre à lésion cutanée unique** une seule dose, donnée en une seule fois, d'une association de rifampicine, ofloxacine et minocycline (ROM) (voir référence 2, pages 6 et 18). La rifampicine est un composé essentiel des protocoles de traitement de la lèpre PB et MB, comme on peut le voir sur les pages suivantes. Ofloxacine et minocycline sont d'autres antibiotiques dont on a prouvé qu'ils étaient actifs contre le bacille de la lèpre.

PCT (MB) — Doses pour ADULTE

Vue de face de la plaquette thermoformée (blister) de PCT MB Adulte

Traitement supervisé mensuel (Jour 1 – partie détachable en haut)

Clofazimine 300mg (3 capsules de 100mg)
Rifampicine 600mg (2 gélules de 300mg)
et Dapsone 100mg (1 comprimé de 100mg)

Traitement quotidien non supervisé (Jours 2 à 28)

Clofazimine 50mg (1 capsule de 50mg)
TOUS LES JOURS et Dapsone 100mg
(1 comprimé de 100mg) **TOUS LES JOURS**

Durée du traitement : les 12 plaquettes doivent être prises en 12 à 18 mois.



Vue arrière de la plaquette thermoformée (blister) de PCT MB Adulte

R = Rifampicine : dose mensuelle supervisée de 600mg (2 gélules de 300mg chacune)

C = Clofazimine 100mg : dose mensuelle supervisée de 300mg (3 capsules).

D = Dapsone : dose mensuelle supervisée de 100mg (1 comprimé)

Les figures de 2 à 28 représentent 4 semaines de traitement non supervisé de Clofazimine (50mg) **tous les jours** et Dapsone (100mg) **tous les jours**.

Taille actuelle de cette plaquette :
106 mm x 140 mm



PCT (MB) — Doses pour Enfant (de 10 à 14 ans)

Vue de face de la plaquette thermoformée (blister) de PCT MB Enfant

Traitement supervisé mensuel (Jour 1 – partie détachable en haut) : Clofazimine 150mg (3 capsules de 50mg), Rifampicine 450mg (2 gélules une de 300mg et l'autre de 150mg) et Dapsone 50mg (1 comprimé de 50mg)

Traitement quotidien non supervisé (Jours 2 à 28) : Clofazimine 50mg (1 capsule de 50mg) **UN JOUR SUR DEUX** et Dapsone 50mg (1 comprimé de 50mg) **TOUS LES JOURS**

Durée du traitement : les 12 plaquettes doivent être prises en 12 à 18 mois.



Vue arrière de la plaquette thermoformée (blister) de PCT MB Enfant

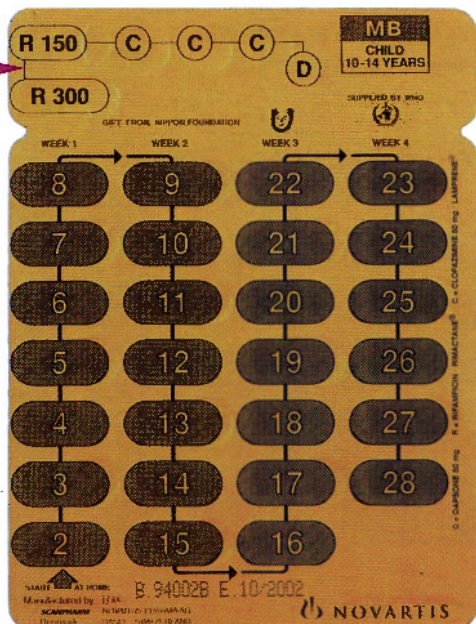
R = Rifampicine : dose mensuelle supervisée de 450mg (2 gélules, une de 300mg et l'autre de 150mg)

C = Clofazimine 50mg : dose mensuelle supervisée de 150mg (3 capsules).

D = Dapsone : dose mensuelle supervisée de 50mg (1 comprimé)

Les figures de 2 à 28 représentent 4 semaines de traitement non supervisé de Clofazimine (50mg) **un jour sur deux** et Dapsone (50mg) **tous les jours**.

Taille actuelle de cette plaquette :
106 mm x 140 mm



Pour les enfants de moins de 10 ans la dose peut être adaptée : par exemple Rifampicine 300mg, Dapsone 25mg et Clofazimine 100mg pour la dose mensuelle supervisée, suivie de Dapsone 25mg par jour et Clofazimine 50mg 2 fois par semaine.

PCT (PB) — Doses pour Adulte

Vue de face de la plaquette thermoformée (blister) de PCT PB Adulte

Traitement supervisé mensuel (Jour 1 – partie détachable en haut)

Rifampicine 600mg (2 gélules de 300mg) et Dapsone 100mg (1 comprimé de 100mg)

Traitement quotidien non supervisé (Jours 2 à 28) Dapsone 100mg (1 comprimé de 100mg) TOUS LES JOURS

Durée du traitement : les 6 plaquettes doivent être prises en 6 à 9 mois.



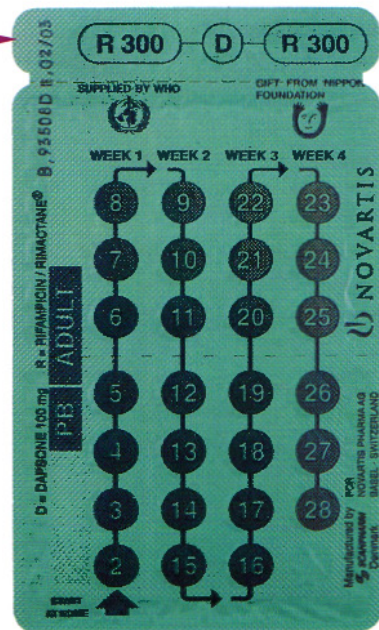
Vue arrière de la plaquette thermoformée (blister) de PCT PB Adulte

R = Rifampicine : dose mensuelle supervisée de 600mg (2 gélules de 300mg chacune)

D = Dapsone : dose mensuelle supervisée de 100mg (1 comprimé)

Les figures de 2 à 28 représentent 4 semaines de traitement non supervisé de Dapsone (100mg) tous les jours.

Taille actuelle de cette plaquette :
72 mm x 122 mm



PCT (PB) — Doses pour Enfant (de 10 à 14 ans)

Vue de face de la plaquette thermoformée (blister) de PCT MB Enfant

Traitement supervisé mensuel (Jour 1 — partie détachable en haut)

Rifampicine 450 mg (2 gélules une de 300mg et l'autre de 150mg)
et Dapsone 50mg (1 comprimé de 50mg)

Traitement quotidien non supervisé (Jours 2 à 28)

Dapsone 50 mg (1 comprimé de 50 mg)
TOUS LES JOURS

Durée du traitement :

les 6 plaquettes doivent être prises en 6 à 9 mois.



Vue arrière de la plaquette thermoformée (blister) de PCT PB Enfant

R = Rifampicine : dose mensuelle supervisée de 450mg (2 gélules, une de 300mg et l'autre de 150mg)

D = Dapsone : dose mensuelle supervisée de 50mg (1 comprimé)

Les figures de 2 à 28 représentent 4 semaines de traitement non supervisé de Dapsone (50mg) **tous les jours**.

Taille actuelle de cette plaquette :
72 mm x 122 mm



Pour les enfants de moins de 10 ans la dose peut être adaptée : par exemple Rifampicine 300mg par mois et Dapsone 25mg par jour.



**Avant
la PCT**



**Après la
PCT**

La malade présentait une forme nodulaire très active de lèpre MB. Elle a été traitée pendant 12 mois par le régime MB (page 4) et a très bien répondu à ce traitement.

Avant
la PCT



Après la
PCT

Ce jeune garçon a présenté des lésions actives cutanées et nerveuses disséminées de lèpre MB. Il a été traité avec le régime MB de 12 mois aux doses enfant (page 5) et a très bien répondu à ce traitement

LA LÈPRE

En utilisant la classification de la page 2, les photos suivantes illustrent des malades avec :

1. Lèpre paucibacillaire (PB) si, par définition, ils ont entre 1 et 5 lésions cutanées de lèpre et

2. Lèpre multibacillaire (MB) s'ils ont 6 lésions cutanées de lèpre ou plus.

A l'exception des 2 photos de la page 34, cet Atlas ne donne pas d'information sur les aspects essentiellement neurologiques de la lèpre. Sur ces symptômes importants de la maladie, il existe de nombreuses autres publications dont plusieurs sont rappelées dans les références bibliographiques et ouvrages recommandés, en pages 74 à 76.

- Ces photos sont destinées à aider à suspecter et à diagnostiquer la lèpre
- Dans presque tous les cas, la lèpre peut être diagnostiquée seulement sur des signes cliniques
- Quand il y a un doute concernant le diagnostic, le patient doit être envoyé au centre de référence le plus proche.

1. Cas de lèpre paucibacillaire (PB)



1. Cet écolier a une tache cuivrée, plate (macule), assez bien délimitée, sur la joue gauche. C'est la seule lésion. Le test attentif de recherche de sensibilité a montré qu'il ne percevait pas, au niveau de la tache, un léger contact ou la piqure d'une aiguille. Lèpre paucibacillaire (PB).



2. Cette jeune fille a une grande partie de la joue et de l'aile droite du nez au niveau de laquelle la pigmentation est diminuée (hypopigmentation). Le test de sensibilité a montré qu'au niveau de la tache elle ne percevait pas le contact d'un morceau de coton (ouate) ou la piqûre d'une aiguille. Lèpre paucibacillaire (PB).



3. C'est une grande plaque, à limites floues, au niveau de la partie basse de la face postérieure de l'avant-bras. Sa superficie a augmenté pendant une période d'observation de 2 mois et on a finalement mis en évidence une diminution de la sensibilité. Lèpre paucibacillaire (PB).



4. Ces taches aux limites floues, avec diminution de la pigmentation (hypopigmentation), par comparaison avec la peau environnante, ont été découvertes au niveau de l'épaule gauche. Elles ont augmenté de taille pendant la période d'observation et ont présenté une perte de la sensibilité au toucher (coton) et à la piqure. Lèpre paucibacillaire (PB).



5. Cette lésion annulaire était la seule lésion de lèpre. La surface, particulièrement autour de la bordure, était surélevée, légèrement rugueuse et sèche. Au niveau de cette lésion, il y avait absence de sudation, même après effort. La perte de sensibilité au tact (coton) et à la piqûre a été mise en évidence. Lèpre paucibacillaire (PB).



6. Cette lésion discrètement extensive, située sur la face postérieure de l'avant-bras, avait des limites floues et, à l'examen clinique avec palpation de la lésion, a montré une certaine fermeté (infiltration). La perte de la sensibilité au toucher (coton) et à la piqûre a été facilement mise en évidence. La palpation du nerf cubital tout proche, en comparaison avec l'autre nerf cubital du côté opposé, s'est révélée normale. Lèpre paucibacillaire (PB).



7. Cette femme a une seule lésion, en relief, bien limitée sur la joue droite, avec perte de sensibilité. Lèpre paucibacillaire (PB). Sur les lésions précoces et plates (macule) du visage, il peut être difficile de mettre en évidence une perte certaine ou une diminution de la sensibilité.



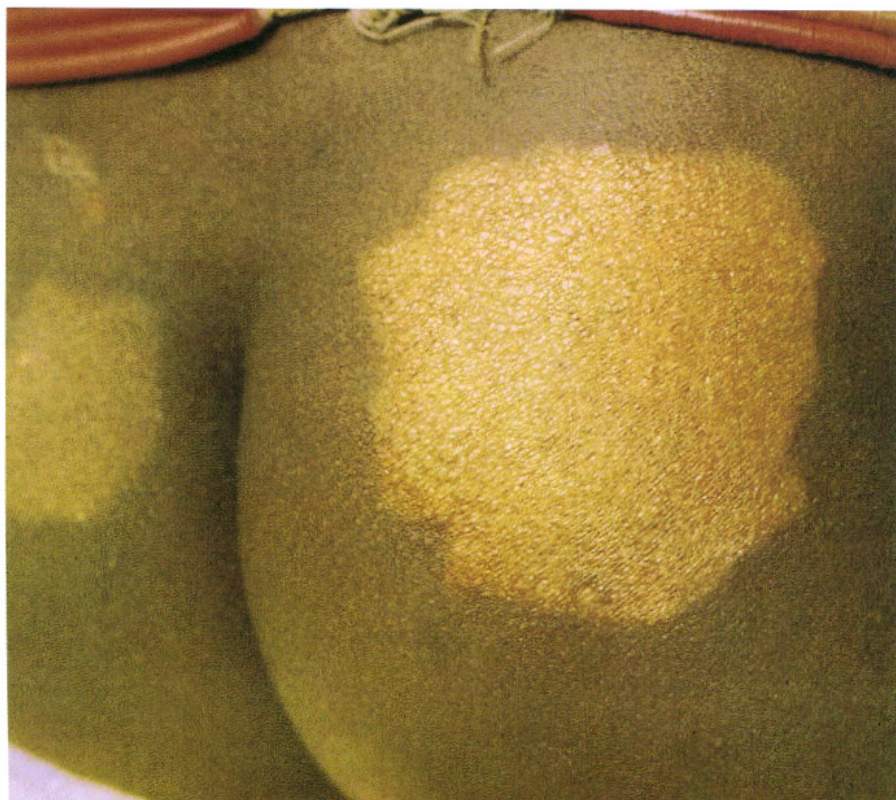
8. Cette photo montre une lésion rouge, à bords surélevés sur la face supérieure du pied et de la cheville. Il y avait, au niveau de cette lésion, une perte totale du tact (absence de la perception du coton) et de la sensibilité à la piqûre. Lèpre paucibacillaire (PB).



9. Ce garçon présente une lésion au niveau de l'épaule gauche avec diminution de la pigmentation (hypopigmentation), et une tendance à développer des petites lésions « filles » ou « satellites » au delà de la bordure principale. Il y a une perte nette de la sensibilité au coton et à la piqure. Lèpre paucibacillaire (PB).



10. Il s'agit d'une grande lésion bien délimitée au niveau de la fesse gauche. La bordure est surélevée et ferme à la palpation. Perte nette de la sensibilité au coton et à la piqûre, particulièrement vers les bords de la lésion. Lèpre paucibacillaire (PB).



11. On montre ici une lésion évidente, bien limitée, au niveau de la fesse droite, accompagnée de deux lésions moins visibles sur la fesse gauche. Au niveau de la lésion principale, une perte nette de la sensibilité a été mise en évidence. Lèpre paucibacillaire (PB).



12. On voit deux lésions bien délimitées, avec diminution marquée de la couleur normale de la peau (hypopigmentation). La perte de la sensibilité au coton et à la piqure d'une aiguille a été facilement mise en évidence. Lèpre paucibacillaire (PB).



13. L'aspect de la lésion sur la face postérieure de la partie supérieure du bras est particulièrement évocatrice de lèpre. C'était sa seule lésion et celle-ci a montré une perte nette de sensibilité au coton et à la piqûre d'une aiguille. Le nerf cubital du côté atteint était normal. Lèpre paucibacillaire (PB).

Son sourire suggère qu'elle n'est pas trop contrariée par le diagnostic de lèpre. L'agent de santé lui a sans doute expliqué qu'elle sera guérie par une polychimiothérapie de 6 mois (PCT : voir pages 6 et 7). Une bonne communication entre l'agent de santé et le malade est essentielle dans la prise en charge de la maladie.

2. Cas de lèpre multibacillaire (MB)

14. Ce petit garçon a de nombreuses taches pâles disséminées sur les fesses et le tronc et il y en a beaucoup plus sur la face antérieure du corps et des membres. Il faut noter qu'au niveau des taches ou autres lésions de lèpre, la couleur normale de la peau (pigmentation) est **atténuée** mais le pigment n'a pas complètement disparu. La **perte** du pigment (dépigmentation) se rencontre dans le vitiligo (voir page 57) et dans certaines autres maladies de peau. Le nombre total de lésions que l'on voit ici est bien évidemment supérieur à 5 et certains nerfs périphériques sont atteints. Lèpre multibacillaire (MB).





15. On voit ici, entre les fesses, une lésion étendue avec diminution de la pigmentation (hypopigmentation), ainsi que des lésions « filles » ou « satellites » au delà des bords de la lésion principale et d'autres lésions en haut et à droite de la photo. Trois autres lésions cutanées ont été notées et deux nerfs périphériques sont atteints. Ces lésions avaient perdu la sensibilité au test du coton et de la piqure. Lèpre multibacillaire (MB).



16. On voit, sur les fesses et le bas du dos, de nombreuses lésions de coloration discrètement cuivrée. Bien qu'il n'ait pas été facile de le prouver, certaines des plus grandes taches présentaient une perte de la sensibilité au test du coton. Les frottis cutanés étaient positifs. Lèpre multibacillaire (MB).



17. Le malade présente de nombreuses lésions « à l'emporte pièce » sur les fesses et les jambes, ainsi que beaucoup d'autres lésions identiques sur le tronc et les bras. Les frottis cutanés étaient positifs. La plupart des lésions ont montré une perte de la sensibilité au test du coton et il y avait, par ailleurs, trois nerfs périphériques augmentés de volume. Lèpre multibacillaire (MB).



18. C'est une prise de vue, en gros plan, d'un autre malade, ayant des lésions similaires à celles de la photo 17. La région centrale « immune » a montré une sensibilité diminuée au test du coton et de la piqûre et les frottis cutanés au niveau des lésions rouges en relief étaient positifs. Lèpre multibacillaire (MB).



19. Un autre malade avec des lésions cutanées semblables à celles des photos 17 et 18. Les anneaux irréguliers circulaires ou ovalaires et le centre des lésions « à l'emporte pièce » sont caractéristiques de cette forme de lèpre et pratiquement jamais vus dans les autres maladies de peau. Le diagnostic a été confirmé par la mise en évidence de la perte de sensibilité au niveau des anneaux en relief et de certaines des zones centrales de peau apparemment normale. Lèpre multibacillaire (MB).



20. Ce malade a de nombreuses taches rouges, en relief, sur le tronc et les membres, ainsi que plusieurs autres sur le visage. Certains nerfs périphériques sont augmentés de volume et les frottis cutanés sont positifs. Certaines lésions présentent une discrète perte de sensibilité au test du coton. Lèpre multibacillaire (MB).



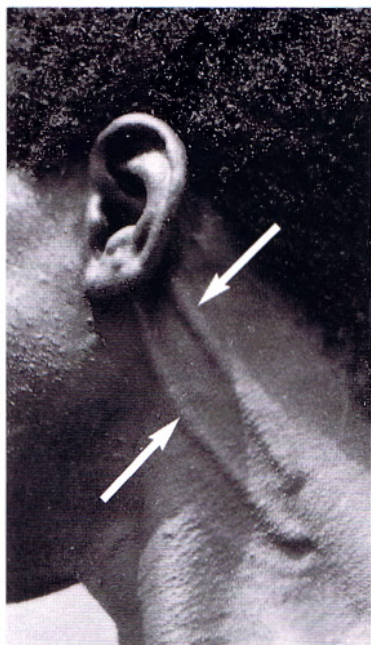
21. C'est le dos du patient montré sur la photo 20. Dans cette forme de lèpre MB, les lésions sont typiquement surélevées, avec des bords qui descendent en pente jusqu'au niveau de la peau, donnant ainsi un aspect de « soucoupe renversée ». Cet aspect contraste avec celui d'un grand nombre des lésions PB montrées sur les photos de 1 à 13. Lèpre multibacillaire (MB).



22. La totalité du dos et la plus grande partie de la surface des bras présente des lésions plates (macules) symétriquement réparties. Les frottis cutanés étaient fortement positifs. Il n'a pas été possible de mettre en évidence une perte de sensibilité au niveau de ces lésions mais les frottis étaient fortement positifs et trois nerfs périphériques étaient augmentés de volume. Lèpre multibacillaire (MB).



23. Ce garçon présente une lèpre MB active avec des lésions sur le visage et le cou et de nombreuses petites tuméfactions (nodules) arrondies ou ovalaires au niveau de l'oreille droite. L'autre oreille était atteinte de façon similaire. Dans cette forme de lèpre, il faut toujours examiner les pavillons des oreilles. Dans certains cas, ils sont le site principal, ou même le seul, de formation de tuméfactions et /ou de nodules. Lèpre multibacillaire (MB).



LEPRE NERVEUSE (NEUROLOGIQUE)

Sur la photo de gauche, on voit, au niveau du cou, des nerfs augmentés de volume. C'est un signe clinique habituel de la lèpre. Des nerfs manifestement augmentés de volume, comme ceux montrés ici, sont d'une grande valeur pour poser le diagnostic de lèpre, car une telle hypertrophie ne se rencontre pas dans d'autres affections.

La photo du dessous permet de rappeler que, dans certains pays, particulièrement en Inde, les patients peuvent présenter un épaississement des nerfs, mais sans lésion cutanée : « Lèpre purement nerveuse ».



Le nerf marqué d'une flèche est le nerf péronier superficiel, au dessus de la face dorsale du pied et au niveau de la partie basse de la jambe, mais dans la lèpre purement nerveuse, les nerfs classiquement atteints sont le cubital, le sciatique poplité externe, le médian, le tibial postérieur et le facial. Cette forme de lèpre ne devrait pas être diagnostiquée et traitée sans être référée à un médecin expérimenté ou à un service de référence.

LES REACTIONS

- En dehors des formes de lèpre généralement rencontrées en routine, illustrées par les photos des pages 11 à 33, les personnels et bénévoles de la santé de terrain devraient être capables de reconnaître et de référer les patients en réaction.
 - Les réactions lépreuses se manifestent quand le système immunitaire, pour des raisons inconnues, réagit contre l'infection bactérienne.
 - Loin d'être bénéfiques, ces réactions entraînent souvent des dommages au niveau de la peau, des nerfs et autres tissus.
 - Les lésions cutanées deviennent tuméfiées, chaudes, rouges et douloureuses. Une ulcération peut se manifester.
 - Plus grave, les nerfs sont aussi inflammatoires et épaissis et les lésions de certaines fibres nerveuses peuvent entraîner une atteinte de la sensibilité et de la motricité.
 - Dans certains cas, de telles lésions peuvent survenir soudainement, soit au moment du diagnostic, soit durant le traitement ou même après la fin du traitement.
 - Les photos suivantes sont présentées pour aider les agents de santé de terrain et les bénévoles à **reconnaître les réactions** et à référer le malade pour avis dans un service spécialisé.
 - Dans les pages suivantes, les réactions sont classées en Type 1 (réverse ou **upgrading**) et en Type 2 (ENL).
-

Les réactions de type 1 (syn. Réverse, Upgrading)



1. La photo montre une tache étendue de lèpre paucibacillaire (PB) sur le visage et l'oreille avec épaississement du nerf grand auriculaire au niveau du cou (flèche). Une réaction s'est développée soudainement après le début de la PCT. La lésion initiale est devenue tuméfiée, douloureuse et tendre. La photo permet de rappeler l'importance de l'**atteinte nerveuse** dans les réactions de type 1. Il se trouve que le grand auriculaire montré ici a une importance clinique limitée mais si les nerfs périphériques au niveau des membres ou ceux intéressant la région des yeux sont atteints, la perte de sensibilité et/ou de la motricité peuvent se manifester, parfois très rapidement. Consultez votre superviseur ou les consignes nationales concernant l'emploi des analgésiques, anti-inflammatoires ou stéroïdes (prednisolone), en fonction de la sévérité de la réaction. Réaction de type 1.



2. Cette large plaque paucibacillaire (PB) était à l'origine presque plate, mais est devenue tuméfiée et rouge, particulièrement autour des bords. Cette modification était due à une réaction de type 1. Comme on le voit ici, les signes cutanés sont frappants et permettent le plus souvent de diagnostiquer et traiter cette complication de la lèpre, mais le risque de **lésions nerveuses**, avec atteinte au niveau des mains, des pieds ou des yeux, est encore plus important. Ces cas de réaction sont mieux traités, quand cela est possible, dans un centre de référence, mais consultez le guide des consignes de votre pays au sujet du traitement d'urgence des cas discrets ou sévères. Réaction de type 1.



3. Les lésions surélevées, tuméfiées, tendres et douloureuses, vues ici, particulièrement sur les mains et les doigts, se sont manifestées au cours du traitement d'une lèpre multibacillaire (MB). Une réaction de cette étendue et de cette gravité est mieux prise en charge dans un centre de référence ou un service spécialisé, si celui-ci est disponible, mais consultez le guide national des consignes concernant les différentes mesures à prendre. Réaction de type 1.



4. Des lésions rouges, en relief, sont vues au dessus et au dessous du nombril, chez un patient ayant une lèpre multibacillaire (MB). Il y avait de nombreuses autres lésions d'une réaction de type 1 sur le tronc et les membres. De telles réactions peuvent survenir brutalement et, comme nous l'avons déjà précédemment souligné, c'est **l'atteinte nerveuse périphérique** qui est le problème le plus préoccupant. Réaction de type 1.

Les réactions de type 2 (syn. ENL)



1. On voit de nombreuses lésions cutanées et sous-cutanées, pour la plupart rouges et en relief, avec par endroits la formation de pustules et d'ulcérations. L'érythème noueux lépreux (ENL) est une complication fréquente des formes de lèpre MB proches du pôle lépromateux du spectre immunologique. Les poussées d'ENL, habituellement d'une durée de deux semaines, sont souvent accompagnées de fièvre, malaise, douleur au niveau des nerfs, atteinte articulaire et complications oculaires. Les cas modérés peuvent être pris en charge sur le terrain (consultez votre manuel national de traitement) mais les cas sévères ou persistants sont mieux pris en charge dans un service de référence ou un centre spécialisé. Réaction de type 2.



2. Les nodules d'ENL, de couleur rosée, se localisent souvent sur le visage et les membres mais peuvent être généralisés, comme on le voit ici chez un patient qui avait des lésions sur toute la région du tronc. Dans certains cas, les nodules d'ENL peuvent devenir vésiculeux, pustuleux, bulleux ou nécrotiques et entraîner une ulcération avec importante lésion tissulaire. Les cas modérés peuvent être pris en charge sur le terrain, mais ceux avec signes sévères et/ou atteinte de nerfs périphériques, des yeux ou des testicules, sont habituellement mieux pris en charge dans un centre de référence ou un service spécialisé. Réaction de type 2.

INFIRMITES – MUTILATIONS

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT TARDIFS DE LA LÈPRE : INFIRMITES ET MUTILATIONS

- Si la lèpre est détectée et diagnostiquée précocément, la polychimiothérapie (PCT : voir pages 3 à 7) guérira la maladie et préviendra infirmités et mutilations.
- Si elle est diagnostiquée tardivement et, soit non traitée, soit traitée de façon inadéquate, divers nerfs seront atteints, conduisant à une perte de sensibilité et de la force musculaire.
- Les photos suivantes illustrent les conséquences des diagnostics et traitements tardifs. Elles permettent, dans ce Nouvel Atlas, de souligner le rôle crucial de la détection et du traitement précoces dans la prévention des infirmités et mutilations.
- Les mutilations sont des complications des lèpres non traitées ou mal traitées. Malheureusement, à cause de l'ancienneté de l'atteinte des fibres nerveuses, elles ne répondent pas à la polychimiothérapie (PCT). Cependant, une réelle identification de ces situations est indispensable, de façon à intensifier les activités de détection des nouveaux cas, tant chez les contacts familiaux que chez les gens de l'entourage du patient.



1. Mains. La photo du haut, prise dans un village, illustre :

- (a) des mains en « griffe », particulièrement la gauche, conséquence de lésions nerveuses, faiblesse musculaire et contractures, et
- (b) des brûlures et cicatrices sur les doigts des deux mains, dues à la perte de sensibilité. Le patient avait consulté tardivement. Au moment du diagnostic, il avait une atteinte évidente des nerfs médian et cubitaux des deux côtés. La polychimiothérapie a arrêté l'évolution de son infection bactérienne, mais n'a eu que peu ou pas du tout d'efficacité sur les infirmités déjà existantes.

La photo du bas montre un « poignet tombant » dû à l'atteinte du nerf radial, au niveau du bras, chez un jeune garçon ayant une lèpre MB active.

2. Pieds. La photo de droite montre un « pied tombant » gauche complet du à l'atteinte, pendant une réaction, du nerf sciatique poplitée externe au niveau de la jambe. Le patient s'est présenté en réaction, avec une faiblesse musculaire et une perte de la sensibilité.



La photo de gauche montre la face plantaire du pied d'un patient, avec ulcération à la base du gros orteil, au niveau d'un des principaux points d'appui à la marche. Il y a aussi une mutilation et certains orteils en « griffe ». Il avait consulté tardivement avec déjà une atteinte du nerf périphérique qui détermine la sensibilité et la motricité du pied. Un **DIAGNOSTIC PRECOCE** et un traitement par la **PCT** aurait **PREVENU** cette complication.



3. Visage et yeux. **Photo du haut :** lèpre MB active, avec épaissement (infiltration) et aspect brillant de la peau du visage. Les deux oreilles montrent une infiltration et des nodules. Les sourcils ont disparu (« madarose » : habituelle dans ce type de lèpre MB très ancienne, rare dans les autres maladies). **Photo en bas à gauche :** lèpre MB nodulaire active avec affaissement du cartilage du nez (flèche). **Photo en bas à droite :** les patients âgés avec une longue histoire de lèpre ont un plus grand risque de complications oculaires et de cécité. Ce patient ne peut pas fermer les yeux pour les protéger (« lagophtalmie »), suite à l'atteinte des deux nerfs faciaux. C'est, dans la lèpre, la complication oculaire la plus courante. L'absence de protection de la cornée (enveloppe antérieure de l'œil) peut entraîner infection et ulcération.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

(DERMATOSES NON LÉPREUSES)

Certaines des photos, particulièrement celles qui illustrent des maladies de peau « communes » ou fréquentes, peuvent être utiles pour les agents de santé du niveau périphérique.

Les autres maladies de peau moins fréquentes ont été incluses car ce **NOUVEL ATLAS DE LA LÈPRE**, étant donné l'importance de sa diffusion et de son utilisation, peut aussi intéresser des personnels expérimentés des structures de santé gouvernementales ou non gouvernementales, des médecins qualifiés du district ou du niveau de référence et des dermatologues.

Ne pas garder la lèpre présent à l'esprit serait grave, car le risque de sous-diagnostic est grand (diagnostic manqué). Un diagnostic abusif ou erroné est également grave et cela peut se produire fréquemment dans des programmes qui comprennent des activités intensives de dépistage pendant une période limitée. Plus particulièrement dans ces circonstances, l'OMS a recommandé :

«... il faudrait mettre davantage l'accent sur la spécificité du diagnostic et il est maintenant devenu important que chaque nouveau cas détecté soit minutieusement investigué pour faire un diagnostic exact de la maladie et si possible identifier le(s) cas index ».

Nous avons réparti les photos en deux groupes :

(a) Celui des dermatoses relativement « communes » (de diagnostic facile) qui se rencontrent fréquemment dans la plupart des pays (1 à 15) et

(b) Celui des dermatoses plus rares, y compris certaines qui peuvent être rarement vues dans certaines régions, surtout pour rappeler le large éventail des maladies de peau (dermatologiques) qui peuvent dans diverses circonstances être source de confusion et conduire à des diagnostics erronés (16 à 25).

Dermatoses communes fréquentes



1. **Tache de naissance.** Classiquement unique ou en petit nombre. Présente depuis la naissance, sans modification pendant de longues périodes d'observation. Les bords peuvent être très nettement dessinés et irréguliers, comme on le voit ici. Hypopigmentée, mais avec sudation et sensibilité normales. Parfois appelée naevus anémique ou naevus achromique.



2. Tache de naissance. Région de l'épaule gauche. Présente depuis la naissance ; sensibilité et sudation normales. Interroger les parents et les proches de la famille pour avoir des précisions sur la date d'apparition de la lésion ; rechercher une perte ou une diminution de la sensibilité.



3. Hypochromie post-inflammatoire. La diminution du pigment à l'endroit d'une lésion antérieure (parfois même récente) secondaire à une plaie traumatique ou de simples lésions inflammatoires, comme on le voit ici, est fréquente et peut quelquefois simuler une lèpre débutante. Interroger le malade et la famille ; rechercher une perte ou une diminution de la sensibilité.



4. Cicatrices (chéloïdes). Les cicatrices sont fréquemment observées chez les malades en zone d'endémie lépreuse. Elles peuvent être secondaires à des coupures, brûlures ou simples traumatismes. Celles que l'on voit sur la photo ci-dessus ont été consécutives à l'application d'un remède traditionnel. Certaines cicatrices peuvent présenter une perte de sensibilité et ressembler à une lésion de lèpre PB.



5. Dermite de contact. Un très grand nombre de substances, comprenant colorants, savons, détergents, cosmétiques, plantes, plastiques, etc. peuvent être à l'origine d'une dermite de contact. Contrairement à la lèpre, le prurit est fréquent, particulièrement aux phases de début. Il peut être intense et entraîner des lésions de grattage et une surinfection. La sensibilité, la sudation et l'examen des nerfs périphériques sont tout à fait normaux.



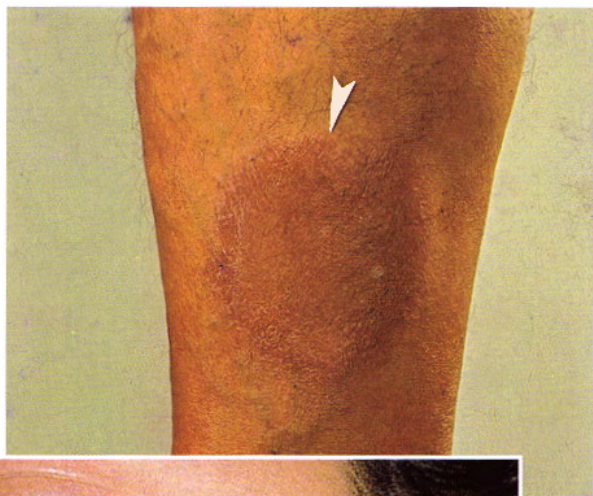
6. **Dermite séborrhéique.** Les lésions sont disséminées, squameuses et prurigineuses. Le cuir chevelu peut être atteint, avec des lésions derrière les oreilles. La sensibilité et la sudation sont normales et l'affection répond à un traitement simple.



7. Dermite lichénoïde. Parfois les lésions sont arrondies et ressemblent à des pièces de monnaie (aspect nummulaire). Ces lésions très prurigineuses et squameuses avec une diminution de la pigmentation (hypo-pigmentation) peuvent ressembler à certaines formes de lèpre paucibacillaire (PB). La sensibilité et la sudation sont absolument normales et il n'y a aucun autre signe en faveur du diagnostic de lèpre.



8. **Pityriasis versicolor.** Une dermatose très fréquente sous les tropiques. Les lésions squameuses, bien délimitées, sont souvent largement éparpillées sur le tronc, le cou et les bras. Elle est fréquemment rencontrée chez les malades atteints de lèpre. La sensibilité et la sudation sont normales ; les éléments fungiques (levures) sont facilement vus au microscope.



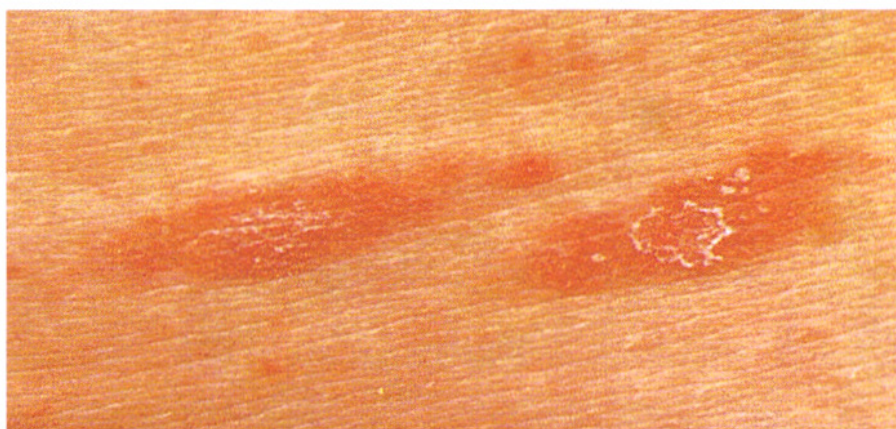
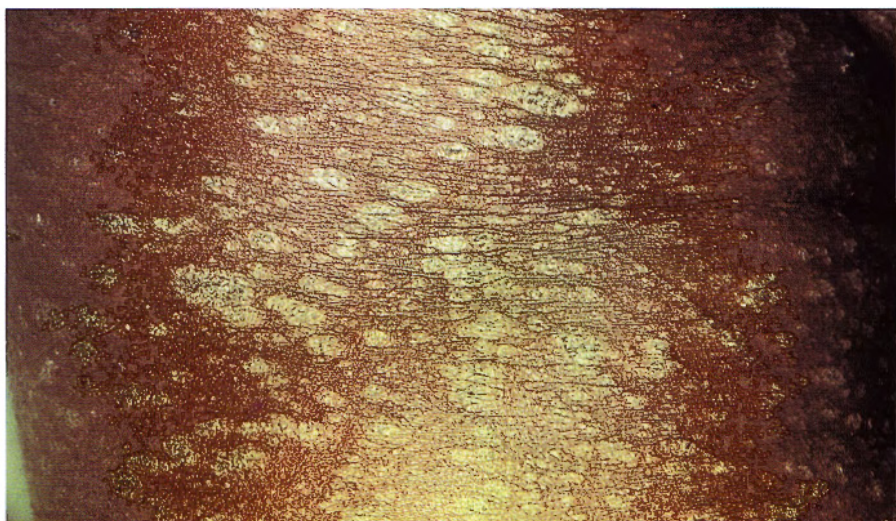
9. Dermatophytie (mycose) ou tinea circinata. Les lésions typiques sont vues, ici, sur le visage et une jambe. La sensibilité et la sudation sont normales. C'est une mycose qui répond bien à un simple traitement antifongique.



10. Dermatophytie (mycose) ou *tinea corporis*, au dessus de l'ombilic (avec un léger relief). Cette lésion en relief, squameuse, sans troubles de la sensibilité ni de la sudation, est d'origine fongique et répond au traitement local avec n'importe quel antifongique disponible.



11. Vitiligo. Les lésions complètement blanches vues ici sont dues à une dépigmentation (c'est-à-dire une perte totale de la pigmentation), donc différentes des lésions hypopigmentées (diminution du pigment), beaucoup plus typiques de la lèpre. Cependant, à un stade précoce de cette inesthétique affection, une perte incomplète de pigment peut prêter à confusion avec la lèpre. La sensibilité, la sudation et la texture de la peau sont normales.



12. Pityriasis rosé (de Gibert). Se rencontre typiquement chez les adolescents ou jeunes adultes. Les lésions du « pityriasis » sont rouges avec au centre, une collerette de fines squames. L'affection commence souvent par une tache initiale (photo du bas) plus grande que les lésions secondaires qui, elles, sont largement disséminées, particulièrement sur le tronc. La sensibilité, la sudation et les nerfs périphériques sont normaux.



13. Psoriasis. Les lésions typiques montrées ici sont habituellement prurigineuses, nombreuses et symétriques. Les lésions traitées peuvent simuler certaines formes de lèpre paucibacillaire (PB) ; à l'inverse, certaines lésions de lèpre PB en réaction (voir pages 36 et 37) peuvent ressembler à celles du psoriasis.



14. Granulome annulaire. Comme on le voit ici, les lésions peuvent vraiment ressembler à celles de certaines formes de lèpre PB. Cette dermatose affecte principalement les enfants et les jeunes adultes. La photo du haut montre la forme localisée habituelle. La photo du bas illustre une forme disséminée, beaucoup moins fréquente. Le groupement des papules ou des nodules donne un aspect d'anneau (annulaire). Ces lésions ne sont associées à aucun autre symptôme et il n'y a pas de nerfs périphériques augmentés de volume. La sensibilité et la sudation sont normales.



15. Lichen plan. Maladie de la peau et des muqueuses relativement fréquente. Elle peut affecter n'importe quelle partie du corps, mais plus particulièrement les poignets, la région lombaire et les chevilles. Comme on le voit ici, les lésions ont une coloration violette évidente et peuvent laisser, après la régression des lésions, des zones hyperpigmentées (anormalement noires). La sensibilité et la sudation sont normales.

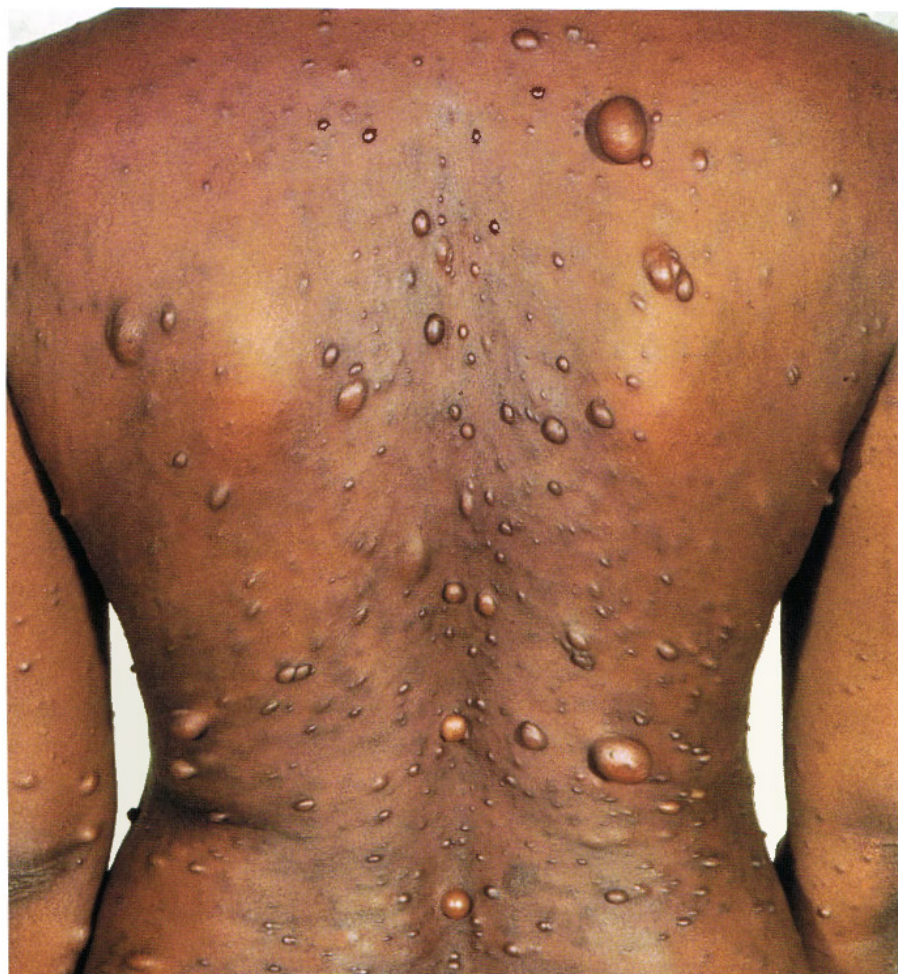
Dermatoses non lépreuses – dermatoses plus rares

Une check-list pour les agents superviseurs, les responsables de programmes et les centres de référence lèpre.

Les photos précédentes (de 1 à 15) illustraient des affections fréquentes, simples, relativement banales.

Celles qui suivent (de 16 à 25) concernent des affections moins communes dont certaines peuvent même être rares dans certaines régions. Elles sont là essentiellement pour rappeler les nombreuses affections qui peuvent ressembler à (ou simuler) la lèpre.

- Toutes les affections montrées ici ont été rapportées comme ayant donné lieu à un diagnostic erroné de lèpre.
 - On espère qu'au moins certaines de ces photos vous aideront à éviter cette erreur qui peut avoir de graves conséquences pour le patient lui-même et pour sa famille. Comme cela a été précisé plus haut, il est important pour vous de savoir quelles sont les affections qui, dans votre région, peuvent prêter à confusion.
 - Comme pour la liste des références et des ouvrages recommandés (pages 74 à 76), les photos de 16 à 25 d'affections rares sont incluses dans ce **NOUVEL ATLAS DE LA LEPRE**, principalement pour en faire bénéficier les agents superviseurs, les enseignants et formateurs, les hôpitaux de districts et les centres de référence.
-



16. Neurofibromatose (Maladie de Recklinghausen). Multiples lésions nodulaires, molles et pouvant devenir pédiculées (pendantes). Les nerfs périphériques, typiquement atteints dans la lèpre ne sont pas atteints. Les frottis cutanés sont négatifs. Parfois la maladie se manifeste par des taches brunes disséminées (« café au lait »). Dans quelques cas rares, une biopsie peut être nécessaire pour confirmer le diagnostic.



17. Sarcoidose. Les lésions peuvent présenter des aspects extrêmement variables et certaines peuvent absolument ressembler à celles de la lèpre. Cette femme a une seule plaque, légèrement hypopigmentée et recouvrant la plus grande partie du côté gauche du visage, avec une certaine infiltration et des petits nodules sur la narine. La sensibilité était normale et il n'y avait pas d'épaississement des nerfs proches de la lésion, ni des nerfs périphériques typiquement atteints dans la lèpre.



18. Lupus vulgaire (tuberculose cutanée). Les manifestations cutanées sont variables et peuvent être confondues avec celles de la lèpre, ressemblant à certaines formes de lèpre PB. Les lésions sont bien délimitées rouges (érythémateuses), infiltrées, s'agrandissant lentement, asymptomatiques, mais avec tendance à l'ulcération et à la formation de cicatrices. Les nerfs ne sont pas atteints et (sauf au niveau des cicatrices) les lésions ne présentent pas de trouble de la sensibilité. Chez cette petite fille, une lésion s'est développée sur le bras mais, le plus souvent, les régions atteintes sont le visage, le cou et les fesses.



19. Lupus érythémateux discoïde. Les photos montrées ici proviennent de deux malades différents. La photo du dessus montre une disposition caractéristique des lésions du visage en « aile de papillon » (ou de « chauve souris »), avec une certaine tendance à la dépigmentation (perte de pigment). On voit, sur la photo du dessous, que cette dépigmentation est beaucoup plus accentuée au niveau des lésions sur le haut de la cage thoracique et les épaules. La sensibilité et la sudation sont normales et les nerfs périphériques ne sont pas atteints.



20. **Xanthomatose.** Affection rare mais les nodules, comme ceux vus ici, peuvent prêter à confusion. Cette maladie est habituellement associée à un taux élevé de cholestérol sanguin et apparaît le plus souvent chez les jeunes. La région du coude est une localisation habituelle des nodules.



21. Leishmaniose cutanée. Le patient (en haut, à droite) présente des lésions de leishmaniose disséminée qui ressemblent à celles de certaines formes de lèpre multibacillaire (MB). L'autre patient (en bas, à gauche) présente des lésions nodulaires de leishmaniose cutanée post-Kala-azar qui peuvent également être confondues avec une lèpre. La leishmaniose est observée dans certaines régions du monde. C'est un bon exemple de l'importance de connaître les maladies qui, dans votre région ou pays, peuvent poser un problème de diagnostic différentiel avec la lèpre.



22. Granulome multiforme. Cette affection qui ressemble parfaitement à la lèpre a été initialement décrite au Nigéria où elle est plus particulièrement observée, mais elle a été occasionnellement rencontrée ailleurs. On n'en connaît pas la cause ; il est possible qu'il s'agisse d'une variante du granulome annulaire (voir photo 14, page 60). Au stade de début, les lésions sont prurigineuses (ce qui n'est pas habituel dans la lèpre). Les lésions disparaissent plus ou moins rapidement et ne répondent à aucun traitement. La sensibilité la sudation et les nerfs périphériques sont normaux.



23. Pellagre. Les lésions peuvent simuler celles d'une lèpre paucibacillaire (PB) en réaction (voir Réactions). Elles sont typiquement symétriques, sans autres symptômes et souvent associées à une malnutrition, à l'alcoolisme et la pauvreté. La sensibilité, la sudation et les nerfs périphériques sont normaux. Les lésions (ainsi que la maladie elle-même) répondent rapidement au traitement par l'acide nicotinique.



24. Lymphome. (Aussi appelé mycosis fongoïde, granulome fongoïde ou lymphome cutané à cellules T). Ces photos permettent de rappeler que les nodules brillants typiques, vus ici sur le visage, peuvent parfois poser un problème de diagnostic différentiel avec la lèpre. Cette affection se manifeste le plus souvent chez les adultes de sexe masculin et est habituellement mortelle.



25. Maladie de Kaposi (ou Sarcome de Kaposi). Diverses formes de cette affection maligne peuvent se rencontrer dans les régions où la lèpre est endémique, certaines d'entre elles étant en rapport avec le VIH / SIDA. Les lésions montrées ici ont été observées sur deux malades différents. Les lésions de l'avant-bras (photo du haut) sont celles d'un patient qui est mort ensuite du SIDA. Les nodules vasculaires, de couleur « bleu dur », saignent facilement. Les pieds (photo du bas) et les mains sont les localisations les plus fréquentes. La sensibilité, la sudation et les nerfs périphériques sont normaux.

Remerciements

Nous sommes extrêmement reconnaissants aux personnes et institutions suivantes, d'avoir autorisé la publication des images et diapositives de leurs collections :

1. The Leprosy Mission International, 80 Windmill Road, Brentford, Middlesex, TW8 0QH, United Kingdom (Sommaire, Préface (page en regard), pp. 8, 9, 11, 12, 23, 24, 27, 38, 57).
2. Dr Peter Stingl, Lechbrucker Strasse 10, 86989 Steingaden, Germany et Cassella-Riedel Pharma GmbH, Frankfurt am Main, Allemagne, éditeurs de *Dermatosen im Bild*, 1984 (pp. 18, 20, 21, 43 (en bas), 47, 48, 50, 54, 56).
3. Professeur S.J. Yawalkar, anciennement Ciba-Geigy Ltd, Bâle, Suisse et la Fondation Novartis pour un Développement Durable, Bâle, Suisse (pp. 33, 34 (en bas), 39, 45 (en haut), 55 (en bas), 58 (en bas), 59 (gauche), 60 (haut), 65, 66 (haut), 68, 70, 71, 72 (haut)).
4. Leprosy Elimination Group, Strategy Development and Monitoring for Eradication and Elimination, Organisation Mondiale de la Santé, CH- 1211, Genève 27, Suisse (pp. 3, 15).
5. Professeur W. Jacyk, Department of Dermatology, University of Pretoria, PO Box 667, 0001 Pretoria, Republic of South Africa et The German Leprosy Relief Association, Würzburg, Allemagne (pp. 16, 52, 53, 58 (haut), 60 (bas), 61, 63, 64, 66 (bas), 69, 72 (haut)).
6. Dr A. Thomas, Chittagong Leprosy Control Project, The Leprosy Mission, Bangladesh, India (pp. 17, 30, 31, 37).
7. Dr T.T. Fajardo, Leonard Wood Memorial – Eversley Childs Sanatorium Laboratory for Leprosy Research, Cebu, Philippines (pp. 13, 28, 32, 40, 49, 51, 67).
8. International Centre for Eye Health, Institute of Ophthalmology, 11 – 43 Bath Street, London, EC1V 9EL. Professeur I.S. Roy et Dr S. Samanta, West Bengal, India (p. 45 en bas à droite).
9. E. Nunzi et D.L. Leiker, A manual of Leprosy, OCSI, Bologna, Italie, 1990 (p. 72 en bas).
10. American Leprosy Mission, Inc., 1 ALM Way, Greenville, SC 29601, USA (p. 36).
11. W.H. Jopling, précédemment Hospital for Tropical Diseases, London, United Kingdom (p. 22).

Les illustrations de plaquettes thermoformées aux pages 4 à 7 ont été fournies par Novartis, Bâle, Suisse. Les photos du revers des plaquettes ont été fournies par Chris Walter, Grosveno Studios, Abingdon, Oxon, UK.

Toutes les autres images viennent de la collection du premier auteur (A. Colin McDougall).

Références bibliographiques et documentation complémentaire

Leprosy Elimination Group, Organisation Mondiale de la Santé, CH-1211, Genève 27, Suisse.

1. Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes. Report of a WHO Study Group. TRS 675, 1982.
2. WHO Expert Committee on Leprosy, Seventh Report. TRS 874, 1998.
3. Chemotherapy of Leprosy, Report of a WHO Study Group. TRS 847, 1994.
4. Risk of Relapse in Leprosy. WHO/CTD/LEP/94.1.
5. Progress towards Leprosy Elimination. WHO Weekly Epidemiological Record, June 1997.
6. Global Strategy for the Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. WHO/CTD/LEP/94.2.
7. A Guide to Leprosy Control. Second Edition. WHO, Geneva, 1988.
8. Managing Programmes for Leprosy Control. WHO Training Modules, 1993.
9. Prevention of Disabilities in Patients with Leprosy. A Practical Guide. WHO, Geneva, 1993.
10. Elimination of Leprosy, Questions and Answers. WHO/CTD/LEP/96.4.
11. MDT — Questions and Answers, WHO/CTD/LEP/97.8.
12. Guidelines for Personnel in Collection of Skin Smears in Leprosy Control Programmes for the Prevention and Control of Possible Infection with HIV. WHO/CDS/LEP/87.1 Rev 1.
13. On Being in Charge — A guide to management in primary health care. Second Edition, WHO, Geneva, 1992.
14. Leprosy Elimination Campaigns (LEC) and Special Action Projects for the Elimination of Leprosy (SAPEL). Questions and Answers. WHO/LEP/97.3.
15. Shortening Duration of Treatment of Multi-bacillary leprosy. WHO Weekly Epidemiological Record, May 1997.
16. The Final Push Towards Elimination of Leprosy. Strategic Plan 2000–2005. CDS/CPE/CEE/2000.1. WHO, 1211-Geneva 27, Switzerland.
17. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem. Second Edition 1997. WHO/LEP/97.7
18. Guide for General Health Workers to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem. First Edition 2000. CDS/CPE/CEE/2000.

Teaching and Learning Materials for Leprosy (TALMILEP), International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP), 234, Blythe Road, London, W14 0HT, Grande Bretagne.

Tel. : + 44 (0) 20 7602 6925

e-mail : ilep.org.uk

Fax : + 44 (0) 20 7321 1621

website : <http://www.ilep.org.uk>

1. Leprosy: A Bryceson and R E Pfaltzgraff (1989) — a readable reference book for medical students, general practitioners and physicians. Price £2.00
2. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem (1997), WHO — a pocket guide to diagnosis and management. FREE
3. Leprosy for Field Staff: Alison Summers (1993) — this excellent book is aimed at health workers in specialized leprosy programmes or general health workers who see leprosy on a regular basis. FREE
4. Atlas of Leprosy: Guinto *et al.* (1997) Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japan. This book of colour photographs is most suitable for use in areas such as East Asia where leprosy is seen in lighter skins. FREE

5. *Leprosy in Africans*: Jacyk (1986)* — a booklet containing colour photographs with short notes in English and French. Arabic translation available on request. A popular and practical reference guide for health workers. FREE
6. *Care of the Eye in Hansen's Disease*: M Brand (1993)* — outlines the management of eye complications in leprosy for ophthalmologists and other health workers. FREE
7. *Insensitive feet*: P Brand (1994) — a good background to the problems of insensitive feet. FREE
8. *Prevention of disabilities in patients with leprosy: a practical guide*. H Srinivasan (WHO, 1993) — for those involved in patient assessment, treatment and teaching self-care to people with leprosy. Price (for use in developing countries) £9.50
9. *Essential action to minimize disability in leprosy patients*: J Watson (1994)* — an excellent book with clear text and illustrations written for general health workers caring for people with leprosy. FREE
10. *Leprosy Surgery for General Hospitals*: H Srinivasan, WHO. FREE for use in developing countries
11. *Guide to health education in leprosy*: P J Neville (1993) — contains messages for patient education. FREE
12. *Don't treat me like I have leprosy*: Frist — a book about the history of leprosy and the importance of social issues. FREE

(* également disponible en français)

Ces livres et les versions complètes des autres documents peuvent être commandés directement à TALMilep. TALMilep est actuellement en train de revoir et d'actualiser tous ces documents, en conséquence certains titres pourront être remplacés par des nouveaux ou par des publications corrigées.

TALMilep distribue aussi pour la formation un catalogue de cours et un catalogue de vidéo qui passe en revue

les vidéos concernant la lèpre et donne des informations pour les commander.

Pour les personnes qui produisent localement des documents de formation concernant la lèpre en général ou des programmes combinés ou spécialisés, TALMilep peut aider en donnant des informations sur ce qui a été produit ailleurs et peut donner un avis technique et rédactionnel.

INFOLEP (de l'association Netherlands Leprosy Relief), organisation sœur de TALMilep, fournit des informations sur la littérature concernant la lèpre. Elle détient aussi une base de données de matériels disponibles sur la lèpre (y compris des documents en d'autres langues que l'anglais). INFOLEP peut être contactée à :

<http://infolep.antenna.nl> ou par e-mail à :

infolep@antenna.nl

Leprosy Division of the Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi

1. *Facilitators Guide. Training Programme for Primary Health Care Staff*, 1999 (paperback, 48 pages).
2. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of General Practitioners* (postcard size booklet, spiral binding, 36 pages).
3. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of Health Assistants and Other Supervisory Staff* (postcard size booklet, spiral binding, 36 pages).
4. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of Medical Offices Working, In Hospital/PHC/CHC and dispensaries* (postcard size booklet, spiral binding, 84 pages).
5. *Guidelines on Leprosy for Village Health Workers* (fold out photo card).

6. Clinical pictures, blister calendar packs for MDT, short explanatory text.

Teaching Aids at Low Cost (TALC) PO Box 49, St Albans, Hertfordshire, AL1 5TX, Grande Bretagne.

tel : +44 (0) 1727 853869 e-mail : talcuk@btinternet.com
fax : +44 (0) 1727 846852 website : <http://www.talcuk.org>

Livres

1. Leprosy for Medical Practitioners and Paramedical Workers: S Yawalkar, 1994. Provides basic information on leprosy and its treatment together with details of prevention, control and rehabilitation. For medical students and doctors. FREE with paid orders
2. Leprosy for Field Staff: A Summers, 1993. Ideal for health workers responsible for the diagnosis treatment and education of leprosy patients. Clearly written with many excellent illustrations. Price £1.00
3. Disabled Village Children: D Werner, 1994. A guide for community health workers, rehabilitation workers and families written especially for those who live in rural areas where resources are limited. Also available in Spanish. Price £10.95
4. I Can Do It Too (Child-to-Child Reader No 10. Level 2), 1989. Three stories which help children recognize that all children, handicapped or otherwise, have strengths and weaknesses. It shows disabled children how they can learn to overcome physical disabilities with the help and support of other children. Price £2.00
5. Techniques for the Care of Leprosy Patients: J Harris, 1993. A 30-page workbook with checklists of 30 important tasks relating to patient care. FREE with paid orders

Diapositives

1. Care of the Nerve Damaged Limb: (LPN)1986. Describes how leprosy can cause nerve damage to limbs, in order to teach patients how to care for their limbs and to preserve residual function. Also ideal for

health workers who care for those with nerve damage from any cause. Price £5.00 mounted, £7.00 file/folder or bar

2. Community Based Rehabilitation: (CBR) 1989. A general introduction to the needs of disabled children and their families, and the role of the CBR worker. Aimed at health and community workers concerned with the care of disabled children in Africa. £5.00 mounted, £7.00 file/folder or bar
3. Leprosy in Childhood: (LP) 1998. A general introduction to leprosy, with particular reference to children. Describes treatment with multi-drug therapy. Aimed at health workers in leprosy areas. Revised script. Price £5.00 mounted, £7.00 file/folder or bar

Wellcome Trust, Topics in International Health, London, Grande Bretagne

CD-ROM, couvrant les principaux aspects de la lèpre avec 10 travaux pratiques interactifs et environ 1000 photos. Il comprend : diagnostic, histopathologie et classification, cas cliniques et classification, prévention et contrôle, immunologie, épidémiologie, prise en charge physique et sociale. Pour les commandes et tous renseignements ; CABI Publishing, CAB International, Wallingford, Oxon, OX10 8DE, Grande Bretagne.

tel : +44 (0) 1491 832111 fax : +44 (0) 1491 829292
e-mail : publishing@cabi.org

**International Resource Centre
International Centre for Eye Health,
Institute of Ophthalmology, 11-43 Bath
Street, London, EC1V 9EL, Grande Bretagne**

tel : +44 (0) 207 608 6923 fax : +44 (0) 207 250 3207
email : eyesource@ud.ac.uk

Diapo textes sur la lèpre et l'œil. 24 diapositives avec texte sur la détection et le traitement des maladies de l'œil dans la lèpre.

**La réalisation de cet Atlas a été subventionnée par
The Nippon Foundation**



**日本財団
The Nippon Foundation**

**Éditée et financée par
Sasakawa Memorial Health Foundation,
Nippon Zaidan Bldg 5F, 1-2-2 Akasaka, Minato-ku,
Tokyo 107-0052, Japon**

Téléphone : + 81 (0) 3 6229-5377 ; Fax : + 81 (0) 3 6229-5388 ; e-mail : smhf@tnfb.jp

**et Association Française Raoul Follereau
31 rue Dantzig, BP 79, 75722 Paris cedex 15, France**

Téléphone : (33) (0)1 53 68 98 98 ; Fax : (33) (0)1 48 56 22 22 ; e-mail : follereau@raoul-follereau.org

Edition originale (en anglais) sous le titre « A New Atlas of Leprosy » en 2000.

Rééditée en 2001, 2002

Copyright © 2000, 2001, 2002 Sasakawa Memorial Health Foundation, Japon

Première édition en français 2003

Traduction : Pierre Bobin

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, quelle qu'en soit la forme ou les moyens, sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

British Library Cataloguing-in-Publication Data

Available on request from the publishers

Nombre d'exemplaires : Première impression : 50 000 exemplaires (en anglais) ;

deuxième : 60 000 (en anglais) ; troisième : 10 000 (en Portugais Brésilien) ;

quatrième : 40 000 (en anglais) et cinquième : 10 000 (en français)

**Recueil de documents, direction de la publication et contenu technique : A Colin McDougall,
Department of Dermatology, The Churchill Hospital, Headington, Oxford, OX3 7LJ, Grande Bretagne**

**Conception, production et gestion du projet : Spires Design Partnership, Elizabeth House,
Queen Street, Abingdon, Oxon OX14 3LN, Grande Bretagne**

Tel. : (+44) 1865 821529 email : spiresdesign@btconnect.com

UN NOUVEL ATLAS DE LA LEPRE

Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japon

L'ATLAS DE LA LEPRE a été publié, pour la première fois, en anglais, en 1981 et révisé en 1983. Pour répondre à une très forte et constante demande, il a été réimprimé 10 fois entre 1984 et 1987 et distribué dans pratiquement tous les pays d'endémie lépreuse du monde. Des versions en chinois, espagnol, français et arabe ont été publiées en 1986 ; en portugais et en indonésien, en 1990. Au total, 38 000 exemplaires de l'édition en anglais ont été imprimés, auxquels s'ajoutent les 23 000 exemplaires édités dans les autres langues.

L'objectif initial était de fournir des photos de très bonne qualité pour aider à la détection et au diagnostic. Ce **NOUVEL ATLAS DE LA LEPRE** garde ce même objectif, bien qu'il y ait eu des modifications, tant au niveau du contenu que de la présentation. L'Atlas initial contenait un chapitre sur l'histopathologie de la lèpre mais il a été ensuite supprimé. Presque toutes les photos de malades, initialement des Philippines, ont maintenant été remplacées par des photos de patients d'Inde et d'Asie du Sud-Est, puisqu'environ 75 % des cas de lèpre du monde se trouvent dans ces régions.

Par suite de la diminution de la prévalence dans la plupart des pays du monde, les occasions de voir des malades atteints de lèpre et d'acquérir des connaissances cliniques, deviennent de plus en plus rares. Avec l'évolution inévitable des programmes lèpre spécialisés vers une intégration dans les services de santé généraux, il sera encore plus important de fournir une information adéquate aux agents de santé périphériques, y compris des documents écrits et illustrés sur le diagnostic et le traitement de la lèpre.

Il faut espérer que ce **NOUVEL ATLAS DE LA LEPRE** apportera sa contribution non seulement au Plan stratégique, 2000-2005, du « coup de collier » final pour l'Élimination de la Lèpre (**Strategic Plan, 2000-2005, for the Final Push towards the Elimination of Leprosy**), récemment publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (CDS/CPE/CEE/2000.1), mais aussi à nos efforts constants, pendant encore de nombreuses années après 2005, pour atteindre notre but final :
UN MONDE SANS LEPRE.