

REPUBLIQUE DU RWANDA

MINISTERE DE LA SANTE

GUIDE LEPRE
POUR LES FORMATIONS
SANITAIRES DE BASE

2^{ème} Version

Réimpression Novembre 2015



A Healthy People. A Wealthy Nation

Contenu

1. Présentation, Vision, But, Stratégies de lutte contre la lèpre.....	1
2. Qu'est-ce que la lèpre ?.....	3
3. Quand devez-vous suspecter la lèpre ?	5
3.1 Interrogez la personne.....	5
3.2 Examinez la peau.....	6
3.3 Testez la sensibilité des taches cutanées.....	6
3.4 Palpez les nerfs.....	7
3.5 Testez la sensibilité des mains et des pieds.....	8
3.6 Quand un frottis cutané est-il nécessaire ?.....	9
4. Une fois le diagnostic posé, complétez l'examen clinique et remplissez la fiche du malade	10
4.1 Comptez le nombre de taches et classifiez le cas.....	10
4.2 Recherchez une atteinte nerveuse	10
4.3 Testez la vue de chaque oeil.....	11
4.4 Recherchez les signes de réaction lépreuse.....	11
4.5 Évaluez les invalidités.....	12
5. La prise en charge du malade.....	14
5.1 Définition des cas de lèpre pour l'enregistrement.....	14
5.2 La polychimiothérapie (PCT).....	14
5.3 Expliquez au malade ou à un accompagnant.....	14
5.4 Chaque mois administrez la dose supervisée.....	17
5.5 Que faire en cas d'effets secondaires des médicaments?.....	17
5.6 Que faire en cas d'interruption du traitement ?.....	18
6. Qu'est-ce qu'une réaction lépreuse ?.....	19
6.1 Qui peut avoir une réaction lépreuse ?.....	19
6.2 Comment reconnaître une réaction lépreuse ?.....	20
6.3 Décidez si c'est une réaction modérée ou severe	22
6.4 Comment traiter une réaction modérée?.....	22
6.5 Comment traiter une réaction sévère ?.....	23
6.6 Recherchez les affections à traiter en même temps que la corticothérapie.....	24
6.7 Référez le malade dans les situations suivantes.....	24
6.8 Surveillance pendant la corticothérapie.....	24
7. Résultats du traitement.....	26
8. Rechutes	26
9. Supports d'information.....	27
10. Prévention des invalidités et auto-soins.....	28
10.1 Aidez le malade à se prendre en charge	28

10.2 Soins des mains et des pieds insensibles	28
10.3 Exercices en cas de faiblesse musculaire	30
10.4 Auto-soins des yeux	30
11. Communication pour Changement de Comportement : Principaux messages	31
12. Monitoring et evaluation	32
12.1 Monitoring	32
12.2. Evaluation	32
12.3. Indicateurs d'impact	32
<i>Références</i>	33

ANNEXE : Formulaires

- *Taches de charge de Lèpre dans les FOSA*
- *Taches en rapport avec la lèpre par niveau*
- *Fiche de traitement*
- *Carte d'identification*
- *Algorythme de diagnostique*
- *Algorythme de suivi*

1. Introduction

Vision

Le Rwanda a atteint le seuil d'élimination de la lèpre. Cependant, il persiste des districts où la maladie reste endémique et à travers le pays, on trouve toujours des cas éparpillés ce qui montrent que la maladie continue à exister. Alors que la vision du Rwanda est celle d'un « Rwanda sans lèpre », il est pertinent que les formations sanitaires continuent d'être vigilantes afin de pouvoir assurer le contrôle de cette maladie qui, si elle n'est pas dépistée et traitée à temps; elle risquerait de demeurer un problème.

But du guide.

Ce manuel est destiné aux formations sanitaires de base afin qu'elles puissent faire face à la lutte contre la lèpre au Rwanda en s'alignant à la Stratégie mondiale renforcée telle que définie par l'OMS¹. Cette stratégie de l'OMS et ses partenaires a pour but de réduire davantage la charge de la lèpre, et fournir des services de qualité pour le traitement de la maladie dans toutes les communautés affectées, tout en garantissant le respect des principes d'équité et de justice sociale.

Le but de ce manuel c'est de permettre aux formations sanitaires de base à :

- Reconnaître la maladie précocement
- Prendre en charge les malades correctement
- Prévenir les incapacités et favoriser la réhabilitation en cas d'invalidité
- Diffuser l'information dans les communautés où la maladie est endémique et stimuler la participation des animateurs de santé.

Stratégies de la lutte contre la lèpre définies par la Division TB & ORD

1. Pour guérir les malades et interrompre la transmission:

☛ Détection précoce + PCT:

- Détection passive des malades dans toutes les FOSA.
- Diagnostic essentiellement clinique, les frottis n'étant utiles qu'en cas de doute. (confirmation du diagnostic par l'équipe technique de la Division TB&ORD ou par un médecin/infirmier expérimenté).
- Polychimiothérapie (PCT) supervisée par le centre de santé (flexible pour des cas individuels).
- Examen systématique des contacts au centre de santé local.
- Journées de dépistage actif dans les zones endémiques.

2. Pour prévenir les incapacités ou leur aggravation:

☛ Détection précoce + PCT + autres interventions:

- Détection des réactions au centre de santé et référence du malade. Eventuellement la prise en charge de la réaction est commencée localement et l'équipe technique de la Division TB&ORD / médecin expérimenté vient évaluer le cas.
- Soins auto administrés par le malade (mains, pieds, yeux)

¹ Adoptée lors de la réunion de Delhi en avril 2009. Endossée par la Région Africaine lors de la réunion de Brazzaville en juin 2010

- La Division TB& ORD est responsable de concevoir, diriger et coordonner les actions de lutte contre la lèpre, ainsi que de fournir l'appui technique et les ressources nécessaires.
- La détection précoce et la prise en charge des malades sont intégrées au niveau des formations sanitaires de base. En raison du faible nombre de cas dans le pays et du manque d'expertise du personnel de santé, le diagnostic doit être confirmé par l'équipe technique provenant de la Division TB&ORD ou, dans les zones endémiques, par un médecin/infirmier qui détient la formation et l'expérience suffisante.
- Un dépistage actif est organisé dans certains sites endémiques. En plus de détecter et traiter de nouveaux malades, ces journées contribuent à sensibiliser la population et à améliorer les connaissances du personnel de santé.
- L'examen des contacts domiciliaires est effectué systématiquement pour tout nouveau cas de lèpre par l'infirmier de la prise en charge.
- Les formations sanitaires effectuent de manière appropriée les interventions visant à prévenir l'invalidité et enseignent aux malades les précautions et auto-soins à effectuer à la maison.
- La réadaptation des infirmes de la lèpre implique une prise en charge médicale (soins, physiothérapie, éventuellement chirurgie), l'éducation sanitaire de malades et de leurs familles, et aussi la réadaptation socio-économique de ces personnes. Le personnel de santé doit rechercher les solutions possibles localement avec l'appui des responsables sociaux de façon à améliorer la qualité de vie des personnes indigentes au sein de leurs communautés et avec l'appui de celles-ci.
- La Division TB&ORD assure la supervision, le monitoring et l'évaluation des malades en traitement, ainsi que du programme en général.
- La sensibilisation et la communication pour le changement de conduite sont essentielles pour remplacer l'image persistante d'une maladie mutilante par celle d'une maladie guérissable si elle est diagnostiquée et traitée à temps.

2. Qu'est-ce que la lèpre ?

- La lèpre est une maladie infectieuse chronique due au Mycobacterium Leprae ou bacille de Hansen. Elle peut toucher les personnes de tout âge ou sexe, y compris les enfants.
- Elle atteint la peau et les nerfs et peut provoquer des incapacités définitives. Si elle est reconnue et traitée à un stade précoce, la lèpre peut facilement guérir sans laisser d'infirmités.
- La lèpre débute généralement par une ou plusieurs taches claires souvent avec perte de sensibilité, ou par des nodules multiples avec épaissement de la peau.
- La lèpre se manifeste sous des formes très diverses, conditionnées par le degré de résistance immunologique de la personne ainsi que l'âge, sexe, promiscuité, état nutritionnel.

2.1. Conception de la lèpre chez le Rwandais et transmission de la maladie.

- La lèpre provoque un fort stigma social et le rejet des familles qui en sont atteintes. Elle fait peur en raison des plaies et des mutilations.
- Elle est associée à la transgression de certains interdits, au non respect des ancêtres, à la consommation de mauvais aliments ou d'eau malpropre, ou encore à des pratiques de sorcellerie.
- Elle est considérée comme très contagieuse ce qui explique que les malades se cachent et consultent souvent tardivement. En réalité c'est une maladie peu contagieuse. La plupart des gens n'attrapent pas la lèpre même s'ils sont en contact avec des malades.
- La transmission se fait principalement par les gouttelettes provenant du nez et de la bouche des sujets atteints de lèpre multibacillaire non traités, lors de contacts proches et fréquents. Le contact direct avec la peau n'est pas considéré comme une voie de transmission importante.
- Certains considèrent que c'est une maladie « familiale ». En réalité la lèpre n'est pas héréditaire. Toutefois les mauvaises conditions d'hygiène perpétuent la transmission dans une famille dont un membre ne se fait pas traiter ou ne le fait que tardivement.

- Elle n'est pas congénitale : une mère lépreuse ne transmet pas la maladie au fœtus, même en l'absence de traitement.
- Il n'y a pas d'évidence d'interaction entre l'infection par le VIH et la lèpre. Toutefois il y a un risque plus élevé de réactions lépreuses chez les lépreux VIH positifs. Une lèpre latente peut aussi être révélée lors du traitement ARV chez des patients VIH+.

2.2. Caractéristiques du *Mycobacterium leprae*

- Le *M. leprae* se multiplie très lentement et la période d'incubation est d'environ 5 ans.
- C'est un bacille acido-alcool-résistant (BAAR) qui après coloration, apparaît sous forme de bâtonnets rouges, à extrémités arrondies. Dans les tissus très infectés provenant des maladies lépromateuses, les bacilles sont souvent groupés en amas plus ou moins arrondis, les globi, qui peuvent contenir jusqu'à plusieurs centaines de bacilles. Les bacilles vivants se colorent uniformément en rouge vif tandis que les bacilles morts présentent une coloration granuleuse (taches claires et plages colorées).
- L'indice bactériologique (IB) exprime par une échelle de 1 à 6, la quantité de bacilles présents dans une lésion.
- Le *M. leprae* n'est pas cultivable sur milieu artificiel mais on peut mesurer sa croissance en l'inoculant à la souris et au tatou.

3. Quand devez-vous suspecter la lèpre?

Chez tout malade qui présente:

- Des taches cutanées claires ou rougeâtres avec une perte ou diminution de sensibilité au niveau des taches
- Une perte de sensibilité aux mains ou aux pieds, qui peut se manifester par des plaies, des brûlures ou des ulcères non douloureux
- Un engourdissement ou des fourmillements dans les mains ou les pieds
- Une faiblesse ou paralysie des paupières, des mains ou des pieds.



Que devez-vous faire?

1. Interrogez la personne
2. Examinez la peau
3. Testez la sensibilité des taches
4. Palpez les nerfs.
5. Testez la sensibilité des mains et des pieds
6. Informez le superviseur.

3.1 Interrogez la personne :

Depuis quand est apparue la tache ? Comment a-t-elle commencé ? A-t-elle changé ? Est-elle accompagnée de démangeaisons ou des douleurs ?

La lèpre est possible si:

- Les taches sont apparues lentement
- Les taches sont non prurigineuses et non douloureuses
- La personne a des picotements, engourdissements, sensations de brûlure dans les mains ou pieds.
- Elle a perdu de la force au niveau des mains ou des pieds.

3.2 Examinez la peau :

- Tout le corps, de manière systématique : de la tête aux pieds, de face et de dos.
- A la lumière du jour ; sans gêner la personne.

Signes suggestifs de lèpre:

- Des taches claires, cuivrées ou rougeâtres, planes ou surélevées
- Des infiltrations (peau épaissie)
- Des nodules au visage, souvent aux oreilles.

3.3 Testez la sensibilité des taches cutanées

- Expliquez au malade que vous allez toucher sa peau avec une mèche de coton et demandez-lui de montrer l'endroit où il a été touché.
- Puis dites-lui de fermer les yeux, touchez la peau saine et les lésions suspectes.

Si les taches sont insensibles = lèpre



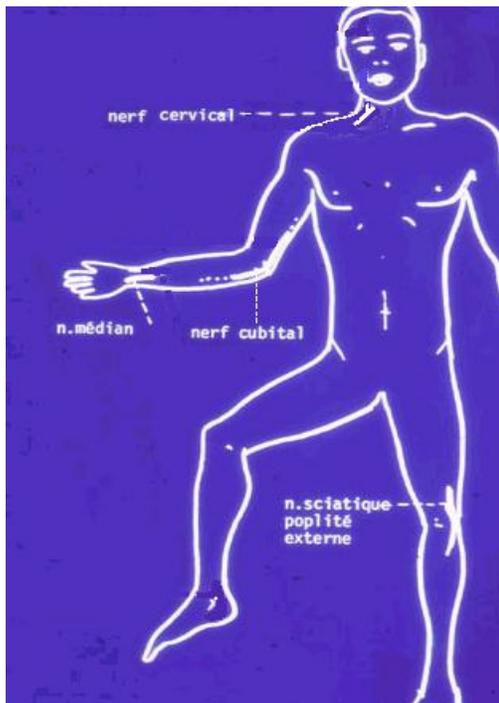
3.4 Palpez les nerfs

De gros nerfs peuvent être un signe de lèpre.

Deux nerfs qui sont couramment hypertrophiés peuvent être facilement palpés: le nerf cubital et le sciatique poplité externe.



Palpez le **nerf cubital** à l'arrière du coude, 5 à 8 cm au dessus de l'épitrôchlée, de l'extérieur vers l'intérieur du bras.



Palpez le **nerf sciatique poplité externe** derrière le genou et autour de la tête du péroné.

S'il est hypertrophié, il apparaîtra nettement plus gros que celui de l'autre jambe.

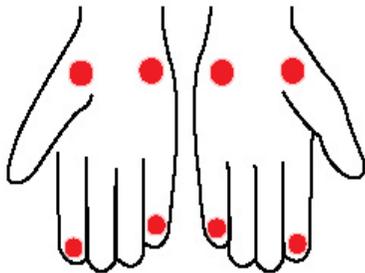
- Une augmentation de volume évidente d'un ou plusieurs nerfs, avec une perte de sensibilité ou une faiblesse musculaire dans la zone innervée par ce nerf, est un signe diagnostique de la lèpre.
- Si un nerf est très douloureux, c'est un signe de réaction et la personne a besoin d'un traitement spécial par corticoïdes (voir section 6).

3.5 Testez la sensibilité des mains et des pieds



- Expliquez et montrez au malade ce que vous allez faire.
- Touchez les 4 points indiqués sur le dessin, à la paume de chaque main et à la plante des pieds, avec la pointe d'un bic tenu droit, sans appuyer.
- Demandez-lui de fermer les yeux et d'indiquer exactement l'endroit touché.
- Répétez pour vous assurer du résultat.

Les 4 points à tester à la paume de la main



Les 4 points à tester à la plante du pied



Notez les résultats :

- ✓ si la personne a senti le bic à cette place
- X si la personne n'a pas senti le bic à cette place

La perte de sensibilité au niveau des mains ou des pieds peut être un signe de lèpre.

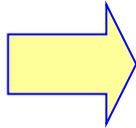
Quand un frottis cutané est-il nécessaire?

- ☛ Si vous détectez un cas suspect de lèpre, informez le superviseur au niveau de l'hôpital de district afin que le diagnostic soit confirmé par l'équipe technique de la Division TB&ORD ou par le médecin/infirmier de votre région ayant la formation et l'expérience suffisante pour diagnostiquer la lèpre.
- ☛ En cas de doute clinique, le médecin/superviseur décidera de prélever un frottis, par exemple en cas de:
 - Infiltrat des lobes des oreilles ou infiltrat généralisé,
 - Nodules sans taches insensibles évidentes
 - Taches suspectes mal limitées, cuivrées ou érythémateuses, sans perte nette de la sensibilité.
 - Si les frottis sont positifs, le diagnostic est confirmé.

Le diagnostic de lèpre est confirmé si le malade présente un ou plusieurs des 3 signes suivants:

- Taches claires ou rougeâtres avec perte nette de sensibilité
- Hypertrophie de nerfs avec perte de sensibilité dans la zone innervée par ce nerf
- Bacilles **acido-alcool-résistants (BAAR)** observés dans les frottis cutanés.

4. Une fois le diagnostic posé, complétez l'examen clinique, et remplissez la fiche du malade.



Complétez l'examen clinique

1. Comptez les taches et classifiez le cas
2. Recherchez une atteinte nerveuse
3. Testez la vue de chaque oeil.
4. Recherchez les signes de réaction
5. Evaluez les invalidités (grade).

4.1. Comptez le nombre de taches et classez le cas:

- De 1 à 5 taches (et pas plus d'1 nerf atteint) : lèpre paucibacillaire ou PB
- 6 taches ou plus (ou plus d'1 nerf atteint) : lèpre multibacillaire ou MB
- Si bactériologie positive : lèpre MB (quel que soit le nombre de taches)

4.2. Recherchez une atteinte nerveuse :

- **Perte de sensibilité au niveau des mains et pieds : voir 3.5**

Pour les cas PB, une perte de sensibilité est presque toujours détectée. Par contre pour les cas MB, la sensibilité est normale chez un certain pourcentage de patients mais ces mêmes patients ont souvent un ou plusieurs nerfs augmenté de volume et un frottis cutané positif.

- **Faiblesse musculaire : testez les 4 muscles suivants, à droite et à gauche**

Notez sur la fiche : F (fort) , M (moyen = faible), ou P (paralysé)

• Muscle des paupières



Demandez au malade de fermer les yeux et essayez de les ouvrir

- Si blanc de l'oeil visible = lagophtalmie = P
- Si vous pouvez facilement ouvrir les paupières = M
- Si vous ne pouvez pas facilement ouvrir les paupières = F

- **Petit doigt** : pour tester le nerf cubital, demandez au malade d'écarter le petit doigt et essayez de le repousser :



- S'il ne peut pas écarter le petit doigt = P
- Si vous pouvez repousser le petit doigt facilement = M
- Si vous ne pouvez pas le repousser facilement = F

- **Pouce** : pour tester le nerf médian, demandez au malade de mettre la main à plat, paume vers le haut et de lever le pouce. Essayez de le repousser :



- S'il ne peut pas lever le pouce = P
- Si vous pouvez repousser le pouce en bas facilement = M
- Si vous ne pouvez pas le repousser facilement = F

- **Pied** : pour tester le nerf sciatique poplité externe, tenez la jambe du malade, demandez-lui de relever le pied et essayez de le rabaisser.



- S'il ne peut pas relever le pied du tout = P
- Si vous pouvez baisser le pied = M
- Si vous ne pouvez pas le baisser = F

4.3. Testez la vue de chaque oeil:

Cachez successivement chaque oeil. Le malade peut-il compter vos doigts à 6 mètres ? Notez oui ou non sur la fiche.

4.4. Recherchez les signes de réaction lépreuse :

- Taches cutanées inflammatoires (voir section 6)
- Névrites

NB. Les lésions nerveuses récentes (insensibilité, faiblesse ou paralysie depuis moins de 6 mois) sont dues à l'inflammation des nerfs et doivent être traitées par des corticoïdes (voir 6.5)

4.5. Évaluez les invalidités :

Un degré d'invalidité doit être attribué à chaque nouveau cas de lèpre au moment du diagnostic. Le degré est 0, 1 ou 2. Un degré individuel est attribué à chaque oeil, chaque main et chaque pied. Le degré le plus élevé pour les 6 sites qualifie le degré d'invalidité du patient.

Echelle de l'OMS	0	1	2
Yeux	Normal	-	- Baisse de vue (incapacité à compter les doigts à 6 mètres). - Lagophtalmie.
Mains	Normal	Perte de sensibilité à la paume de la main.	Lésions visibles à la main comme plaies, griffes ou perte de substance (mutilation).
Pieds	Normal	Perte de sensibilité à la plante du pied.	Lésions visibles au pied telles les plaies, la perte de substance, ou encore le pied tombant.

- ❖ **Le Degré 0** signifie l'absence d'invalidité.
- ❖ **Le Degré 1** correspond à une perte de sensibilité des mains ou pieds. Ces personnes sont exposées à un risque élevé de développer des ulcères plantaires. Le port de chaussures appropriées et les auto-soins quotidiens peuvent éviter la survenue d'ulcères. De ce fait, reconnaître une invalidité de Degré 1 constitue une étape essentielle pour prévenir les lésions affectant les pieds et les mains des lépreux. Cette étape est, par conséquent, une composante clé des services lèpre de qualité.
- ❖ **Le Degré 2** signifie qu'il y a des lésions ou invalidités visibles.



Lagophtalmie

En ce qui concerne les yeux, il peut s'agir d'une inaptitude à fermer complètement l'œil (lagophtalmie), une rougeur flagrante de l'œil (d'habitude causée par un ulcère cornéen ou par une uvéite), une baisse de l'acuité visuelle ou la cécité.



Quant aux mains et aux pieds, les lésions visibles sont des plaies et des ulcères, ainsi qu'une difformité provoquée par une faiblesse musculaire, tel qu'un pied tombant ou une main en griffe. Une perte de tissus ou une réabsorption partielle des doigts ou des orteils, est un signe tardif de la lèpre, classé comme invalidité de Degré 2



Griffe cubitale



Paralysie

➤ Le **score total** est la somme des scores des six sites.

Exemple : une personne présente une insensibilité de la main droite avec griffe du petit doigt, une insensibilité de la main gauche et un ulcère à la plante du pied droit et 1 lagophtalmie des 2 yeux. Ainsi le degré d'invalidité sera évalué comme suit : Degré d'invalidité évalué (*main droite = 2 ; main gauche = 1 ; pied droit = 2 ; pied gauche = 0 ; oeil droit = 2 ; oeil gauche = 2*). Alors le score total est 9 qui est la somme des degrés des 6 sites.

➤ Le degré d'invalidité le plus élevé des 6 sites est égal à 2

☛ **Reportez toutes vos observations sur la fiche du malade. (voir fiche en annexe)**

En résumé: le plus souvent le diagnostic de la lèpre se fait cliniquement et comprend les étapes suivantes :

1. *Interroger la personne*
2. *Examiner sa peau*
3. *Tester la sensibilité des taches cutanées*
4. *Palper les nerfs*
5. *Tester la sensibilité des mains et des pieds*
6. *Rechercher la faiblesse musculaire (yeux, mains et pieds)*
7. *Faire confirmer le diagnostic (médecin/superviseur/ Equipe technique de la Division TB&ORD).*
Un frottis cutané est fait uniquement en cas de doute clinique.
8. *Compter les taches et classer le cas en PB/MB*
9. *Examiner l'acuité visuelle*
10. *Evaluer le grade d'invalidité.*

5. La prise en charge du malade

5.1 . Définitions des cas de lèpre

- **Nouveaux cas** : ce sont les personnes présentant des signes de la lèpre et qui n'ont jamais été traitées pour cette maladie.
- **Rechute** : réapparition de la maladie à n'importe quel moment après l'achèvement d'un traitement complet.
- **Reprise après abandon (RAA)**: les personnes qui reviennent après avoir abandonné leur traitement (plus de 3 mois pour un cas PB; plus de 6 mois pour un cas MB).
- Les **cas transférés** sont les cas qui ont été enregistrés dans une autre formation sanitaire et qui se présentent pour continuer le traitement dans votre FOSA. Ces personnes doivent arriver avec une fiche indiquant le traitement qu'elles ont reçu jusqu'à ce jour.

5.2. La polychimiothérapie (PCT)

- La PCT est basée sur le pouvoir fortement bactéricide de la Rifampicine et comprend une combinaison de médicaments, pour éviter de sélectionner des souches résistantes :
 - ✓ **Pour les cas de lèpre PB** : 2 médicaments pendant 6 mois
 - ✓ **Pour les cas de lèpre MB** : 3 médicaments pendant 12 mois
- Les médicaments se présentent sous forme de plaquettes pour 28 jours de traitement. Chaque plaquette contient une dose à prendre sous supervision le 1^{er} jour et 27 doses que le malade prendra lui-même tous les jours.
- Il y a des plaquettes différentes :
 - ✓ **Pour les malades PB et MB**
 - ✓ **Pour les adultes et pour les enfants** (voir page suivante).

5.3. Expliquez au malade ou à un accompagnant

- Ce qu'est la lèpre, que sa maladie est complètement guérissable (s'il n'a pas d'invalidités)
- Que le traitement est gratuit, qu'il doit se traiter régulièrement pendant toute la durée prescrite.
- Qu'il doit rapporter tout problème éventuel (inflammation, douleur, aggravation des déficits sensitifs ou moteurs)
- Qu'il est important d'examiner ses contacts domiciliaires
- Qu'il doit prendre des précautions pour éviter les complications (voir section 10)

Donnez au malade la première dose supervisée et expliquez-lui comment prendre les doses quotidiennes. Montrez comment sortir les médicaments des plaquettes.

PB- ADULTES



Jour 1: dose mensuelle supervisée

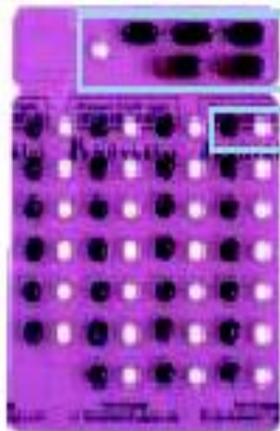
- Rifampicine 600 mg = 2 gélules de 300 mg
- Dapsone 1 comprimé de 100 mg

Jours 2 à 28: dose autoadministrée chaque jour

- Dapsone 1 comprimé de 100 mg par jour

Traitement total: 6 plaquettes dans un délai maximal de 9 mois

MB- ADULTES



Jour 1 : dose mensuelle supervisée

- Rifampicine 600 mg = 2 gélules de 300 mg
- Clofazimine 300 mg = 3 capsules de 100 mg
- Dapsone 1 comprimé de 100 mg

Jours 2 à 28: dose autoadministrée, chaque jour

- Clofazimine 1 capsule de 50 mg par jour
- Dapsone 1 comprimé de 100 mg par jour

Traitement total: 12 plaquettes dans un délai maximal de 18 mois.

NB: La grossesse exacerbe la maladie. Il est donc recommandé à la femme enceinte de continuer son traitement de façon inchangée. Les médicaments ne sont pas toxiques pour le fœtus.

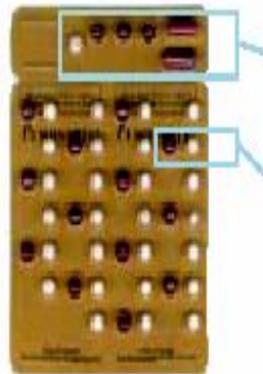
PB – ENFANTS



10 à 14 ans	< 10 ans
Jour 1 : dose supervisée Rifampicine 1 gél. 300 mg + 1 gél.150 mg - Dapsone 1 comprimé de 50 mg	Jour 1 : dose supervisée - Rifampicine 1 gél. 300 mg - Dapsone 1/2 cé de 50 mg
Jours 2 à 28 : Dose autoadministrée - Dapsone 1 comprimé de 50 mg tous les jours	<i>Éliminez la gélule de Rifampicine 150 mg.</i>
	Jours 2 à 28 : - Dapsone 1/2 cé de 50 mg tous les jours
	<i>Expliquez à la maman de donner seulement 1/2 comprimé de dapsone et d'éliminer l'autre moitié.</i>

Traitement total: 6 plaquettes dans un délai maximal de 9 mois.

MB – ENFANTS



10 à 14 ans	< 10 ans
Jour 1 : Dose mensuelle supervisée - Rifampicine 1 gél. 300 mg + 1 gél.150 mg - Clofazimine 3 capsules de 50 mg - Dapsone 1 comprimé de 50 mg	Jour 1 : Dose supervisée - Rifampicine 1 gél. 300 mg - Clofazimine 2 caps.50 mg - Dapsone 1/2 cé de 50 mg
Jours 2 à 28 : Dose autoadministrée - Clofazimine : 1 capsule de 50 mg, tous les 2 jours. - Dapsone 1 comprimé de 50 mg tous les jours	<i>Éliminez la gélule de Rifampicine à 150 mg et 1 capsule de Clofazimine.</i>
	Jours 2 à 28 : - Clofazimine 1 caps.50 mg 2 jours par semaine - Dapsone 1/2 cé de 50 mg tous les jours

Traitement total: 12 plaquettes dans un délai maximal de 18 mois.

Posologie pour les enfants de moins de 10 ans :

- Rifampicine : 10 mg par kilogramme de poids corporel,
- Clofazimine : 1 mg par kg par jour et 6 mg par kg par mois,
- Dapsone : 2 mg par kg par jour.

- Donnez au malade son carnet individuel (voir annexe).
- Demandez-lui de le rapporter à chaque rendez-vous mensuel, ainsi que la plaquette vide pour témoigner de la prise des médicaments.

5.4. Chaque mois, administrez la dose supervisée

- Tous les 28 jours, le malade doit se présenter au Centre de santé.
- Observez et enregistrez la prise des médicaments.
- Interrogez le malade sur d'éventuels problèmes ou aggravations et encouragez-le à la régularité.
- Recherchez les réactions (voir point 6) en répétant l'examen clinique du malade tous les mois pour les MB et tous les 3 mois minimum pour les PB.
- Vérifiez périodiquement les fiches des malades en traitement afin de détecter rapidement les irréguliers et de les rechercher. Essayez de comprendre la cause et de trouver une solution ensemble **avec le malade**.
- Si la personne a des difficultés à se rendre à la clinique, il est possible d'impliquer un animateur de santé pour superviser la première prise de chaque nouvelle plaquette et pour aider le patient à poursuivre le traitement correctement à domicile.
- Conseillez aux patients de se présenter au centre de santé en cas de problème quelconque.

5.5. Que faire en cas d'effets secondaires des médicaments ?

Problèmes peu graves	Médicament	Prise en charge
Urines rouges	Rifampicine	Rassurez le malade et continuez le traitement
Taches noires sur la peau, parfois prurigineuses	Dapsone	
Coloration brunâtre de la peau	Clofazimine	
Troubles gastro-intestinaux	Rifampicine, Dapsone, Clofazimine	Administrer les médicaments avec le repas
Anémie	Dapsone	Fer et acide folique
Problèmes graves	Médicament	Prise en charge
Eruption cutanée avec démangeaisons	Dapsone	Interrompre la Dapsone et référer le patient
Allergie, urticaire	Dapsone ou Rifampicine	Interrompre ces 2 médicaments
Ictère Choc, purpura, insuffisance rénale	Rifampicine	Interrompre la Rifampicine et Référer immédiatement le patient

5.6. Que faire en cas d'interruption de traitement ?

- Nous devons tout faire pour assurer que les patients PB complètent leur traitement en 6 mois et les patients MB en 12 mois.
- Un « **cas d'abandon** » est un individu qui n'a pas complété son traitement dans les délais autorisés, c'est-à-dire 6 plaquettes en 9 mois maximum pour les cas PB et 12 plaquettes en 18 mois maximum pour les cas MB.
- Ainsi, chaque fois qu'un patient PB a manqué plus de 3 mois de traitement ou, dans le cas d'un patient MB, plus de 6 mois de traitement, il lui est impossible de compléter le traitement dans le délai maximum autorisé : il doit alors être classé comme un cas d'abandon du traitement, et cela devra être indiqué sur sa fiche et dans le Registre des cas de Lèpre.
- Si un patient se présente à nouveau au CS après avoir abandonné son traitement, examinez-le comme un nouveau patient et notez vos observations. Recommencez le traitement en fonction de la classification actuelle, PB ou MB. Enregistrez-le comme « Reprise après abandon » (RAA).
- Toutefois si le patient ne présente plus de signes de lèpre ou s'il s'agit d'une personne qui a toujours suivi son traitement très irrégulièrement en l'abandonnant à plusieurs reprises malgré les efforts du personnel de santé, il est recommandé de l'évaluer avec un médecin ou un superviseur de la TB Division pour décider si un traitement supplémentaire est requis.

Durée interruption		Signes lèpre	Action
PB	MB		
< 3 mois	< 6mois	➡	- Poursuivre le traitement
> 3 mois	> 6 mois	Toujours présents	- Recommencez le traitement
> 3 mois	> 6 mois	Absents	- Surveillez le malade et réexaminez-le tous les 3 mois. - Demandez-lui de revenir spontanément en cas de nouveau symptôme.

6. La réaction lépreuse.

6.1. Qu'est-ce qu'une réaction lépreuse ?

- Une caractéristique de la lèpre est la survenue de complications appelées réactions, qui sont des périodes inflammatoires touchant la peau et les nerfs.
- Une réaction lépreuse se manifeste par l'apparition soudaine de signes d'inflammation au niveau des lésions cutanées avec rougeur, gonflement, parfois douleur. De nouvelles lésions cutanées risquent d'apparaître.
- Les signes cutanés sont rarement très graves mais l'atteinte des nerfs (névrite) est toujours sérieuse car elle est la principale cause des infirmités de la lèpre. Vous devez être capable de reconnaître une réaction afin de la traiter correctement et précocement, ou de référer le malade.
- L'inflammation des nerfs peut être très douloureuse. Cependant elle peut être silencieuse. Non diagnostiquée ou mal traitée, la névrite détruit le nerf et entraîne généralement des infirmités permanentes. Vous devez donc rechercher activement, lors des visites de routine, les signes de névrite.
- Les réactions peuvent survenir avant, pendant et même après la fin du traitement.
- Une perte de fonction récente (c'est-à-dire durant les 6 derniers mois) touchant un ou plusieurs nerfs périphériques doit être traitée avec des corticostéroïdes. Le contrôle régulier de la fonction nerveuse (voir 3.5 et 4.2), permet de détecter de nouvelles lésions nerveuses et de les traiter à temps.

6.2. Qui peut avoir une réaction lépreuse ?

- Presque tous les malades sont susceptibles de développer une ou plusieurs réactions lépreuses. De 25 à 30 % des malades passent par un épisode réactionnel ou de névrite. Le risque est plus élevé chez les malades ayant déjà un déficit lors du diagnostic.

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

- Soyez particulièrement attentif avec les malades MB qui présentent déjà des atteintes nerveuses au moment du diagnostic, car la majorité d'entre eux (65%) présenteront des réactions avec atteintes nerveuses supplémentaires.
- Le risque de réactions lépreuses est plus élevé chez les lépreux VIH positifs.

6.3. Comment reconnaître une réaction lépreuse ?

A chaque rendez-vous, demandez au malade s'il a :

- Des douleurs, un gonflement ou une gêne au niveau des taches
- Des douleurs, des brûlures ou des picotements au niveau des nerfs
- Une perte récente de sensibilité au niveau des mains ou des pieds
- Une perte récente de force dans les mains ou les pieds
- Des douleurs au niveau des yeux
- Une baisse récente de vision

Examinez la peau du malade et recherchez:

- Une inflammation au niveau des taches (rougeur, chaleur, gonflement, douleur)
- Un gonflement des extrémités ou du visage.

Recherchez une névrite :

- Examinez les nerfs pour voir s'ils sont douloureux (voir 3.4)
- Testez la sensibilité des mains et des pieds (voir 3.5)
- Testez la force de 4 muscles (paupières, index, pouce, pied), de chaque côté (voir 4.2)

Recherchez l'inflammation et les complications au niveau des yeux :

- Rougeur, douleur, photophobie = possible atteinte de l'œil interne (référez)
- Une lagophtalmie ou un ectropion sont cause d'infections oculaires et peuvent conduire à la cécité.

☛ Notez vos résultats sur la fiche et comparez-les avec l'examen antérieur.

**S'il y a une nouvelle atteinte des nerfs ou une aggravation,
C'est une réaction et il faut la traiter rapidement**

☛ Référez le malade ou faites appel au superviseur.

En cas de référence, vérifiez l'arrivée du malade à l'hôpital. Si possible accompagnez-le.

Il y a 2 types de réactions :

Signes	Réaction de type 1 ou réaction d'inversion	Réaction de type 2 ou ENL Erythème Nouveau Lépreux
Inflammation de la peau	Les taches de lèpre sont enflammées, mais le reste de la peau est normal.	Nouveaux nodules, rouges et sensibles, en nombre variable, non associés aux taches de lèpre.
Etat général	Bon, avec peu ou pas de fièvre	Mauvais, fièvre, malaise général
Date de présentation	Le plus souvent dans les 6 premiers mois de la PCT.	D'habitude tard au cours du traitement.
Type de malade	25% des malades PB et MB	Malades MB uniquement
Implication de l'oeil	Une faiblesse de fermeture de l'œil peut survenir	Une atteinte de l'œil interne (iritis) est possible : œil rouge douloureux
Cause de la réaction	Augmentation d'activité du système immunitaire.	Réaction aux antigènes libérés par les bacilles morts.
Evolution	Si la réaction survient après l'arrêt du traitement, le diagnostic différentiel avec une rechute est difficile	Si non traité : atteinte d'autres organes (reins, testicules, articulations) Tendance à la chronicité et aux récidives.

6.4. Décidez si c'est une réaction modérée ou sévère car le traitement est différent.

- Une réaction modérée atteint seulement la peau (à l'exception du visage)
- Les réactions sévères touchent les nerfs, le visage ou les yeux.

Signes de réaction		Type
Sur la peau	- Taches cutanées inflammatoires (douleur, rougeur, chaleur, gonflement), éventuellement fièvre légère	Modérée
	- Réaction d'une lésion cutanée au-dessus d'un nerf important	Sévère
	- Réaction d'une tache cutanée au visage	
	- Ulcération des lésions cutanées	
- Œdème important des membres ou du visage		
Dans les nerfs	- Douleur ou sensibilité des nerfs au toucher - Nouvelle perte de sensibilité - Nouvelle faiblesse musculaire	Sévère
Aux yeux	- Douleur ou rougeur - Nouvelle perte de vision - Nouvelle faiblesse dans la fermeture des yeux	Sévère
Inflammation d'autres organes (testicules, articulations, ganglions)		Sévère
Erythème nouveaux lépreux	- Apparition de nouveaux nodules, rouges et sensibles, non associés aux taches de lèpre + fièvre + mauvais état général	Modéré
	- Nouveaux nodules enflammés + névrite	Sévère

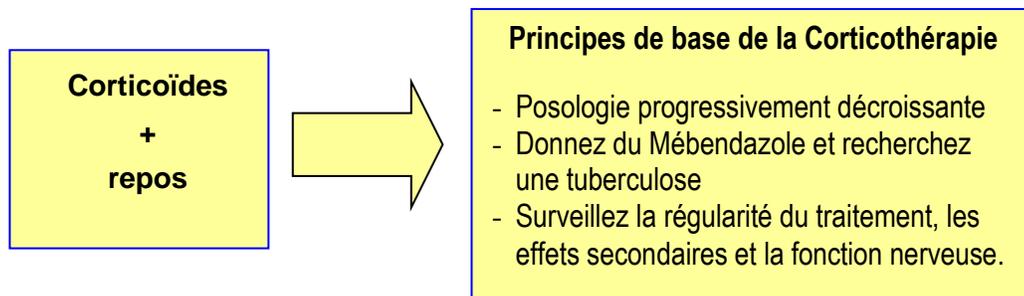
NB : Lors du diagnostic, le malade présente parfois des signes de réaction (des taches rouges, gonflées, sensibles) ou une atteinte des nerfs apparue depuis moins de 6 mois, il faut traiter la lèpre et la réaction.

6.5. Comment traiter une réaction modérée ?

- Continuer le traitement antilépreux prescrit.
- Administrer AAS : 500 mg 4 - 6 x / jour pour adulte (diluer les comprimés dans l'eau)
- Ou paracétamol : 1g jusqu'à 4 x / jour.

Durée : jusqu'à récession des signes de la réaction.

6.6. Comment traiter une réaction sévère ?



- Les corticoïdes sont très efficaces mais il faut prendre un cycle complet de 3 à 6 mois selon les cas.
- Le malade ne doit jamais interrompre le traitement brutalement car cela peut entraîner des effets secondaires sérieux ou provoquer une reprise de la réaction. La posologie doit être diminuée progressivement, toutes les 2 à 4 semaines.
- Si le malade est encore sous polychimiothérapie antilépreuse, continuer le traitement par PCT.
- Utilisez de préférence les plaquettes de Prednicombi car le malade prendra 1 seul comprimé de Prednisolone par jour pendant toute la durée du traitement. Chaque plaquette contient 14 comprimés, soit 14 jours de traitement. La boîte contient 12 plaquettes numérotées de 1 à 6, soit 2 plaquettes de chaque numéro. Si la durée de la cure est de 3 mois, le malade doit prendre une seule plaquette de chaque numéro en respectant bien l'ordre des plaquettes : N°1 → N°2 → N°3 → N°4 → N°5 → N°6. Si la cure est de 6 mois, administrer 2 plaquettes du même numéro avant de passer au numéro suivant.

Dose quotidienne Prednisolone	Adulte		Enfant	Durée	
	Présentation			Dose quotidienne Prednisolone	12 semaines ou 3 mois
40 mg	Prednicombi	Cés à 5 mg de Prednisolone			
30 mg	1cé/jour plaquette N° 1	8 cés par jour	1 mg/kg	semaines 1 et 2	semaines 1 à 4
20 mg	1cé/jour plaquette N° 2	6 cés par jour	0,75 mg/kg	semaines 3 et 4	semaines 5 à 8
15 mg	1cé/jour plaquette N° 3	4 cés par jour	0,5 mg/kg	semaines 5 et 6	semaines 9 à 12
10 mg	1cé/jour plaquette N° 4	3 cés par jour	0,37 mg/kg	semaines 7 et 8	semaines 13 à 16
5 mg	1cé/jour plaquette N° 5	2 cés par jour	0,25 mg/kg	semaines 9 et 10	semaines 17 à 20
	1cé/jour plaquette N° 6	1 cé par jour	0,12 mg/kg	semaines 11 et 12	semaines 21 à 24



- Si le prednicombi n'est pas disponible, utilisez des comprimés de Prednisolone à 5 mg en suivant la posologie indiquée dans le tableau ci-dessus.
- La Prednisolone doit se prendre en une seule prise, le matin au cours du repas.
- Recommandez le repos pendant la phase aiguë de la réaction et l'immobilisation du membre affecté en cas de névrite.
- Vous devez revoir le patient après 2 semaines. S'il présente une bonne amélioration, diminuer la posologie toutes les 2 semaines. La durée totale du traitement sera de 3 mois.

- Si les signes de la réaction ou de névrite sont toujours présents, continuer la dose initiale jusqu'à 4 semaines. Ensuite diminuer la posologie toutes les 4 semaines. La durée totale du traitement sera de 6 mois.

6.7. Recherchez les affections à traiter en même temps que la corticothérapie

- Donnez systématiquement du Mébendazole contre les parasites intestinaux (2 cés/jour x 3 jours)
- Recherchez une tuberculose : examen des crachats si toux \geq 2 semaines.
Si positif, il faut traiter les 2 infections en même temps. La Rifampicine est administrée à la dose recommandée pour le traitement antituberculeux.
- Gale (benzoate de benzyle) ; mycose cutanée (clotrimazole crème)
- Douleurs épigastriques : antiacide, ranitidine (ulcère gastrique)
- Signes évocateurs de diabète: urines abondantes, soif excessive. Faire la Glycémie
- Infection non traitée (ulcères de mains ou pieds) : soins et antibiotiques

6.8. Faites un suivi régulier du malade sous Prednisolone

- Revoir le malade toutes les 2 semaines
- Rechercher des douleurs épigastriques, une polyurie, une soif excessive.
- Prendre la pression artérielle.
- Référer au médecin en cas d'hypertension ou de signes suggérant un diabète ou un ulcère gastrique.
- Refaire l'examen neurologique. En cas de réapparition des symptômes, repassez à la dose supérieure jusqu'à amélioration.
- Noter sur la fiche la date de chaque approvisionnement en Prednisolone et la posologie.

Effets secondaires des corticoïdes	
A court terme :	Si traitement > 6 mois :
Aggravation d'une tuberculose	Hypertension (☛ régime sans sel).
Diabète	Ostéoporose
Douleurs abdominales (ulcère gastrique)	Retard de croissance (enfants)
Aggravation des infections (ulcères mains/pieds)	Cataracte
Diarrhée ou dysenterie	Glaucome
Oedème du visage, acné (transitoires)	Risque de dépendance

6.9. Référez le malade dans les situations suivantes :

- Réaction sévère avec fièvre et érythème noueux lépreux
- Douleur, rougeur de l'oeil, photophobie (risque d'aggravation par les corticoïdes)
- Nouvelle atteinte nerveuse: passez à la dose supérieure de corticoïdes et référez
- Ulcère profond ou ostéomyélite: pour débridement chirurgical et antibiothérapie
- Grossesse : pour ajuster les doses de corticoïdes (à la baisse)
- Enfants de moins de 12 ans : pour éviter les problèmes de croissance
- Diabète : pour ajuster le traitement (risque d'aggravation par les corticoïdes)

En résumé : Réaction = Inflammation = Risque d'invalidité

Vous devez être capable de reconnaître une réaction et de décider si elle est modérée ou sévère afin de la traiter correctement et d'éviter des infirmités permanentes :

Reconnaître une réaction :

1. Interrogez le malade
2. Examinez la peau
3. Palpez les nerfs
4. Testez la sensibilité
5. Testez la motricité
6. Examinez les yeux

Vérifiez ces 6 points

- tous les mois pour les MB
- au moins tous les 3 mois pour les cas PB.

Comparez avec l'examen précédent et notez vos observations sur la fiche du malade.

En cas de nouvelle perte de sensibilité et de nouveau déficit moteur, traiter la réaction.

Toute réaction qui touche un nerf (douleur, nouvelle perte de sensibilité ou de motricité), les yeux ou le visage, est une urgence et doit être traitée par les corticoïdes.

7. Résultats du traitement

Les résultats de traitement sont analysés par cohortes annuelles de cas PB et MB :

- **Traitement terminé** : malade qui a pris son traitement dans les délais requis:
 - PB : 6 plaquettes en 9 mois maximum
 - MB : 12 plaquettes en 18 mois maximum
- **Abandon** : malade n'ayant pas complété son traitement dans le délai maximum autorisé. (Cas PB ayant manqué plus de 3 mois de traitement ou cas MB ayant manqué plus de 6 mois).
- **Décès** : malade décédé durant le traitement.
- **Transféré** : patient qui a commencé le traitement et qui a été transféré à un autre centre et pour qui on ne connaît pas le dénouement du traitement.

- Les malades qui ont terminé leur traitement dans les délais indiqués sont guéris. Refaites l'examen des nerfs et l'évaluation des incapacités. Notez-les sur la fiche.
- Expliquez-leur que certains signes de la lèpre peuvent persister, par exemple les taches claires et les atteintes nerveuses, et qu'une réaction peut encore survenir.
- Recommandez-leur de se présenter immédiatement au centre de santé en cas de réapparition des signes, de nouvelles lésions, de gonflement des extrémités ou des yeux.

8. Rechutes

- Une rechute est définie comme une réapparition de la maladie à n'importe quel moment après l'achèvement d'un traitement complet. La rechute est en général rare car la PCT est un traitement très efficace pour la lèpre.
- La rechute se présente sous la forme d'apparition de nouvelles lésions cutanées survenant en des endroits différents des lésions initiales. Dans le cas d'une rechute de la lèpre MB, il y a aussi une augmentation de l'IB (2 unités ou plus).
- Il peut être difficile de différencier une rechute et une réaction lépreuse. Les critères de diagnostic différentiel sont repris dans le tableau suivant.

Critères	Réaction lépreuse	Rechute
Délai après la fin du traitement PCT	Moins de 3 ans	En général, après plus de 3 ans
Evolution	Apparition soudaine et évolution rapide	lente
Localisation	Les anciennes taches réapparaissent et peuvent être enflammées	Nouvelles lésions à d'autres endroits
Douleur, sensibilité, gonflement	Oui	Non
Etat général	Modérément à fortement altéré (fièvre, gêne ou douleurs)	Non affecté
Réponse au traitement par corticoïdes	Bonne réponse	Pas de réponse
Retraitement par PCT	Inutile	Reprise de la PCT PB ou MB

Notifiez tout cas suspect de rechute au superviseur et au TB&ORD Division.

9. Support d'information

Instrument	Utilisation
La fiche de traitement du malade	<ul style="list-style-type: none"> - Est élaborée par la personne qui fait le diagnostic - Est confiée à la formation sanitaire responsable de la prise en charge du malade - Est retournée au TB & ORD Division à la fin du traitement.
Carnet individuel du malade	<ul style="list-style-type: none"> - Donné à chaque malade dès le début du traitement
Le registre des cas de lèpre	<ul style="list-style-type: none"> - Un registre national tenu par le TB & ORD Division reprend tous les cas. - Tout cas confirmé doit donc être notifié au TB&ORD Division - Les FOSA qui ont plus de 5 cas par an pourront tenir un registre local

10. PREVENTION DES INVALIDITES ET AUTO-SOINS

Si la lèpre n'est pas reconnue à un stade précoce, le malade peut déjà présenter des invalidités lorsque vous le voyez pour la première fois.

Vous pouvez l'aider à éviter de nouvelles aggravations, telles que :

- Plaies, ulcères (mal perforant plantaire)
- Ostéomyélite
- Pertes de tissus (doigts/orteils)
- Contractures/déformations fixes des mains (griffe) et des pieds (pied tombant)
- Lésions cornéennes et cécité.

Les patients les plus à risque de lésions nerveuses sont les cas de lèpre MB avec fonction nerveuse altérée au moment du diagnostic; ils doivent donc être examinés régulièrement au cours du traitement, si possible chaque mois. Les lésions nerveuses récentes (depuis moins de 6 mois) peuvent d'habitude être inversées par des corticostéroïdes mais, dans de nombreux cas, les lésions sont plus anciennes et irréversibles. Ces personnes doivent apprendre comment prévenir toute aggravation des lésions.

10.1. Aidez le malade à se prendre en charge :

- Ensemble identifiez ses facteurs de risque en fonction de ses atteintes neurologiques et de ses activités.
- Apprenez-lui comment éviter les complications, comment les identifier.
- Expliquez-lui les soins à effectuer lui-même à la maison afin de prévenir les invalidités (auto-soins).

10.2. Soins des mains et des pieds insensibles.

- La perte de sensibilité dans les mains ou les pieds s'accompagne d'une disparition de la sudation et la peau devient donc extrêmement sèche, avec des blessures récurrentes, des crevasses et des ulcères. Ceux-ci à leur tour, peuvent provoquer une infection chronique, la perte de tissus, invalidant ainsi la main ou le pied de plus en plus.



Les bains de mains et/ou de pieds:

- Tous les jours, la personne doit tremper ses pieds ou mains insensibles dans de l'eau propre, pendant 30 minutes.
- Ensuite gratter les peaux mortes avec une pierre rugueuse
- Mettre de la vaseline ou de l'huile pour éviter le dessèchement de la peau.

En cas d'ulcère, le malade doit faire:

- Bain de pieds quotidien, grattage, huilage
- Recouvrir la plaie avec un tissu propre.
- Mettre le pied au repos, éviter de marcher.

Bien soigné, un ulcère simple guérit normalement en 1 mois.

Si la plaie sent mauvais, elle est probablement infectée et le malade doit consulter au centre de santé.

- Enseignez au malade comment examiner quotidiennement ses mains et ses pieds, à la recherche de plaies qui doivent être soignées. Une zone chaude à la plante du pied peut précéder l'apparition d'un ulcère et nécessite la mise au repos.
- Enseignez-lui aussi à se protéger les mains pour travailler et à utiliser des outils adaptés.
- Le port de chaussures adéquates est recommandé pour protéger les pieds insensibles :



- Semelle externe dure, semelle interne douce, suffisamment grandes
- Pas de clous, ni coutures internes, ni rien qui peut léser le pied.
- Eviter les chaussures en plastic.

10.3. Exercices en cas de faiblesse musculaire

La faiblesse musculaire est une invalidité en elle-même mais, à la longue, elle mène souvent à la formation de contractures et de difformité fixe.



- En cas de faiblesse des mains ou des pieds, des exercices d'étirement passif et actif aideront à prévenir les contractions.
- En présence d'un pied tombant, un étirement passif aidera à prévenir une contraction du tendon d'Achille.

10.4. Auto-soins des yeux

Les problèmes de fermeture des yeux provoquent un risque élevé d'ulcère cornéen. Les ulcères cicatrisés interfèrent avec la vue et peuvent conduire à la cécité.



Enseignez au malade les mesures suivantes:

- Faire l'examen quotidien des yeux avec un miroir à la recherche de rougeur ou d'un éventuel corps étranger.
- Porter un chapeau ou des lunettes de soleil pour empêcher la poussière de pénétrer dans les yeux
- Apprendre à cligner fréquemment des yeux pour les garder humidifiés et faire travailler les paupières
- Si problèmes de fermeture de l'oeil, la personne doit utiliser un drap ou une moustiquaire pour se couvrir les yeux pendant la nuit
- En cas de conjonctivite (rougeur), appliquer de la pommade tétracycline Si kératite : pommade tétracycline et référer au spécialiste.

11. Communication pour le Changement de Conduite

Principaux Messages pour la communauté :

- La lèpre n'est pas un sort mais une maladie contagieuse qui peut atteindre toute personne.
- Elle est guérissable si elle est diagnostiquée et traitée à temps. Le traitement est gratuit.
- Pour toute tache qui apparaît progressivement sur la peau, non prurigineuse et non douloureuse, consultez le centre de santé.
- Si vous connaissez un malade de lèpre, encouragez-le à suivre son traitement jusqu'au bout.

Principaux Messages pour les malades :

- Chaque jour, faites les soins nécessaires pour éviter les complications de la maladie.
- En cas de douleur ou inflammation, consultez immédiatement.
- Faites examiner les personnes qui vivent avec vous.
- Prenez vos médicaments tous les jours jusqu'à la fin du traitement.

12. Suivi & Evaluation

12.1 Monitoring

Le suivi et l'évaluation sont des outils permettant d'identifier et de mesurer les résultats d'un tel programme, ce qui aidera bien sûr l'évaluation et l'ajustement des stratégies et les activités, rendre compte des progrès aux parties concernées, identifier et échanger avec les autres les bonnes pratiques et les leçons apprises, mieux programmer les nouvelles actions et stratégies.

Le Monitoring est un processus continu de collecte et d'analyse d'informations pour apprécier comment un programme est mis en œuvre, en comparant avec les performances attendues, donc il consiste à s'assurer que les activités sont exécutées en accord avec le plan d'action. Il permet l'identification rapide des problèmes et leur résolution opportune. Il se fait par l'observation au cours des visites de supervision et indirectement par l'analyse des rapports, lesquels doivent être régulièrement transmis au rythme trimestriel par toute FOSA à travers le système existant de transmission des rapports au sein du secteur de santé

Les outils de collecte d'information tels que le registre de cas lèpre, fiche de traitement de la lèpre remplis correctement et complètement sont utilisés par toute formation sanitaire de la zone endémique de la lèpre en vue de rendre facile la tâche de suivi en regard avec les activités de lutte contre la lèpre. A l'aide de ces outils on en sert aussi pour saisir les informations intégrales de chaque cas de lèpre dans la base de données électronique du Ministère de la Santé (HMIS).

12.2. Evaluation

L'évaluation fait appel à l'analyse des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés, à la fin d'une période donnée. C'est une mesure, aussi systématique et objective que possible, des résultats d'un programme, d'une intervention en vue de déterminer sa pertinence, et sa cohérence, l'efficacité de sa mise en œuvre, son efficacité et son impact ainsi que la pérennité des effets obtenus. Cependant, l'évaluation des activités de lutte contre la lèpre se fait trimestriellement avec par les formations sanitaires.

12.3. Indicateurs d'impact et résultats attendus

Objectifs / domaine de prestation	Indicateurs
Impact : Réduire de 35% le taux par 100 000 habitants des nouveaux cas avec infirmités de degré 2 d'ici l'an 2015, en comparaison avec le taux de 2010.	
Objectif 1 : Détection précoce et diagnostic de qualité	Nombre et taux de nouveaux cas détectés par 100 000 habitants par an.
	Nombre et % des patients évalués pour les invalidités lors du diagnostic.
	Nombre et taux par 100.000 habitants de nouveaux cas avec invalidités de grade 2.
	Proportion des nouveaux cas avec invalidités de grade 2.
	Nombre et % des contacts examinés parmi les contacts recensés (malades détectés au cours de l'année).
	Nombre et proportion de sites endémiques ayant organisé au moins un dépistage actif au cours de l'année.

Objectif 2 : Traitement efficace et suivi régulièrement	Taux d'achèvement du traitement
	Proportion d'abandons du traitement.
Prévention et prise en charge des incapacités de la lèpre	Nombre et % des patients évalués pour les invalidités en fin de traitement (même cohortes que pour les résultats de traitement)
	Proportion de patients ayant développé de nouvelles incapacités (augmentation du score max et ou du score total) parmi les cas évalués pour les invalidités en fin de traitement.
	Nombre et proportion de patients ayant terminé le traitement avec des stéroïdes.
Objectif 3 : Amélioration de la qualité des services de lutte contre la lèpre et l'implication des communautés	Nombre des HD endémiques ayant un point focal lèpre formé (Infirmier, Superviseur ou Médecin).
	Nombre des CS endémiques ayant un point focal lèpre formé.
	Nombre et % de cas correctement diagnostiqués et suivis (*) parmi les cas MB enregistrés 12 à 15 mois avant et les PB enregistrés 6 à 9 mois avant (évaluation en supervision).
Objectif 4 : Réhabilitation socio-économique des personnes affectées par la lèpre	Nombre de sites endémiques ayant une association sensibilisée sur la lèpre et un projet générateur de revenus.
	Nombre de familles bénéficiant d'un support pour réparer leur logement pendant l'année de référence.
Objectif 5 : Sensibilisation de la population concernant la lèpre	Proportion des sites endémiques ayant rapporté la tenue de séances de sensibilisation/IEC chaque trimestre.

(*) *Voir critères de qualité ci-dessous*

Critères de qualité pour le diagnostic:

- ✓ Le diagnostic est fait correctement selon les critères du guide technique
- ✓ La classification est correcte
- ✓ Le bilan neurologique est fait et les scores d'invalidités sont corrects
- ✓ L'examen des contacts est réalisé et documenté sur la fiche.
- ✓ La fiche est complètement et correctement remplie.

✓ Critères de qualité pour le traitement:

:

- ✓ Le malade a terminé le traitement dans les délais (dates de prise indiquées sur la fiche)
- ✓ L'examen neurologique a été répété en cours de traitement selon normes du programme (tous les 3 mois pour les PB et chaque mois pour les MB) et en fin de traitement.
- ✓ La prise en charge a été correcte en cas d'aggravation / réaction ; si Prednisolone a été prescrit, la cure a été prise complètement.

Références.

- *Ilep, Comment diagnostiquer et traiter la lèpre ? Guide d'apprentissage n° 1*
- *Ilep, Comment reconnaître et traiter les réactions lépreuses ? Guide d'apprentissage n° 2*
- *Ilep, Comment réaliser un examen de frottis cutané pour la lèpre Guide d'apprentissage n° 3*
- *Ilep, How to prevent disability in Leprosy? Learning guide 4.*
- *TB&ORD Division/RBC, Leprosy Natinal Strategic Plan 2014- 2018*
- *Directives opérationnelles pour la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale d'allègement de la charge hansénienne et de maintien des activités de lutte contre la lèpre 2006-2010. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Asie du Sud-Est, Nouvelle-Delhi*
- *La lèpre : H. Sansarricq.*

Photos extraites des guides ILEP susmentionnés

Annexes :

Annexe 1 : TACHES DES CHARGES LEPRE DANS LES FOSA

TACHES	ACTIVITES
1. Renforcer le dépistage de la lèpre	1.1. Intégrer une séance d'IEC sur la lèpre 1 x par semaine au CS, 1 séance par mois dans la communauté, 1 école par trimestre 1.2. Afficher l'algorithme de diagnostic de la lèpre dans les bureaux de consultation et inciter les prestataires à faire screening de la lèpre parmi les consultants avec lésions dermatologiques
2. Prise en charge des cas de lèpre	2.1. Faire l'examen initial complet y compris l'évaluation des invalidités (scores) 2.2. Elaborer la fiche de traitement, la carte du malade et l'enregistrer. 2.3. Donner les conseils au patient, y compris sur la PEC des invalidités 2.4. Suivre mensuellement l'adhérence au traitement (indiquer les dates sur la fiche) + répéter les conseils 2.5. Rechercher les irréguliers (via les ASC ou faire une VAD) 2.6. Répéter le bilan neurologique chaque mois pour les MB et chaque 3 mois pour les PB 2.7. Référer le malade en cas de nécessité (réaction sévère) 2.8. Faire l'examen final et le rapporter sur la fiche (y compris les scores) 2.9. Afficher l'algorithme de suivi de la lèpre dans le service ONE-STOP TB-Lèpre
3. Faire l'examen des contacts pour tout cas détecté	3.1. Recenser les contacts sur la fiche de traitement, à l'enregistrement du malade 3.2. Inviter les contacts au CS pour se faire examiner 3.3. Faire une visite à domicile pour examen des contacts domiciliaires et dans le voisinage proche (20 familles)
4. Assurer le suivi des anciens cas	4.1. Donner les conseils sur la prévention des invalidités et les auto-soins 4.2. Fournir du matériel de soins et de prévention aux malades 4.3. Faire les soins des ulcères 4.4. Assurer la référence à l'HD en cas de complication
5. Organiser les dépistages dans les villages où on trouve les cas	5.1. Etablir un calendrier de dépistage. 5.2. Informer les autorités locales de la date du dépistage et inviter la population 5.3. Sensibiliser la population sur les signes de suspicion de la lèpre (taches claires) 5.4. Faire le dépistage 5.5. Elaborer le rapport de l'activité.
6. Gérer les médicaments et les outils du programme	6.1. Faire la requête trimestrielle des anti-lépreux, prédnicombi, fiches de traitement et carnet du malade 6.2. Tenir à jour les fiches de stock des plaquettes anti-lépreuses
7. Planifier et faire le monitoring – évaluation des activités lèpre	7.1. Faire le plan annuel et le transmettre à la TB Division au plus tard le 31 janvier de chaque année avec les besoins (voir point 8) 7.2. Suivre la mise en œuvre du plan 7.3. Tenir le registre des cas complètement et correctement rempli 7.4. Faire les rapports trimestriels et le transmettre à la TB Division au cours des réunions d'évaluation TB-lèpre 7.5. Analyser les données selon les cibles du programme. 7.6. Vérifier que les fonds octroyés sont justifiés au programme
8. Solliciter au programme les aides aux patients	8.1 Disponibiliser la liste des personnes avec invalidités de la lèpre 8.2 Transmettre au programme la requête des besoins (plan type) pour le 31 janvier de chaque année <ul style="list-style-type: none"> - Mutuelle de santé pour les personnes avec invalidités - Matériel de soins (bassin, chloramine, vaseline, pansements) - Matériel de prévention (chaussures) - Frais de VAD, référence des malades, communication 8.3 Identifier les besoins d'aides ponctuelles (aide nutritionnelle, rénovation de maison) et transmettre la requête au programme au cas par cas
9. Appuyer les associations de malades de la lèpre	9.1. Participer aux réunions de l'association de malades de la lèpre 9.2. Leur fournir un appui pour élaborer leur projet générateur de revenus et transmettre la requête au programme. 9.3. Leur fournir un appui pour la mise en œuvre du projet générateur de revenus 9.4. Impliquer le chargé de la communauté pour renforcer la gestion des projets des associations.

Annexe 2 : TACHES EN RAPPORT AVEC LA LEPRE PAR NIVEAU

Taches	Niveau Responsable	COMMUNAUTE		FOSA				HD				NIVEAU CENTRAL	
		Patients /assoc.	ASC	Chargé Commuté	Consulta tion	PF Lèpre	Titulaire	Super viseur	Consulta tion	Infirmier PF Lèpre	Médecin PF Lèpre	TB DIVISION PF Lèpre	Hôpitaux référence
Sensibilisation de la communauté		√	√	√	√	√	√						
Identifier les suspects		√	√	√	√	√	√		√	√	√		
Faire le diagnostic de lèpre						√				√	√	√	√*
Prescrire le traitement						√				√	√		√*
Administrer la PCT (1 ^{ère} dose observée)						√				√			
Renforcer l'adhérence au Tt		√	√	√	√	√	√		√	√			
Faire l'examen des contacts					√	√			√	√			
Identifier les réactions		√			√	√	√		√	√	√		
PEC les réactions modérées					√	√	√		√	√	√		
PEC les réactions sévères											√	√	√*
Donner des conseils sur les mesures de prévention et PEC des invalidités		√			√	√	√		√	√		√	
Encourager le patient à faire les auto-soins		√	√		√	√	√		√	√			
Soins des ulcères		√			√	√	√		√	√			
Chirurgie de propreté											√		
Chirurgie de reconstruction													√**
Remplir les fiches des malades/registre						√				√			
Faire le rapport trimestriel						√				√			
Elaborer le Plan annuel lèpre						√	√			√		√	
Gérer les anti-lépreux						√				√		√	
Faire le calendrier des IEC				√		√		√					
Suivre l'exécution du Plan annuel lèpre						√	√	√		√		√	
Superviser								√				√	
Faire les requêtes d'appui au PNILT						√	√			√	√		
Appuyer les associations (projets)				√		√	√						

√*: Dermatologue, √**: Unité spécialisée (exemple HVP Gatagara)

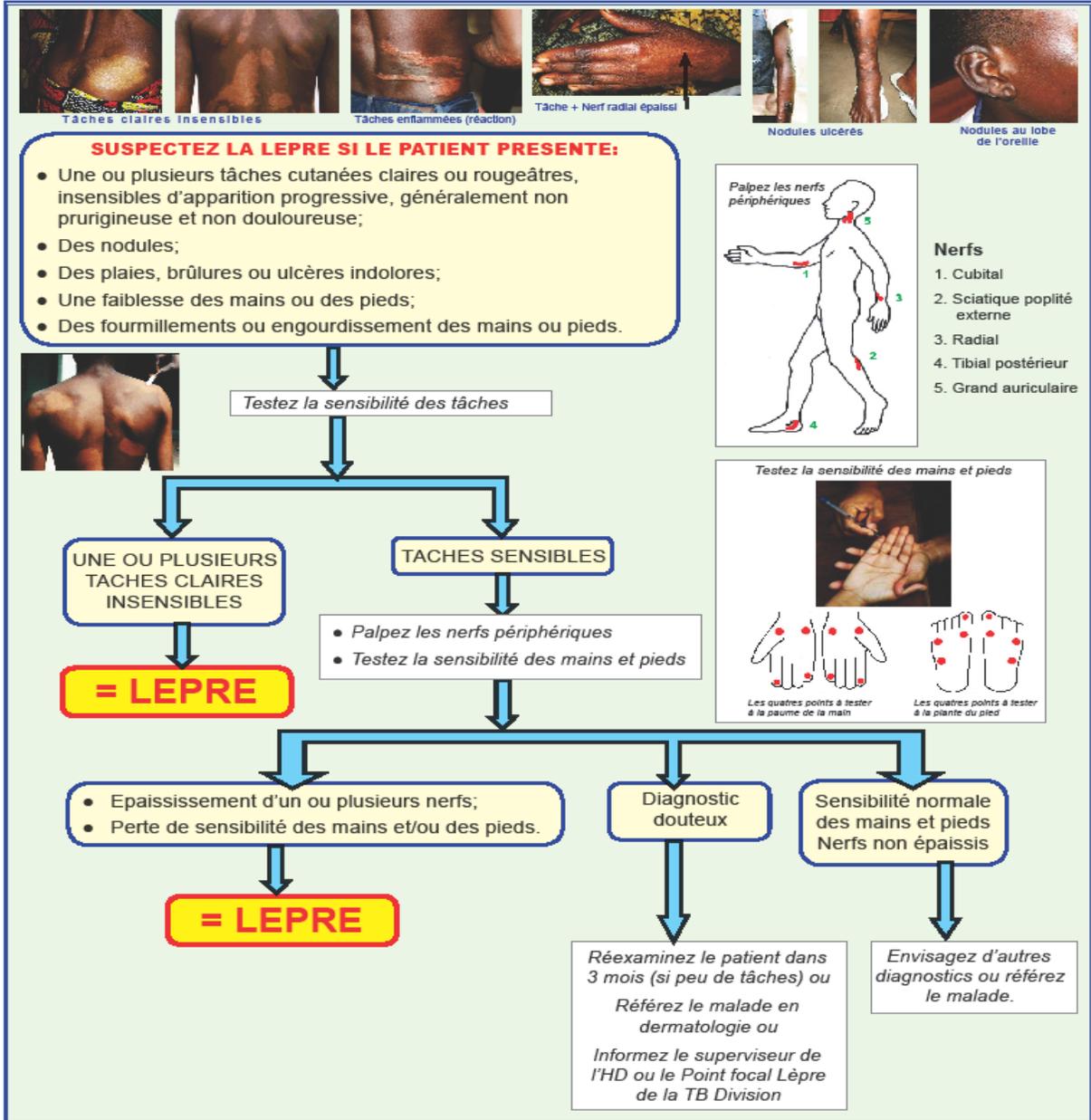
Annexe: 3 Algorithme de diagnostic de la lèpre

REPUBLIQUE DU RWANDA



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

ALGORITHME DE DIAGNOSTIC DE LA LÈPRE



Février 2014

Annexe: 4 Prise en charge et suivi du malade en traitement de lèpre

REPUBLIQUE DU RWANDA



MINISTRE DE LA SANTE

PRISE EN CHARGE ET SUIVI DU MALADE EN TRAITEMENT DE LEPRE

INITIATION DU TRAITEMENT				Conseils
1. Donner les conseils				1) La lèpre est guérissable; 2) Le traitement dure de 6 à 12 mois et est gratuit; 3) Le malade doit se traiter régulièrement pendant toute la durée prescrite; 4) La maladie n'est plus contagieuse une fois le traitement commencé; 5) Il faut examiner toutes les personnes qui partagent le domicile du malade le plus tôt
2. Classifier le cas				
Forme	PB		MB	
Nombre de tâches	0 à 5 tâches et maximum un nerf atteint		> 5 tâches ou plusieurs nerfs atteints (ou frottis BAAR+)	
Traitement	6 mois: Rifampicine + Dapsone		12 mois: Rifampicine + Dapsone + Clofazimine	
3. Faire le bilan neurologique				DEMANDER A EXAMINER TOUS LES CONTACTS DU MALADE Conseils en cas d'invalidités
<ul style="list-style-type: none"> Palper les nerfs; Tester la sensibilité des mains et des pieds; Tester la force musculaire des paupières, mains et pieds. 				
4. Evaluer les invalidités				Expliquer les mesures de protection des mains et des pieds insensibles: 1) Porter des chaussures; 2) Protéger les mains pour travailler; 3) Tremper chaque jour les mains et les pieds dans l'eau pendant 30 minutes et mettre ensuite de la vaseline ou huile, 4) Rechercher chaque jour les plaies et les soigner.
	Grade 0	Grade 1 (invalidités non visibles)	Grade 2 (invalidités visibles)	
Yeux	Normal		Diminution de la vue, cécité, lagophtalmie, rougeur due à un ulcère cornéal ou à une uvéite	Conseils pour la prise du traitement 1) Montrer comment prendre les comprimés à la maison; 2) Prendre les comprimés chaque jour à la même heure; 3) Le malade doit revenir à la fin de chaque plaquette avec son carnet et sa plaquette; 4) Le traitement peut donner des urines rouge et la peau plus foncée.
Mains	Normal	Perte de sensibilité à la paume des mains	Main tombante, griffes, plaies, perte de doigts	
Pieds	Normal	Perte de sensibilité à la plante des pieds	Pied tombant, steppage, ulcère, perte des orteils	
<ul style="list-style-type: none"> Le score maximum = grade le plus élevé dans l'un des 6 sites Le score total = somme des scores des 6 sites. 				
5. Remplir la fiche et le carnet du malade, le registre lèpre				
6. Donner la 1 ^{ère} dose de traitement sous observation				
SUIVI DU TRAITEMENT				Conseils à chaque prise de traitement
1. Surveiller et renforcer l'adhérence au traitement (conseils); 2. Donner la 1 ^{ère} dose sous observation; 3. Rappporter la date sur la fiche et le carnet; 4. Rechercher les réactions (inflammation des tâches, nodules, oedèmes); 5. Répéter le bilan neurologique et identifier les névrites: <ul style="list-style-type: none"> Cas PB: à la fin du 3^{ème} mois Cas MB: chaque mois 				1) Encouragez le malade à bien prendre son traitement chaque jour et jusqu'à la fin du traitement; 2) Il/elle doit consulter immédiatement en cas de douleur ou de nouvelle perte de sensibilité ou de nouvelle de perte de force des mains ou des pieds; 3) En cas d'invalidité, faire chaque jour les soins à la maison.
FIN DU TRAITEMENT				
1. Le traitement est achevé quand le malade l'a pris complètement dans les délais: <ul style="list-style-type: none"> PB : 6 doses en 9 mois maximum MB : 12 doses en 18 mois maximum 2. Faire l'examen final: Clinique, neurologique, scores d'invalidités et noter sur la fiche				Conseils en fin de traitement 1) Les tâches disparaissent progressivement mais certaines peuvent persister. 2) Les infirmités sont définitives et il faut continuer les mesures de prévention des plaies et des brûlures ainsi que les soins à la maison. 3) Il faut consulter immédiatement en cas de réapparition des signes, douleurs ou nouvelles infirmités.
PRISE EN CHARGE DES NEVRITES ET REACTIONS				
REACTION LEGERE	REACTION SEVERE		NEVRITES	Attention La Prednisolone doit être administrée sans interruption et à posologie progressivement décroissante.
Inflammation des tâches cutanées.	Tâches enflammées/oedème du visage ou sur un gros tronc nerveux, tâches/nodules ulcérés, oedème des extrémités.		Signes: nouvelle perte de sensibilité des mains/pieds; ou nouvelle perte de force musculaire des mains/pieds/paupières.	
Aspirine ou paracétamol: 500mg à 1 g jusqu'à 4 fois par jour.	Prednisolone durant 3 à 6 mois: Faites appel au point focal lèpre de l'HD ou du niveau central ou référez le malade.			

Tous les détails en rapport avec le traitement et dosages sont repris dans le guide Lèpre, 2^{ème} version 2011

