

## LA LEPRE : QUATRE CAS DE RETARD TARDIF

DIOP M M<sup>1,2</sup>, BERTHE A<sup>1,2</sup>, DIOUSSE P<sup>1,3</sup>, DIAL C<sup>6</sup>, MAHAMAT Y<sup>1</sup>, FALL L<sup>4</sup>, TOURE P S<sup>1</sup>, SARR M M<sup>1,5</sup>, DIATTA B A<sup>3</sup>, FAYE FA<sup>2</sup>, TALL C T<sup>6</sup>, DIOP B M<sup>1</sup>, KA MM<sup>1</sup>

### RESUME

**Introduction :** Les modes de révélations cliniques de la lèpre sont nombreux et polymorphes avec comme signes les plus fréquents des atteintes cutanées et neurologiques. Certaines de ses manifestations comme celles articulaires sont inhabituelles. Son élimination en tant que problème de santé publique semble engendrer sa méconnaissance avec comme conséquence un risque de diagnostic tardif. Nous rapportons quatre observations de lèpre dépistée tardivement du fait de leur mode de présentation atypique.

**Observations :** Il s'agissait de 2 hommes et de 2 femmes dont les âges étaient entre 28 et 34 ans. La durée d'évolution des signes avant le diagnostic était en moyenne d'un an. Les modes de révélations étaient : une monoarthrite dans un cas, un mal perforant plantaire dans un cas, des doigts boudinés et une fièvre dans un cas. La découverte était fortuite dans un cas au décours d'une rectosigmoidoscopie chez une malade présentant une rectocolite hémorragique. Les diagnostics initiaux étaient un diabète, une connectivite, une polyarthrite rhumatoïde et une maladie hémorroïdaire. Les macules hypochromiques et hypoesthésiques associées aux signes nerveux ont fait évoquer la lèpre dans tous les cas. La confirmation était faite par la présence à l'histologie d'un granulome tuberculoïde après biopsie des macules. Il s'agissait d'une forme paucibacillaire dans 3 cas et d'une forme multibacillaire dans un cas. L'examen bactériologique après prélèvement exsangue des lobules des oreilles et coloration de Ziehl Neelsen a objectivé dans un cas la présence de multiples bacilles de Hansen. Une polychimiothérapie antilépreuse selon le schéma recommandé par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) avait entraîné une évolution satisfaisante dans tous les cas.

**Conclusion :** Le caractère polymorphe de la lèpre et la baisse de sa prévalence constituent une source d'erreur diagnostic. La sévérité de ses complications doit mener à une bacilloscopie et une histologie de toute lésion suspecte en vue d'une prise en charge précoce.

**Mots-clés :** Lèpre-diagnostic-Sénégal

### ABSTRACT

#### DELAY DIAGNOSE OF LEPROSY, ABOUT 4 CASES

**Context:** Leprosy could be revealed by heterogeneous scenarios among which cutaneous and neurological signs often be at the foreground. However, unusual sign like articular manifestations or association with visceral disease may be encountered. In Senegal, elimination of leprosy like public health problem could engender its misunderstanding. We report four cases of delay diagnosis of leprosy related to their unusual aspects.

**Cases:** It was about two male and two female aged between 28 and 34 years for whom wandering diagnosis evolved during around one year.

Revealing sign was monoarthritis of hand for the 1st observation, and plantar ulcer for the second case. Ulcerative colitis was the main sign for the third observation and fever of unknown origin associated to pudgy hands was noted for the last observation. Skin and nervous signs lead to diagnosis of leprosy in all cases. Histology allowed setting up diagnosis by presence of a tuberculoid granuloma in all of them and bacteriological examination highlighted presence of *M. Leprae* in one case. The treatment used chemotherapy according to recommendation of the WHO and lead to a good outcome for all patients.

**Conclusion:** Atypical and heterogeneous aspects of leprosy could engender delay diagnosis. The functional and vital forecast of this disease must lead to early diagnosis by bacteriological and histological examination, in order to prevent its gravity.

**Keywords:** Leprosy-Diagnosis-Senegal

- 1- Université de Thiès - UFR des Sciences de la Santé
- 2- Service de Médecine Interne Centre Hospitalier Régional de Thiès,
- 3- Service de Dermatologie-Vénérologie Centre Hospitalier Régional de Thiès,
- 4- Centre Hospitalier de L'Ordre de Malte
- 5- Consultations de Neurologie Hôpital Saint Jean de Dieu Thiès
- 6- Service d'Anatomie Pathologique, HOGGY
- 7- UFR Santé de Ziguinchor, Université de Ziguinchor

**Auteur correspondant :** Dr Madoky Magatte Diop, Université de Thiès - UFR des Sciences de la Santé  
Tél : (221) 33 951 11 64 I BP: 967 Thiès (Sénégal) courriel : maxmadoky@hotmail.com

## INTRODUCTION

La lèpre ou Maladie de Hansen sévit encore dans les régions intertropicales, malgré son élimination en tant que problème de santé publique dans certains pays comme le Sénégal. En effet, sa prévalence en 2002 était inférieure à 1 cas pour 10.000 habitants dans ce pays [1, 2, 3]. De nouveaux cas sont recensés chaque année avec en plus une tendance à l'urbanisation de l'endémie et un probable éveil d'anciens foyers où la transmission se fait même chez les enfants [4]. Sa gravité est manifeste du fait des séquelles motrices en rapport avec les atteintes neurologiques et osseuses mutilantes et la dissémination viscérales qui met en jeu le pronostic vital [5]. Nous rapportons 4 cas de lèpre de diagnostic tardif, pris en charge au service de médecine interne du centre hospitalier régional de Thiès (Sénégal).

Nos observations

### OBSERVATION 1 :

Le 20 Mai 2009, Mr A D 32ans, est admis pour des arthralgies déformantes de la main droite évoluant par poussées et remissions depuis 3 ans. Le diagnostic initial était celui d'une polyarthrite rhumatoïde. L'examen mettait en évidence une brûlure indolore de la face externe du Vème doigt [figure 1] et une macule hypochromique, hypoesthésique de la face externe du bras gauche [figure 2]. Une hypertrophie des troncs nerveux était aussi objectivée au niveau cubital et poplité.



**Figure 1 :** Brûlure indolore face externe du Vème doigt

A la biologie, l'hémogramme était normal et il n'existait pas de syndrome inflammatoire. La recherche de facteur rhumatoïde et d'anticorps anti-CCP (peptides citrillunés) était négative.

La radiographie de la main ne montrait pas de lésion osseuse et le prélèvement bactériologique aux lo-

bules des oreilles après coloration de Ziehl Neelsen n'objectivait pas de bacilles de Hansen. Toutefois, l'histologie des lésions cutanées montrait des granulomes épithélio-gigantocellulaires sans nécrose caseuse. Une trithérapie anti lèpreuse avait entraîné une bonne évolution clinique.



**Figure 2 :** Macule hypochromique et hypoesthésique du bras gauche

### OBSERVATION 2 :

Mr S D âgé de 28ans, présentait depuis 1 an un mal perforant plantaire droit sans étiologie précise. L'examen lors de l'admission notait un gros tronc nerveux au creux poplité et la présence de discrètes macules hypochromiques. La baciscopie était négative mais l'histologie d'une macule hypochromique du dos montrait un granulome tuberculoïde en faveur d'une lèpre TT (Tuberculoïde Tuberculoïde). Un protocole thérapeutique de lèpre pauci bacillaire (PB) était instauré pendant 6 mois associé aux soins quotidiens du mal perforant plantaire et à une prophylaxie contre le tétanos. De plus le malade a eu des séances de kinésithérapie avec port de chaussures adaptées aux déficits. L'évolution était marquée par une notable régression des lésions plantaire et cutanée.

### OBSERVATION 3:

Mme D K âgée de 30 ans était adressée en Médecine Interne le 11 Février 2013 pour rectorragie et des selles glairo-sanglantes évoluant depuis 7 mois. L'examen montrait des macules hypochromiques d'aspect cuivré et indolore à la fesse gauche et du front. Elle présentait aussi une lagophtalmie droite [figure 3] et une hypertrophie douloureuse du nerf cubital gauche avec griffe de la main homolatérale.

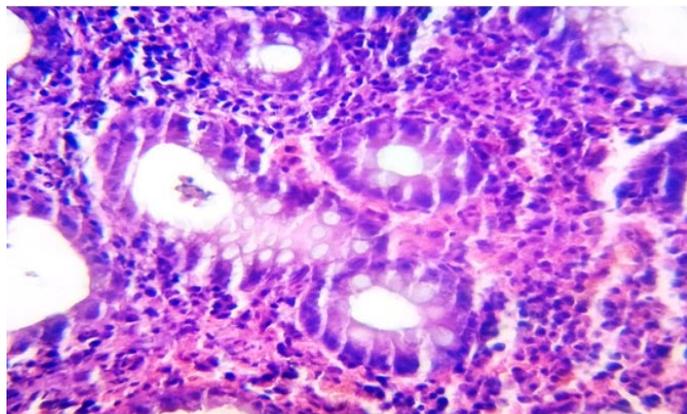
L'hémogramme montrait une anémie ferriprive à 8g/dl d'hémoglobine. La fonction rénale et hépatique, la glycémie et la recherche de parasites dans les selles étaient normales. Des biopsies colorectales étagées sur des lésions purpuriques étendues confirmaient

une rectocolite hémorragique (RCH) active [figure 4]. Le diagnostic de lèpre était confirmé par la présence d'un granulome tuberculoïde à l'examen histologique après biopsies des lésions cutanées.

Une PCT antilépreuse pendant 6 mois associée au traitement de la RCH avait entraîné une rémission complète et stable et un regain pondéral.



**Figure 3** : lagophtalmie droite chez la même malade (figure 2)



**Figure 4** : chorion muqueux congestif et très inflammatoire siège d'infiltrats lymphocytaires plasmocytaires et de polynucléaires. Les glandes de Lieberkuhn sont bien conservées. Absence de bacilles acido-alcoolo résistants.

GROS X 300. H.E. LABORATOIRE ACP HÔPITAL DE GRAND YOFF

#### OBSERVATION 4

Le 1er Juillet 2013, Madame S. ND âgée de 34 ans était adressée en Médecine interne pour une impotence fonctionnelle relative des deux membres inférieurs et des œdèmes des quatre membres. A l'examen, elle présentait des doigts boudinés et une mobilisation douloureuse des poignets et des méta-

carphalangiennes dans un contexte de forte fièvre sans foyer objectivé.

Il était mis en évidence de larges placards érythémateux à surface desquamative siégeant aux cuisses, aux bras, au visage et au tronc associés à des macules hypochromiques éparses et une lagophtalmie gauche.

La biologie montrait une anémie microcytaire à 10g/dl d'hémoglobine et un syndrome inflammatoire non spécifique.

L'histologie des lésions cutanées confirmait la présence d'un granulome tuberculoïde permettant de retenir le diagnostic de lèpre. L'intensité des phénomènes inflammatoires cutanée, la névrite et la fièvre confirmait une réaction d'inversion (RI) lépreuse associée à une multinévrite. La PCT associée à une corticothérapie à raison de 1mg par kg et par jour de prednisone pendant 7 jours puis baisse par paliers pendant 4 semaines, avait entraîné une rémission durable.

#### DISCUSSION

Nous rapportons 4 cas de lèpre (chez 2 hommes et 2 femmes) dont les âges variaient entre 28 et 34 ans. Il s'agit de la forme TT dans 2 cas et BT (Bordeline Tuberculoïde) et LL (Lépromateuse Lépromateuse) chacun dans un cas. Les particularités de nos observations étaient la longue durée d'évolution avant le diagnostic du fait d'une errance diagnostique et la gravité attestée par une réaction reverse dans une observation ou un mal perforant dans un autre cas. En effet, les cas de lèpre au Sénégal sont encore dépistés au stade de complications en raison de sa méconnaissance, du faible niveau économique et du recours à la médecine traditionnelle [5]. L'errance diagnostique est aussi due à la relative rareté des cas de lèpre notée dans les structures de soins et au caractère atypique des lésions dans les différents cas. Des retards de 6 ans et de 4 mois ont ainsi été notés respectivement en Tunisie et en France [6,7]. En effet, les douleurs articulaires, l'aspect boudiné des doigts et les manifestations cutanées polymorphes faisaient évoquer en premier une connectivite dans un cas et les polyarthrites déformantes une polyarthrite rhumatoïde dans 2 cas. La confusion entre lèpre et maladie rhumatismale a déjà été rapportée dans la littérature [8].

Les macules hypochromiques étaient certes non évocatrices mais leur caractère hypoesthésique associé à l'hypertrophie nerveuse devait faire évoquer une lèpre. Enfin, la présence d'un granulome tuberculoïde et la positivité de la bacilloscopie après prélèvement exsangue ont permis de retenir le diagnostic de lèpre.

Le mal perforant plantaire témoigne non seulement de la longue durée d'évolution mais aussi du risque de tétanos, d'ostéite et de sepsis. Les névrites sévè-

res notées au cours de la réaction d'inversion peuvent évoluer vers une paralysie ou des mutilations. L'aspect de doigts boudinés est certes trompeur mais il peut constituer une forme inaugurale trompeuse de la lèpre surtout dans sa forme lépromateuse [9]. Les manifestations oculaires ne sont pas rares et elles sont notées dans 5 à 95% des cas, [10]. L'association entre RCH et lèpre semble fortuite. L'examen anorectoscopique a permis cependant de déceler des signes cutanés en zone péri anale. Le traitement a consisté en une polychimiothérapie telle que recommandée par l'OMS, entraînant la guérison chez tous nos malades [11].

## CONCLUSION

Le caractère polymorphe de la lèpre et sa méconnaissance liée à la baisse de sa prévalence constituent une source d'errance diagnostic. La sévérité de ses complications doit mener à une bacilloscopie et une histologie de toute lésion suspecte en vue d'une prise en charge adéquate. Un dépistage précoce tel que recommandé par l'OMS, devrait permettre de réduire l'occurrence des nouveaux cas dans la communauté [4,5].

## RÉFÉRENCES

1. SEYDI M., MANE I., SOUMARE M. et al Evaluation de l'endémie lépreuse au Sénégal en 2002 Med. Mal. Inf., 2005, 35(4): 225-227
2. WHO. Action program for the elimination of Leprosy. WHO/LEP/98.
3. Guissé I. Situation de la lèpre au Sénégal, Rapport PNL 2011
4. OMS Relevé épidémiologique hebdomadaire No. 34, 2012, 87, 317–32824 AUGUST 2012, 87th year
5. S.O Niang, M. Diallo, M. Ndiaye et al. Epidemiologic and clinicopathologic aspects of Leprosy in Dakar; evaluation of 73 new cases Dermatolgy Reports 2011; 3(18):40-42
6. MILADI M.I., FEKI I., BAHLOUL Z. et al Rhumatisme inflammatoire chronique révélant une lèpre « borderline » Rev. Rhum., 2006, 73(5) : 502-505
7. BOBIN P. Les différentes formes de lèpre In. Sansarricq H, editor, 1995: 74-84
8. MEYER M., INGEN-HOUSZ-ORO S., IGHILAHIRIZ O. et al Polyarthrite et éruption papuleuse révélant une lèpre Rev. Med. Int., 2008, 29(3) : 242-245
9. KUNTZ J.L., MEYER R., VAUTRAVERS P.H. Polyarthralgies au cours de la lèpre Sem Hôp (Paris), 1979, 55 : 1889–1892
10. LANDAIS C., GRAFFIN B., LEYRAL G. et al Syn-

drome des mains boudinées révélant une lèpre lépromateuse. Med. Mal. Inf., 2009, 39(1) : 55-56

11. DUCHATEAU N. Lèpre et œil Rapport SFO, 2010 : 129-132
12. FLAGEUL B. Maladie de Hansen - Lèpre. Encycl Méd Chir Dermatologie, 2001, 98 :19