

IMPORTANCE CLINIQUE ET EPIDÉMIOLOGIQUE
DE LA LÈPRE CHEZ LES ENFANTS
DANS QUELQUES RÉGIONS (IRAN)

Dr. ASSEFI (V.) *

Introduction: Il est évident que dans tous les pays où la lèpre est répandue et dans les régions d'endémicité reconnue, les lésions cutanées peuvent être facilement confondues avec des lésions cutanées dues à d'autres maladies.

Pratiquement il est impossible de décrire en détails dans le cadre de la présente étude les maladies communément rencontrées chez les enfants dans ce pays, mais on peut les citer comme suivant:

Impétigo, gale, mycoses, blessures, cicatrices, leishmanioses, etc.....

Contrairement à l'opinion très répandue, en Iran la lèpre n'est pas une maladie exceptionnelle chez les enfants qui sont en contact continu avec leurs parents ou autres malades atteints de la lèpre, surtout lépromateuse (5), (6).

En Iran la courbe géographique de la région contaminée par la lèpre est assez large commençant du nord-est de la carte de l'Iran en descendant vers le nord-ouest en traversant par la mer Caspienne.

* Service de Recherches Cliniques, Institut Pasteur, Teheran, IRAN.

Nous avons montré dans une autre étude que la forme lépromateuse est dominante au moins dans la région nord et plus particulièrement au bord de la mer Caspienne.

MATERIEL ET METHODES: cette étude a été réalisée dans les régions de Khorassan, * au nord-est et de Guilan au nord de l'Iran chez 6250 enfants de 0-15 ans habitant dans les régions montagneuses, agricoles, rurales, ainsi que celles des deux léproseries et Behkadeh Radji, qui sont en contact continu avec leurs parents ou autres malades atteints de la lèpre surtout lepromateuse.

Tous les sujets sont examinés d'abord Cliniquement, surtout au point de vue des lésions cutanées et plus particulièrement de sensibilités douleurs, thermiques et tactiles. Si nous avons trouvé une lésion cutanée même hypo ou hyperpigmentée, nous procédions des examens complémentaires comme suivant:

- Examens bactériologiques.
- Examens serologiques.
- Examens hist-pathologiques.
- Test cutanés, etc., (1), (3), (4).

RESULTATS ET COMMENTAIRES: Au cours d'une enquête de dépistage épidémiologique, durant près de 2 ans, nous avons constaté parmi la population sus-mentionnée, 42 cas qui présentaient des divers symptômes cutanés, dont 12 confirmés bactériologiquement. Dans 5 cas, nous avons trouvé des critères bactériologiques, chez d'autres seulement des symptômes cliniques très évidents. Nous avons constaté des aspects histologiques suspects, qui sont sous contrô-

* Les villages choisis: Moraveh-Tappe, Yekkeh-Tchal, Pouli, Ammande, Garmab, Intcheh, Zarde, Behkadeh, Kastan, Soulguerde, Robot-Gara-Bile, Achkhaneh, Tchaman-Bide, Tchechmé-Khan, Vyar, Achque-Var, Aloulaque, Ciah-Kal, Roud-Bar, Baba-Baghi, Mehrab-Khan.

le regulier chaque 6 mois. La distribution des cas est comme suivante:

I. Distribution des cas selon formes clinique: (2), (3), (7), (8), (9).

I.....	3 cas
TT.....	2 cas
BT.....	1 cas
BB.....	2 cas
BL.....	2 cas
LL (Variété Histoide)...	2 cas
LL.....	5 cas
<hr/>	
Total	17 cas

2. Distribution selon groupe d'âge:

0 - 4 ans	2 cas
5 - 9 ans	12 cas
10 -15 ans	28 cas
<hr/>	
Total	42 cas

3. Source contamination probable:

- Parmi 42 enfants ayant de lésions cutanées, nous avons trouvé 31 enfants exposés à une contagion de lèpre familiale, ayant l'un des parents ou les deux atteints de la lèpre comme suit:

Père	16 cas
Mère	9 cas
Père et mère	6 cas

Total	31 cas
-------	--------

- Dans les familles des 11 enfants nous avons trouvé seulement 2 familles dans lesquelles 2 pères étaient atteints de la lèpre Tuberculoïde (T) et dans 9 cas nous n'avons pu trouver aucun cas de contact.

- Il n'existe pas de différence marquée entre les sexes.

4. Selon des signes cliniques:

Lésions cutanées seules.....	37 cas
Lésions cutanées et troubles de sensivites...	3 cas
Hypertrophie nerveuse seule	2 cas

Total	42 cas
-------	--------

5. Pour donner une notion générale nous rappelons très brièvement que chez les malades sus-mentionnés, il y avait des signes cutanés comme suit:

Tache circulaire hypopigmentée, tache infiltrée annulaire à contours nettes ou floues, tache hypopigmentée légèrement squameuse, de gros nodules ressemblant à des fibromes, tache atrophique et plane, infiltration diffuse, nombreux nodules disséminés, atrophie musculaire, paralysie musculaire et contracture, perte de sensibilité à la palpation et épaissement des nerfs périphériques surtout du nerf cubital. (8).

Il sera peut être intéressant de rappeler que dans une famille, dont le père est atteint seulement par la lèpre lépromateuse, nous avons vu un garçon et 2 filles âgés de 14, 11 et 7 ans atteints par ordre d'âge par les formes LL, BT et BL.

Conclusion: En présentant trois observations de nos petits malades, nous voudrions rappeler que le diagnostic et l'interprétation des symptômes cliniques, surtout neurologiques sont très délicats chez les enfants; c'est pourquoi nous attirons l'attention des praticiens, d'examiner les petits malades avec patience et beaucoup d'attention, particulièrement pour la sensibilité douleur, thermique et tactile; car dans la majorité des cas, le diagnostic de la lèpre n'est possible en clinique qu'à condition que l'examen soit fait correctement et avec des notions épidémiologiques, surtout dans les régions où la lèpre est endémique. D'autre part la lèpre n'est pas exceptionnelle chez les enfants, car ils sont plus sensibles à atteindre la maladie, surtout s'ils ont un contact continu avec leurs parents ou autres malades.

OBSERVATION NO.1

Enfant de 11 ans, habitant dans un village de Khalkhal, nord-ouest de l'Iran, où la lèpre est hyper-endémique.

Dans la famille du malade nous avons trouvé 2 anciens lépreux atteints de lèpre lépromateuse (le père et la mère du malade).

La maladie, chez l'enfant a commencé il y a 2 ans par l'apparition d'un petit nodule de la grandeur d'un petit pois dans la racine interne du sourcil gauche. Dans les mois suivants le nombre de nodules a augmenté dans les régions de la face et sur tout celles des mains. Après un an et demi, deux nodules situés sur la main gauche ont augmenté de volume et le malade a été opéré pour le diagnostic de fibrome. Après 2 ans nous avons eu l'occasion de voir le malade au cours d'un dépistage dans la région.

Nous avons procédé à des biopsies et des prélèvements du sue dermique. Nous avons constaté l'aspect histologique de la lèpre lépromateuse, variété histoïde, et des bacilles acido-résistants recouvrant toute la surface des lames.

OBSERVATION NO.2.

Fille de 10 ans, habitant dans un village montagneux de Gazvine (nord-ouest de Téhéran), adressée par un médecin pour examen des lésions cutanées au point de vue mycologique. A l'examen clinique nous avons trouvé des plaques hypochromiques infiltrées aux bords et anesthésiques à leur centre. Après avoir visité le village natal de la malade, nous avons trouvé dans la famille une malade atteinte à la lèpre lépromateuse. Nous avons procédé à une biopsie; l'aspect histologique et la positivité du test de Mitsuda ont confirmé la lèpre Tuberculoïde.

OBSERVATION NO.3:

Enfant de 6 ans, adresse pour une plaque erythemateuse de la grandeur $2 \times 2\frac{1}{2}$ cm. dans la région dorsale. Au centre de cette lésion il y avait une partie normale de peau. Nous avons pu trouvé, avec difficulté, une parésie dans la lésion. Le père du malade est atteint de la lèpre Tuberculoïde. L'examen histologique et le test de Mitsuda, faiblement positif, ont confirmé le diagnostic de lèpre Borderline-tuberculoïde (BT).

RESUME

An cours d'une enquête de dépistage épidémiologique, nous avons examiné 6250 enfants de 0-15 ans dans differ-

entes régions endémiques du pays. Nous avons procédé des examens cliniques, bactériologiques, sérologiques et histopathologiques pour le diagnostic. Nous avons constaté que:

1^o-La lèpre chez les enfants n'est pas, non seulement, exceptionnelle, mais ils existent plusieurs cas, surtout dans les régions où la maladie est endémique. (10).

2^{eme}-Parmi les sujets examinés, nous avons dépisté 42 enfants, malheureusement atteints à la lèpre, donc d'entre eux nous avons trouvé la source de contamination (Dans 31 cas).

3^{eme}-Nous sommes obligées d'admettre que dans les régions d'endémicité reconnue, l'apparition des lésions cutanées de la lèpre, surtout celles de la lèpre lépromateuse, peuvent être facilement confondues avec la majorité des lésions cutanées. Il reste toutefois du devoir du médecin de bien veiller à ce que l'examen clinique soit complété par des examens bactériologiques, immunologiques et surtout anatomo-pathologiques, afin de poser un diagnostic rapide qui ne pourrait angoissant et même préjudiciable dans l'ordre des relations sociales, familiales ou personnelles pour le malade.

REFERENCES

1. CIVATTE (J.) Histopathologie cutanée, 1967.
2. TURK (J.L.) Immunologie médicale, 2^{eme} édition, 1975.
3. LANGUILLON (J.) et CARAYON (A.) Précis de léprologie, 1969.
4. ASSEFI (V.) et GAULIER (M.) Tests Tuberculiques et Mitsuda chez les enfants des lépreux en Iran. Séminaire sur la lèpre. 21-23 Juin, 1976, Téhéran, IRAN.
5. ASSEFI (V.) Contribution à l'étude de 7 cas de la lépromateuse a cellules fusiformes ou lèpre histoiide de

Wade en IRAN. Proceeding of 5th International Congress held in Tehran. May 30 th-June 1st, 1978.

6. ASSEFI (V.) Contribution à l'étude clinique et épidémiologique de la lèpre chez les enfants en Iran. XI^{eme}. Congrès International de la lèpre. Mexico, 13-18 Novembre 1978.
7. CENTNER (J.) Allergie et immunologie clinique. 1975.
8. NOUSSITOU (F.M.), SANSARRICQ (H.) et WALTER (J.) La lèpre de l'enfant. O.M.S. GENEVE, 1976.
9. RIDLEY (D.S.) Histological interpretation and clinical application, Document Geigy. 1977.

دکتروالی اله آصفی و همکاران . آزمونهای توپرکولین و لیرومین در اطفال
مجدومین و استفاده از واکسن ب ، ث ، ز . در آنها . مجله نظام پزشکی
ایران . سال ششم . شماره اول ۱۳۵۶ .