

Epidémiologie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie de 1983 à 2017

L'étude épidémiologique des cas notifiés de 1983 à 2017 comptabilise 342 cas. Depuis 1988 l'incidence globale annuelle est inférieure à 1/10 000 habitants, seuil d'endémicité fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Néanmoins, l'étude révèle, depuis 6 ans, une zone de surendémie sur l'île de Bélep (lieu d'implantation de la première léproserie) où l'incidence est de 16,1/10 000 habitants. Sur les 10 dernières années, la prédominance de formes multibacillaires (MB) et la découverte de nouveaux cas de lèpre pédiatrique démontrent la persistance d'une transmission en Nouvelle-Calédonie. Suite à cette étude, des mesures de santé publique et des études approfondies ont été mises en place depuis 2018.

I.8.1.1 Introduction

La lèpre est une maladie bactérienne causée par le bacille de Hansen (*Mycobacterium leprae* complex) affectant principalement la peau et les nerfs périphériques. A long terme, elle induit des déficits moteurs et des déformations entraînant une forte stigmatisation. Bien qu'elle ne soit plus un problème de santé publique au niveau mondial depuis 2000 et dans la plupart des pays depuis 2005, de nouveaux cas sont toujours décrits chaque année (environ 200 000 au total en 2016), y compris dans des territoires français d'outre-mer, notamment en Guyane et à Mayotte.

En Nouvelle-Calédonie, la lèpre a été signalée avant les années 1860. Les tribus de la côte Est de la Grande-Terre semblent avoir été contaminées après la révolte indigène de 1878, par les lépreux ignorés venant de la côte Ouest. Les premiers cas de lèpre furent signalés officiellement en 1883 et en 1892, on en recensait 37.

La lèpre est une maladie à déclaration obligatoire et le dispositif de déclaration des cas se fait par notification à la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS-NC) au moyen d'une fiche spécifique.

La lèpre a toujours été vécue comme une menace par la population et les lépreux mis au ban de la société, rejetés par leur communauté et leur famille. La première léproserie a été installée à Bélep dans la province Nord en 1892 et a abrité jusqu'à 400 lépreux. L'île étant isolée et difficile d'accès, en 1898 il a été décidé d'évacuer les malades et de les renvoyer dans leurs tribus où un endroit à l'écart leur était, en principe, réservé. Après un nouvel essai malheureux de léproserie sur l'île aux Chèvres (1898-1918), un sanatorium ouvrit ses portes en 1918, sur la presqu'île de Ducos, près de Nouméa jusqu'en février 2016. [4]

Depuis la fermeture de la dernière léproserie, les patients hanséniens ou suspectés de l'être sont diagnostiqués, suivis et traités par le service de Médecine interne et maladies infectieuses du CHT. Le service de santé publique de la DASS-NC se charge quant à lui de la partie épidémiologique, des enquêtes autour des cas, de la recherche active de cas, de la formation des professionnels de santé et de l'information auprès de la population.

Une information sur la lèpre est assurée par le service de santé publique de la DASS-NC en partenariat avec le service de médecine interne et maladies infectieuses, au personnel médical et para médical des dispensaires du Nord, du Sud et des Iles Loyauté.

I.8.1.2 Population et méthodes

Recueil des données

L'analyse présentée est une étude rétrospective basée sur le registre de la lèpre de Nouvelle-Calédonie qui couvre 34 années d'enregistrement des cas, de 1983 à 2017. Ce registre comprend les données démographiques (nom, prénom, commune de résidence, tribu, âge, sexe), cliniques, biologiques et thérapeutiques des patients pris en charge pour une lèpre.

Le dépistage en Nouvelle-Calédonie est à la fois passif et actif (Figure 1) :

- Passif : les patients sont adressés au CHT, soit par leur médecin traitant, soit par le médecin du dispensaire dont ils dépendent.

- Actif : les contacts des nouveaux cas sont vus une fois par année pendant une durée moyenne de 5 ans. Ils reçoivent une information sur cette maladie de manière à pouvoir dépister au plus tôt les premiers signes cliniques. Chaque année ils ont également un examen clinique, un prélèvement du suc dermique des 2 lobes d'oreille ainsi qu'un prélèvement de la muqueuse nasale.

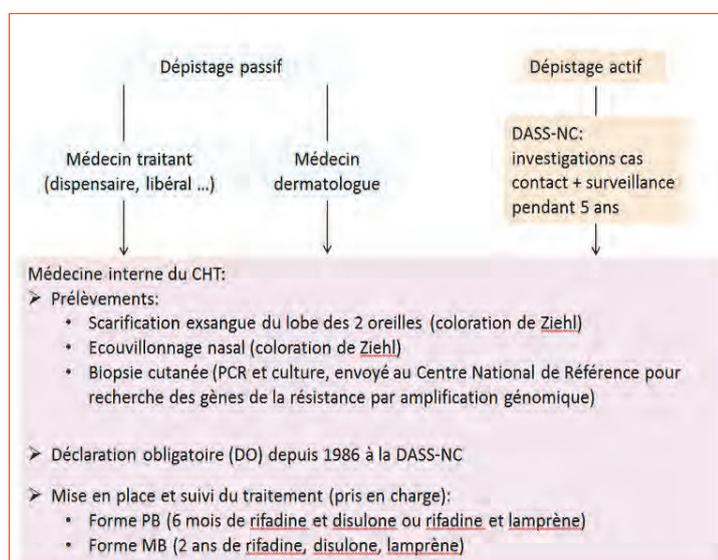


Figure 1. Surveillance et prise en charge de la lèpre en Nouvelle-Calédonie

(1) Direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC),

(2) Service de médecine interne et maladies infectieuses du Centre Hospitalier Territorial (CHT) de Nouvelle-Calédonie,

(3) Laboratoire de bactériologie infectieuses du CHT de Nouvelle-Calédonie,

(4) Laboratoire de bactériologie-hygiène de l'hôpital Lariboisière associé au Centre National de Référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA), Lariboisière, Paris.

Le taux de prévalence utilisé est le rapport à la population du nombre de malades nécessitant ou recevant un traitement, en sont exclus ceux qui reçoivent un traitement préventif, qui ont terminé leur traitement ou qui sont en simple observation, patients dits en observation sans traitement (EOST).

Pour chaque nouveau cas suspect, outre l'examen clinique, sont réalisés des frottis bactériologiques (muqueuse nasal et suc dermique des 2 lobes d'oreilles), une biopsie cutanée en cas de lésion(s) cutanée(s) pour anatomopathologie et bactériologie et selon les symptômes une consultation d'ophtalmologie et un électromyogramme des 4 membres.

La lèpre est classée en plusieurs formes selon le nombre d'éléments cutanés, l'atteinte neurologique et l'identification des bacilles aux frottis [5 ; 6]:

Mono lésionnelle (PBML) : 1 seule lésion cutanée de lèpre, sans atteinte neurologique.

Paucibacillaire (PB) : de 2 à 5 lésions cutanées (anesthésiques), distribution asymétrique et un seul nerf touché si atteinte neurologique. Indice bactérien (IB) = 0.

Multibacillaire (MB) : ≥ 5 lésions (sans trouble de la sensibilité ou hypoesthésique), distribution plus symétrique, atteinte neurologique avec plusieurs nerfs. IB = 1+

Pour les patients multibacillaires, une biopsie cutanée est adressée au Centre National de Référence des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux (CNR-MyRMA). Des tests rapides à la recherche d'une résistance par amplification génomique y sont également pratiqués.

Le traitement utilisé en Nouvelle-Calédonie depuis 1983 est adapté des recommandations françaises de l'OMS [6 ; 7]. Actuellement il est composé de :

- rifampicine et dapsons, donnés quotidiennement plus clofazimine donnée mensuellement pendant 6 mois pour les formes PB. Une bithérapie sans clofazimine est possible dans les PBML.

- rifampicine, dapsons et clofazimine donnés quotidiennement pendant 2 ans pour les formes MB avec contrôle des frottis à 6 mois, 1 an et 2 ans.

I.8.1.3 Résultats

Incidence et prévalence de la lèpre en Nouvelle-Calédonie

De 1983 à 2017, 342 patients atteints de lèpre ont été comptabilisés dont 225 hommes, 115 femmes et 2 non renseignés. Pour la période étudiée, l'incidence de la lèpre a connu une forte diminution entre 1986 et 1996. Depuis 1997, on observe une stagnation de cette incidence aussi bien pour les formes PB que les formes MB (Figure 2).

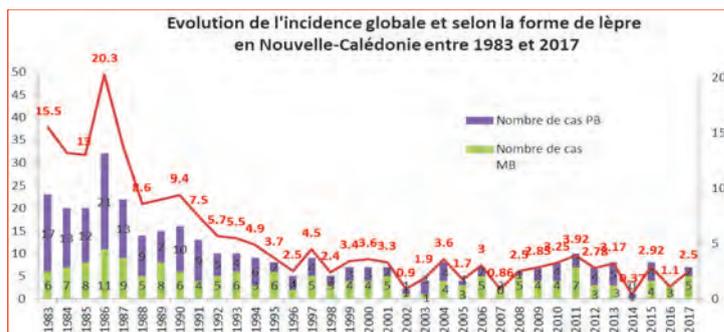


Figure 2. Evolution de l'incidence globale et selon la forme de lèpre en Nouvelle-Calédonie, entre 1983 et 2017

Concernant la prévalence de la lèpre, entre 1987 et 1998, on observe une diminution de 4,57 à moins de 1/10 000 habitants (seuil d'endémicité fixé par l'OMS).



Figure 3. Evolution de la prévalence de la lèpre en Nouvelle-Calédonie de 1983 à 2017

Répartition des cas par province

Trois communes de la province Nord ont été particulièrement touchées au cours des 6 dernières années : Bélep avec une incidence moyenne annuelle de 16,1/10 000 habitants et dans une moindre mesure, Canala (2,1/10 000 habitants) et Koumac (1,3/10 000 habitants).

Dans les Iles Loyauté, c'est à Maré que l'incidence annuelle moyenne a été la plus élevée au cours des 6 dernières années avec 1,4 cas/10 000.

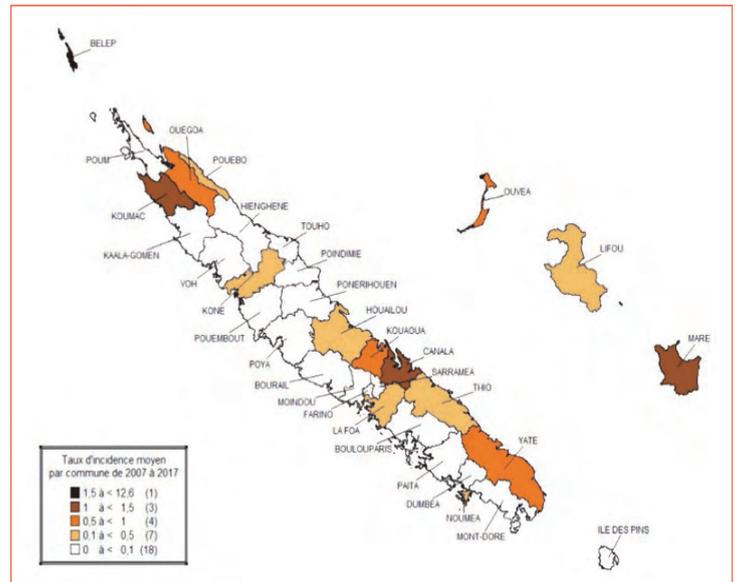


Figure 4. Taux d'incidence moyen par commune de 2007 à 2017

Répartition des cas par classe d'âge

Depuis 2003, nous avons observé paradoxalement une augmentation du nombre de cas pédiatriques notamment dans le groupe d'âge 0-4 ans où aucun cas n'avait été rapporté jusqu'alors et chez les 5-15 ans.

Depuis 2007, ce sont cinq enfants dont un de moins de 3 ans qui ont été dépistés. Aucun ne présentait de forme MB, ni d'atteinte neurologique.

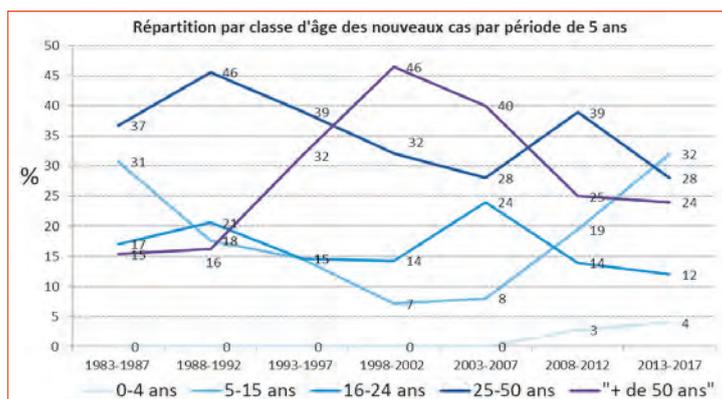


Figure 5. Répartition des nouveaux cas en Nouvelle-Calédonie de 1983 à 2017 par classe d'âge

Epidémiologie de la résistance aux antibiotiques

De 1992 à 2017, 63 prélèvements de 62 patients avec une microscopie positive ont été testés au CNR-MyRMA pour la résistance aux antibiotiques. Ils étaient tous sensibles à la rifampicine (absence de mutation *rpoB*), et un seul patient en 2005 avait le gène *gyrA* de résistance aux fluoroquinolones. De 1999 à 2008, une mutation de résistance à la dapsonne a été détectée chez 12 patients (quatre P55L dont un patient en rechute, deux TP53A et six TP53I dont trois patients en rechute).

I.8.1.4 Discussion

Il s'agit de la première étude épidémiologique de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. Les données sont considérées comme exhaustives pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge. Comme dans d'autres pays, la mise en place de la polychimiothérapie au début des années 1980 a été suivie d'une diminution du nombre des cas de lèpre [8]. Depuis 1996, l'incidence en Nouvelle-Calédonie est passée et reste en dessous du seuil d'endémicité fixé à 1 pour 10 000 habitants, sauf pour trois communes de la province Nord, notamment Bélep.

Depuis 1991, moins de 10 nouveaux patients sont détectés chaque année. Le nombre de nouveaux cas est globalement stationnaire, ce qui est la tendance dans les pays où cette maladie existe. Depuis une dizaine d'années, la moyenne annuelle du nombre de nouveaux cas est de 5,9 et le taux lissé à 3 ans qui est un indice plus fiable étant donné la petitesse des chiffres, est entre 1,1 et 2,9/100 000 habitants. Les séquelles neurologiques, en particuliers les incapacités de niveau 2 (ID2) sont rares (<1 cas/an) et aucune n'a été détectée chez un enfant. C'est pourquoi, nous concluons que la Nouvelle-Calédonie a déjà atteint deux des objectifs fixés par l'OMS d'ici 2020, à l'échelle mondiale: i) zéro nouveau cas d'ID2 chez les enfants; ii) réduction du taux de nouveaux cas d'ID2 à <1 cas pour un million d'habitants (à l'échelle mondiale, le taux d'ID2 était de 2,5 pour un million d'habitants fin 2015) [9].

Cette étude montre toutefois la persistance inquiétante des cas chez les enfants de moins de 16 ans, en moyenne

1,9 par an depuis 2008. La diminution du nombre de nouveaux cas dans la tranche d'âge inférieure à 16 ans est en général un bon indice de baisse de l'endémicité. Or, nous avons dépisté dix-huit enfants, âgés de 3 à 17 ans entre 2009 et 2017. La proportion de nouveaux cas MB qui reste élevée, 57% en moyenne depuis 2007, pourrait favoriser la persistance de la transmission de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. La tendance à l'inversion de la proportion de PB/MB et la persistance de cas pédiatriques ont également été rapportées à Mayotte, qui reste le territoire français le plus touché globalement, avec une prévalence évaluée à 3,70/10 000 [10].

Ces résultats témoignent de la persistance de la transmission de la lèpre, soit par contamination interhumaine, soit par contamination environnementale ou animale, en particulier à Bélep lieu de la première léproserie de Nouvelle-Calédonie, du fait d'un «réservoir» de *Mycobacterium leprae*. [11-14].

La résistance aux antibiotiques reste rare (19,3%). Il n'y a pas eu de cas de multirésistance et aucune nouvelle mutation de résistance n'a été détectée depuis 10 ans. Les mutations de résistances à la dapsonne sont secondaires dans 33% des cas, en rapport avec des traitements anciens et sans répercussion sur l'efficacité des polychimiothérapies si la rifampicine est donnée quotidiennement [15].

I.8.1.5 Conclusion

La lèpre n'est plus une maladie endémique en Nouvelle-Calédonie. La prévalence et l'incidence ont drastiquement diminué depuis la mise en place des polychimiothérapies efficaces dans les années 1980. Cependant, la surveillance épidémiologique de la lèpre sur ce territoire révèle la persistance de la transmission de la lèpre avec une surincidence sur l'île de Bélep, un nombre surprenant de formes pédiatriques et la persistance de la forme MB dans plus de la moitié des nouveaux cas. Suite à cette étude, la Dass-NC a donc renforcé l'information sur la lèpre auprès des soignants et de la population générale, développé un programme de lutte active pour une recherche active des cas notamment dans les quatre communes où le taux d'incidence dépasse la valeur du seuil d'endémicité de l'OMS. Un dépistage de masse dans la population et la recherche de réservoirs ont été mis en place depuis 2018 sur l'île de Bélep par les autorités sanitaires calédoniennes. Le traitement prophylactique des cas contacts par traitement combiné (PEP++) pourrait être testé comme moyen d'éradication de la lèpre en Nouvelle-Calédonie [16].

I.8.1.6 Références

Tableau des références page suivante.

Références

- [1] WHO Global Leprosy Strategy agreed for 2011-2015. www.searo.who.int/EN/Section980/Section2572/Section2578_14961.htm (Accessed on October 12, 2011).
- [2] De Carsalade GY. La lèpre dans les DOM-TOM. Bulletin de l'Association des léprologues de langue française (ALLF). 2011;(26):4.
- [3] Dr. Ragusin E. La lèpre en Nouvelle-Calédonie et dépendances. Noumea, Nouvelle-Calédonie.
- [4] Devambe V. Belep et les Belepiens au temps de la léproserie centrale de la Nouvelle-Calédonie. Journal de la Société des océanistes (1892-1898), 1992-2, 95 : 237-239.
- [5] Moschella SL. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. J Am Acad Dermatol 2004; 51:417.
- [6] World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. (2018). Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. <http://www.who.int/iris/handle/10665/274127>. ISBN: 978 92 9022 638 3.
- [7] Grosset J. Actualités dans le traitement antibiotique de la lèpre. La Lettre de l'Infectiologue. 1988. Tome III(13) : 471-5.
- [8] OMS. Situation de la lèpre dans le monde, 2015 : L'heure est à l'action, à la responsabilisation et à l'inclusion. REH, 2016, n° 35, 91, 405-420.
- [9] Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016-2020: Parvenir plus rapidement à un monde exempt de lèpre. New Delhi, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, 2016. Disponible à l'adresse: <http://www.wpro.who.int/leprosy/documents/globalleprosystrategy2016-2020.pdf>.
- [10] Raslan-Loubatié J, Achirafi A, Oussaïd D, Saïdy H, De Montera AM, Lernout T, et al. La lèpre, une maladie endémique à Mayotte : état des lieux en 2006-2011. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(41-42):541-6. Sharma R, Singh P, Loughry WJ, et al. Zoonotic Leprosy in the Southeastern United States. Emerg Infect Dis 2015; 21:2127.
- [11] Domozych R, Kim E, Hart S, Greenwald J. Increasing incidence of leprosy and transmission from armadillos in Central Florida: A case series. JAAD Case Rep 2016; 2:189.
- [12] Avanzi C, Del-Pozo J, Benjak A, Stevenson K, Simpson VR, Busso P, et al. Red squirrels in the British Isles are infected with leprosy bacilli. Science. 11 2016;354(6313):744-7.
- [13] Turankar RP, Lavania M, Singh M, Sengupta U, Siva Sai K, Jadhav RS. Presence of viable Mycobacterium leprae in environmental specimens around houses of leprosy patients. Indian J Med Microbiol. sept 2016;34(3):315-21.
- [14] Matsuoka M, Izumi S, Budiawan T, Nakata N, Saeki K. Mycobacterium leprae DNA in daily using water as a possible source of leprosy infection. Indian J Lepr. mars 1999;71(1):61-7.
- [15] Cambau E, Perani E, Guillemin I, Jamet P, Ji B. Multidrug-resistance to dapsone, rifampicin, and ofloxacin in Mycobacterium leprae. Lancet. 1997;349:103-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)60888-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)60888-4)
- [16] Mieras L, Taal A, van Brakel W, Cambau E et al. BMC Infectious Diseases (2018) 18:506. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3402-4>