

■ RECHUTES TRES TARDIVES APRES TRAITEMENT DES MALADES MULTIBACILLAIRES

S.R. Pattyn (*)

Dès 1982, un traitement intensif de malades MB d'une durée d'un an fut introduit en l'île d'Anjouan, République Fédérale Islamique des Comores. Le traitement comportait l'administration de l'association médicamenteuse la plus active, connue à cette époque, contre *M. leprae*. Par la suite, cette association s'est avérée trop toxique et fut donc abandonnée.

Le traitement comportait pendant 8 semaines, une dose journalière supervisée de Rifampicine (600 mg), Ethionamide (375 mg) et Dapsone (100 mg), suivie de 44 semaines de Rifampicine 600 mg, supervisée une fois par semaine, et Ethionamide-Dapsone journalier non supervisés.

Une cohorte de 327 malades fut suivie pendant 9 ans après la fin du traitement, avec une moyenne de 7 ans. Il y eut une rechute à 6 ans, et une seconde à 9 ans, portant le total des rechutes à 1,5 par 100 années malades.

Après la 9^{ème} année, il n'y eut plus de suivi actif, mais les malades furent invités à se manifester spontanément dès qu'ils remarquent des symptômes compatibles avec une rechute. Tous les diagnostics étaient basés sur les critères cliniques, bactériologiques et histopathologiques, comme lors du diagnostic au départ.

Malgré des traitements très actifs, des malades MB peuvent rechuter après des délais importants

A partir de la 10^{ème} année, les rechutes suivantes furent observées :

- à la 10^{ème} année : 2 (120 mois),
- à la 11^{ème} année : 2 (129 et 132 mois),
- à la 12^{ème} année : 1 (144 mois),
- à la 13^{ème} année : 2 (153 et 156 mois),
- à la 15^{ème} année : 2 (173 et 176 mois),
- à la 16^{ème} année : 1 (190 mois).

Il n'y a donc plus moyen d'exprimer

des taux précis de rechute, mais en extrapolant à partir des 327 malades inclus au départ, on arrive à un taux de **3,7 par 100 années-malades**.

Bien entendu, il n'y a aucun moyen de distinguer rechutes et ré-infections. Pour ce faire, il faudrait disposer de marqueurs génétiques de *M. leprae* (comme c'est le cas pour *M. tuberculosis*) qui sont inconnus pour le moment.

Toutefois, il y a lieu, lors de l'appréciation de la valeur d'un traitement d'opter pour l'hypothèse la plus pessimiste et d'interpréter tous ces cas observés comme des rechutes.

Le seul but de cette brève communication est d'illustrer **qu'après certains traitements puissants, des malades MB peuvent rechuter après des délais importants**. Ces rechutes ne posent sans doute pas de problème du point de vue de la santé publique, puisqu'ils ajoutent de temps en temps un ou deux MB supplémentaires à la cohorte annuelle des cas dépistés;

Ils répondent favorablement au traitement comme les autres cas. Ces rechutes très tardives illustrent également que des **bacilles lépreux peuvent subsister à l'état latent pendant de nombreuses années**.

Même si on parvenait à traiter tous les malades à un certain moment, la lèpre ne disparaîtrait pas nécessairement totalement immédiatement. **Seuls, des médicaments actifs contre les germes latents pourraient écourter considérablement la durée des traitements, tant dans la lèpre que dans la tuberculose.**

(*) Unité Mycobactériologie
Institut Médecine Tropicale
Nationalestraat 155 - 2000 ANTWERPEN
BELGIQUE

