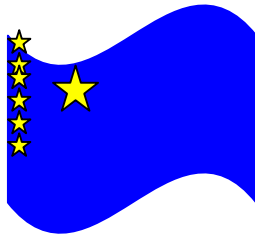


République Démocratique du Congo
MINISTRE DE LA SANTE



**PROGRAMME NATIONAL
D'ELIMINATION DE LA LEPRE**
COORDINATION NATIONALE

**PREVENTION DES INFIRMITES
ET READAPTATION PHYSIQUE
DES LEPREUX
(PIRP)
GUIDE TECHNIQUE**

ANNEE 2004

CHAPITRE I : GENERALITES

1.1 INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo notre pays se trouve classée parmi les pays les plus endémiques du monde en matière de la lèpre et par ce fait, elle possède actuellement plus de 10.000 malades souffrant des handicaps dus à la lèpre. Le dépistage tardif des cas et la faiblesse du programme de prévention des invalidités et réadaptation physique des malades lépreux restent les principales causes de la survenue des infirmités dans notre pays.

En cette période de l'Élimination de la lèpre, où un accent est mis sur le dépistage précoce des malades et le traitement par la PCT, Il devient impérieux que tout le personnel de santé et surtout celui qui a en charge le suivi des malades lépreux soit en mesure de prévenir et de soigner toutes infirmités dues à la lèpre.

L'utilisation de ce document sur le terrain pourra améliorer les conditions de vie de nos compatriotes souffrant de la lèpre afin qu'ils puissent mener une vie acceptable et participer activement à la reconstruction de notre pays.

1.2 PRINCIPAUX NERFS

Les invalidités chez les malades lépreux sont dues à l'atteinte des nerfs périphériques dont les plus importants sont localisés au niveau :

- de la face :
 - nerf facial
- des membres supérieurs :
 - nerf médian : palpable au poignet, au niveau du canal carpien
 - nerf cubital : palpable au coude, entre les deux éminences osseuses
 - nerf radial : palpable au niveau de la tabatière anatomique
- des membres inférieurs :
 - nerf sciatique poplité externe (SPE) : palpable à la face latérale du creux poplité au niveau de la tête du péroné
 - nerf tibial postérieur : palpable derrière la malléole interne.

Lorsque les nerfs ci-dessus sont enflammés (névrites), ils se traduisent par une hypertrophie douloureuse avec éventuellement perte de sensibilité et/ou paralysie du territoire innervé

Cette névrite peut devenir indolore au bout de 6 mois ou plus, signe de la destruction définitive du nerf.

Il existe aussi une névrite dite silencieuse, elle se traduit uniquement par des troubles de la sensibilité et/ou de la motricité au niveau des extrémités.

1.3 DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA LEPRE

1.3.1 Diagnostic

La lèpre est une maladie infectieuse causée par des bactéries (B.H.) et se caractérise par l'atteinte de la peau (tache et nodule) et les nerfs périphériques (hypertrophie).

Une personne atteinte de la lèpre présente un ou plusieurs des signes suivants :

- une ou plusieurs taches pâles ou rougeâtres avec trouble de sensibilité ;
- une atteinte des nerfs périphériques, traduite par une hypertrophie et une perte de sensibilité ;
- une présence de bacilles acido-alcool-résistants dans les frottis cutanés.

1.3.2 Traitement

Le traitement de la lèpre repose sur la classification opérationnelle en fonction du nombre de taches :

- lèpre paucibacillaire (PB)
- lèpre multibacillaire (MB).

	PB	MB
Nombre de tache	≤ 5	> 5

Le traitement recommandé par l'OMS est la polychimiothérapie.

La polychimiothérapie (PCT) se présente sous forme de plaquettes contenant chacune un traitement de quatre semaines.

Des plaquettes de PCT sont prévues pour la lèpre multibacillaire (MB) et paucibacillaire (PB) pour les adultes aussi bien que les enfants (la description du schéma de traitement voire annexe 1).

1.4 LES INFIRMITES

Elles surviennent suite à l'atteinte des nerfs, les organes intéressés sont la peau, l'œil, la main et le pied. On distingue deux types d'infirmités, les primaires et les secondaires.

1.4.1 Les infirmités primaires

Les infirmités primaires sont des conséquences directes des atteintes nerveuses pouvant conduire à des invalidités.

Ces infirmités sont :

- La sécheresse de la peau :
Elle est due au trouble de sudation et se localise au niveau des mains, des pieds et des jambes.
- L'anesthésie :
C'est une perte totale de la sensibilité due à une atteinte des fibres sensitives.
Elle se localise au niveau de :
 - Yeux : elle se traduit par une diminution ou une absence de clignement avec comme conséquences, un œil sec sujet à des infections et à des ulcérations.
 - Mains : elle se traduit par la perte de la sensibilité de la paume de la main et des doigts.
 - Pieds : elle se traduit par la perte de la sensibilité au niveau de la plante des pieds et les orteils.
- La faiblesse musculaire
Elle survient lors d'une atteinte des fibres motrices et se manifeste au niveau de :
 - La face : par une paralysie faciale qui se présente cliniquement par une déviation de la bouche du côté sain.
 - Les yeux :
 - un ectropion
 - un entropion
 - une conjonctivite.
 - Des mains : par une diminution de la force du pouce, de l'auriculaire et du poignet.
 - Des pieds : par une diminution de la force des muscles releveurs des pieds.

1.4.2 Les infirmités secondaires

Les infirmités secondaires sont des conséquences des infirmités primaires.

- Au niveau des yeux :
 - lagophtalmie
 - iridocyclite
 - opacité cornéenne
 - baisse de l'acuité visuelle, c'est-à-dire, le malade ne peut compter les 5 doigts à une distance de 6 mètres.
- Au niveau des mains :
 - ulcère
 - griffe
 - fonte musculaire

- amputation
 - résorption.
- Au niveau des pieds :
- mal perforant plantaire
 - orteils en griffes
 - résorption
 - amputation
 - déformation des pieds.

1.5 LES REACTIONS LEPREUSES

On appelle réaction lépreuse, un épisode inflammatoire aigu pouvant survenir avant, pendant ou après le traitement du malade de la lèpre.

Elle se caractérise par les signes suivants :

- taches et nodules rougeâtres enflés et douloureux.
- douleur et rougeur au niveau des yeux
- nerfs périphériques douloureux et enflés
- chaleur au niveau de la peau
- fièvre et malaise
- faiblesse musculaire.

Il existe deux sortes des réactions :

- Type I (réaction reverse = RR)
- Type II (érythème noueux lépreux = ENL).

Les principaux signes cliniques sont :

SIGNES	REACTION DE TYPE 1	REACTION DE TYPE 2
Inflammation de la peau	Les taches de lèpre sont enflammées, mais le reste de la peau est normal, douleur, trouble de sensibilité	De nouveaux nodules (nouures) rouges et sensibles, non associés aux taches de lèpre
Etat général du malade	Bon, avec peu ou pas de fièvre	Mauvais, avec de la fièvre et un malaise général
Date d'apparition et type de malade	D'habitude, tôt au cours du traitement PCT chez les malades PB et MB	D'habitude, tard au cours du traitement ; chez les sujets MB seulement
Implication de l'oeil	Une faiblesse de fermeture des paupières peut survenir	Une atteinte de l'œil interne (irido-cyclite) est possible

Différence entre réaction modérée et sévère :

REACTION TYPE I

MODEREE	SEVERE
- Inflammation des lésions de la peau,	- Inflammation des lésions de la peau

sans ulcération	complicée par l'ulcération
- Névrite sans perte fonctionnelle	- Névrite avec perte fonctionnelle
- Oedème périphérique pouvant être présent	- Œdème périphérique observé
- Pas de fièvre	- Présence de la fièvre

REACTION TYPE 2 (ENL)

MODEREE	SEVERE
- Erythème noueux non compliqué	- Erythème noueux compliqué par l'ulcération
- Névrite sans perte fonctionnelle	- Iridocyclite, Orchite, Glomérulonéphrite
- Œdème périphérique peut être présent	- Oedème périphérique est observé
- Fièvre absente ou modérée	- Fièvre (plus de 38°C)

CHAPITRE II : EXAMEN DU MALADE DE LA LEPRE

2.1 UTILISATION CORRECTE DE LA FICHE

- Compléter les éléments d'identification du malade :
L'acteur sur le terrain doit être capable de noter les informations en rapport avec l'identité du malade.
- Procéder à l'examen systématique du malade suivant l'ordre chronologique indiqué sur la fiche individuelle (cet examen se fait au diagnostic, à chaque rendez vous mensuel et tous les trois mois pour un contrôle systématique des fonctions nerveuses).
- Rapporter les informations recueillies sur la fiche individuelle.
- Représenter les informations importantes sur les croquis.

2.2 INSPECTION DU MALADE

2.2.1 Etat général

On notera la première impression générale à la vue du malade.

Exemples : - amaigrissement

- œdème
- lucidité.

2.2.2 Examiner la face à la recherche de :

- La symétrie au niveau de la face
- Au niveau des yeux :
 - conjonctivite
 - kératite (photophobie, larmoiement, douleur, opacification de la cornée, ulcération de la cornée.....)
 - irido-cyclite (douleur vive, rougeur, trouble de la vision,.....)
 - opacité cornéenne
 - fréquence de clignement
 - ectropion
 - entropion
 - lagophtalmie.

2.2.3 Examiner les mains à la recherche des :

- crevasses
- ampoules
- plaies
- griffes
- fontes musculaires
- amputations
- résorptions.

2.2.4 Examiner les pieds à la recherche de :

- crevasses
- durillons
- plaies
- griffes
- déformation des pieds
- résorptions
- amputations
- steppage.

2.3 TEST DE L'ACUITE VISUELLE

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- contrôler un œil à la fois, le malade couvrant l'autre œil de sa main.

Etape 2 : faire le test :

- voir si le malade peut compter correctement les doigts de l'examineur à une distance de 6 mètres.
- si le malade ne voit pas à 6 mètres recommencer à 5 mètres et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il compte correctement.

Etape 3 : noter le résultat, c'est-à-dire la distance à laquelle le malade a pu compter les 5 doigts.

Exemple : décompte des doigts : œil droit à : 3m
œil gauche à : 0m

2.4 TEST DE LA SENSIBILITE TACTILE

Celui-ci doit se faire avec la pointe du bic écolier.

2.4.1 Tester la sensibilité des mains

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- vous mettre (tous les deux) dans une position confortable et prendre la main à examiner sur la vôtre
- expliquer le test au malade qui garde ses yeux ouverts pour vérifier s'il a bien compris le test.

Etape 2 : faire le test :

- demander au malade de fermer les yeux, dans le cas contraire, couvrir ses yeux
- poser verticalement, sans appuyer, la pointe du bic aux endroits indiqués sur le croquis

+++++ INSERER LE CROQUIS

- si le toucher est senti, le malade doit indiquer exactement l'endroit touché avec l'index de l'autre main
- tester le même endroit au moins 2 fois et laisser le malade réagir.

Etape 3 : marquer les résultats sur le croquis.

S : quand le malade a senti

A : quand le malade n'a pas senti

2.4.2 Tester la sensibilité des pieds

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- demander au malade de poser son pied sur la cuisse opposée pour qu'il puisse indiquer facilement les endroits d'appui
- expliquer le test au malade ; celui-ci garde ses yeux ouverts.

Etape 2 : faire le test :

- demander au malade de fermer les yeux ou couvrir avec la main
- appuyer perpendiculairement le bic aux endroits indiqués sur le croquis. Si la pression est sentie, le malade doit indiquer exactement l'endroit d'appui avec l'index.

+++++INSERER LE CROQUIS

Etape 3 : marquer les résultats sur le croquis.

S : quand le malade a senti

A : quand le malade n'a pas senti.

Attention :

- Appuyer le bic sans bouger les orteils du malade.
- Si le malade indique un point de pression à plus de 2 cm du point réel, on considère qu'il n'a pas senti.
- Si la peau de la plante du pied est trop dure, ne pas appuyer plus fortement, mais marquer ce que vous observez.
- Des appuis successifs au même endroit ne sont pas valables pour le test.

2.5 TEST DE LA FONCTION MOTRICE

Pour le test, l'infirmier doit pouvoir répondre aux questions suivantes :

1. L'amplitude de mouvement demandé est-elle complète ou non ?
2. La force est-elle maximale ou non ?

2.5.1 Tester la force des paupières

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- faire la démonstration du test.

Etape 2 : faire le test :

- Demander au malade de fermer l'œil. L'examineur essaie d'ouvrir l'œil du malade avec le pouce et l'index.

+++++ INSERER LE CROQUIS

Etape 3 : marquer les résultats sur la fiche individuelle

N : Normale : le malade résiste à l'ouverture des paupières

F : Faiblesse : le malade ne résiste pas à l'ouverture des paupières

P : Paralysie : le malade n'arrive pas à fermer volontairement les yeux.

2.5.2 Tester la main

- Ecartement du petit doigt (auriculaire) : pour la détection de la paralysie du cubital.

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- démontrer le test.

Etape 2 : faire le test :

- prendre la main du malade dans la vôtre pour bien faire le test
- main du malade en extension
- demander au malade d'écartier aussi loin que possible le 5^{ème} doigt (abduction).

+++++ INSERER LE CROQUIS

Si le mouvement est correct, appliquer une contre-pression au niveau de la base de l'auriculaire avec l'index de la main de l'examineur à la base de l'auriculaire comme indiqué sur le croquis

Etape 3 : marquer les résultats sur la fiche

N : Normale : force de mouvement bonne résistance contre votre appui forte.

F : Faiblesse : force de mouvement diminuée, résistance faible.

P : Paralysie : aucun mouvement n'est possible.

- Tester la force du pouce : pour la détection de la paralysie du nerf médian.

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- démontrer le test.

Etape 2 : faire le test :

- prendre la main du malade dans la vôtre pour bien faire le test
- demander au malade de faire le mouvement du pouce suivant le dessin ci-contre, c'est-à-dire :
 - écartement du pouce (abduction) de la paume de la main, ensuite soulever le pouce afin qu'il soit perpendiculaire à la paume de la main
 - donner un contre appui à la base du pouce et demander au malade de résister à ce contre appui.

+++++ INSERER LE CROQUIS

Etape 3 : marquer les résultats sur la fiche

N : Normale : la résistance contre votre appui est forte.

F : Faiblesse : la résistance contre votre appui est faible, le mouvement est incomplet.

P : Paralyse : aucun mouvement n'est possible correctement dans la direction demandée.

- Tester l'extension du poignet : pour la détection de la paralysie radiale (main tombante)

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- démontrer le test.

Etape 2 : faire le test :

- demander au malade de serrer le poignet et d'effectuer une dorsiflexion de la main serrée.
- L'examineur essaie de repousser la main en appuyant sur le dos de celle-ci. Le malade doit essayer de résister à votre appui.

Etape 3 : juger de la force et transcrire les résultats sur la fiche

N : Normale : le malade résiste bien

F : Faible : la main du malade est facilement tirée vers le bas

P : Paralyse : aucun mouvement n'est possible.

- Tester la force des releveurs du pied : pour la détection de la paralysie du nerf SPE (pied tombant)

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire
- démontrer le test.

Etape 2 : faire le test :

- demander au malade de s'asseoir les jambes croisées
- lui demander de lever le pied ; les orteils tournés vers le genou comme le montre le dessin.

+++++ INSERER LE CROQUIS

- appliquer une force progressive et régulière contre ce mouvement sur le dos du pied. Le malade doit essayer de résister à votre appui.

Etape 3 : juger de la force et transcrire les résultats sur la fiche.

N : Normale : le malade peut maintenir son pied relevé contre votre appui

F : Faiblesse : le pied est facilement tiré vers le bas
résistance faible = force faible

P : Paralysie : aucun mouvement n'est possible dans la direction demandée.

2.6 PALPATION DES NERFS

A la recherche d'une névrite (hypertrophie et douleur).

Cet examen doit se faire avec douceur afin de ne pas provoquer la douleur.

En palpant les nerfs, il faudrait regarder le visage du malade, afin de s'apercevoir s'il y a une sensibilité.

A chaque fois, il faudrait comparer les deux côtés avant de conclure qu'un nerf a augmenté de volume.

2.6.1 Palper le nerf cubital

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire

Etape 2 : faire l'examen

- faire la palpation avec le bras du malade en flexion
- l'examineur donne une main au malade. Avec l'autre main, il contourne le coude de l'extérieur et il sent le nerf avec la pulpe des doigts dans la fissure entre les deux éminences osseuses comme l'indique le croquis ci-dessous.

+++++ INSERER LE CROQUIS

2.6.2 Faire la palpation du nerf radial

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire

Etape 2 : faire l'examen

- appuyer les doigts à plat sur la peau et faire glisser l'ensemble (doigts de l'examineur et peau du malade) sur le plan osseux à un cm de la tabatière anatomique
- on sent très bien le petit filet hypertrophique sous la peau

Etape 3 : Marquer les résultats sur la fiche :

N : Normale

H : Hypertrophiée

D : Douleur à la palpation

2.6.3 Faire la palpation du nerf médian

Il est difficile de palper le nerf médian, qui se trouve au milieu de la face antérieure du poignet, entre les tendons.

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire

Etape 2 : Faire l'examen

- Maintenir la paume de la main du malade en hyperextension
 - Apprécier la disparition ou non de la dépression entre les deux éminences musculaires à la base de la paume. Un nerf hypertrophié fait disparaître cette dépression. (croquis)

2.6.4 Faire la palpation du nerf sciatique poplité externe

Etape 1 : préparation de l'examen :

- informer le malade sur ce que vous allez faire

Etape 2 : faire la palpation

- faire la palpation, le malade en position assise, genou à angle droit.
- palper à la face latéro-externe du creux poplité au niveau de la tête du péroné.

Etape 3 : Marquer les résultats sur la fiche :

N : Normale

H : Hypertrophiée

D : Douleur à la palpation

CHAPITRE III : MESURES APPROPRIÉES EN RAPPORT AVEC LES RESULTATS DE L'EXAMEN

3.1. PREVENTION DES ATTEINTES PRIMAIRES

Un dépistage précoce, un traitement adéquat par la PCT et une prise en charge tôt de la réaction lépreuse constituent la meilleure attitude préventive de l'anesthésie, la sécheresse et la paralysie au niveau des yeux, des mains et des pieds.

3.2. MESURES PRATIQUES A PRENDRE : ATTEINTES PRIMAIRES

3.2.1 Yeux

- Prévention : informer le malade sur son état et les conséquences qui en découlent.
- Soins :
 - Conjonctivite simple
Traitement : application locale d'antiseptiques et d'analgésiques.
 - Conjonctivite purulente
Traitement : tétracycline ou chloramphénicol
 - en pommade : 3 x /J
 - en goutte : 3 x /J
 - en cas de forte irritation : bandage
 - en cas de photophobie : lunettes foncées.
 - Kératite
Traitement : atropine 1% gouttes, 3 x /J ou antibiotique local (tétracycline ou chloramphénicol)
 - pommade : 3 x /J
 - goutte : 3 x /JN.B. : ne jamais utiliser des corticoïdes
 - Iridocyclite : C'est une urgence dans la lèpre
Traitement : atropine 1% gouttes 3x /J
corticostéroïdes (gouttes ou pommade) 2 x /J

bandage

- Entropion - ectropion

Traitement : appliquer les mesures thérapeutiques suivantes :

- garder les yeux propres
- protéger contre la poussière, le vent, la sécheresse, le soleil et la chaleur
- couvrir les yeux la nuit
- examiner les yeux une ou deux fois par jour pour détecter les impuretés, en utilisant le miroir ou en demandant à un tiers de le faire pour vous
- débarrasser l'œil de tout corps étranger avec un bout de tissu propre.

N.B : En principe tous cas de Kératite, Irido-cyclite, Entropion et Ectropion doivent être référés pour les soins appropriés.

3.2.2 Mains

- Prévention :
 - informer le malade de son état et des conséquences qui en découlent
 - continuer la PCT
 - éviter le contact direct de la main avec toute source de chaleur (marmite, eau chaude, cigarette)
 - éviter tous objets rugueux et tranchants
 - éviter les longues et dures activités qui pourront donner lieu à des ampoules aux mains (couper du bois, piler le maïs...).

Comment éviter ?

- porter les gants lors de la cuisson
 - utiliser un bâton pour attiser le feu
 - changer d'activités de temps en temps pendant la journée
 - arrêter le travail de temps en temps pour mettre les mains au repos
 - examiner les mains le matin et le soir
 - adapter les outils de travail :
 - rembourrer
 - alterner les travaux
 - se reposer souvent
 - garder vos distances
 - adopter la routine :
 - détecter tout signe
 - tremper les mains insensibles
 - huiler et masser
- Soins : Mains insensibles
 - tremper les mains à l'eau savonneuse chaque matin et soir
 - poncer à la pierre ponce.
 - huiler et masser

- Exercices : actifs et passifs
 - étendre passivement et activement les doigts

+++++ INSERER LE CROQUIS

3.2.3 Pieds

- Prévention :
 - informer le malade de son état et des conséquences qui en découlent
 - continuer la PCT
 - éviter de longues distances à pied
 - éviter de marcher à grands pas
 - éviter de marcher les pieds nus
 - éviter tout contact du pied avec une source de chaleur
 - éviter les chaussures serrées
 - éviter toute blessure sur pieds insensibles.

Comment éviter ?

- porter des chaussures appropriées (sandales en caoutchouc micro cellulaire)
 - marcher à petits pas
 - bander les pieds lorsqu'on est à côté du feu
 - reposer souvent les pieds pendant la marche
 - examiner régulièrement les pieds
 - examiner les pieds le matin et le soir.
- Soins :
 - port de chaussures
 - tremper les pieds à l'eau chaque matin et soir
 - poncer
 - huiler et masser.
- Exercices : actifs et passifs (croquis)
 - étendre passivement les orteils
 - étirer le tendon d'Achille en position assise
 - étirer le tendon d'Achille en position debout.

3.3. MESURES PRATIQUES : ATTEINTES SECONDAIRES.

3.3.1 Yeux

- Prévention : - Voir soins des yeux (atteintes primaires)
 - informer le malade
 - continuer la PCT
 - garder les yeux propres
 - protéger de la chaleur
 - protéger du vent
 - protéger de la poussière
 - protéger du soleil

- Soins :
 - traiter toute atteinte oculaire
 - lagophtalmie : nécessite une intervention chirurgicale (la tarsorrhaphie)
 - baisse de l'acuité visuelle référer pour des soins appropriés.

Note : toute atteinte de l'œil d'un malade de la lèpre constitue une urgence.

- Exercices pratiques :
 - actifs : cligner souvent
 - passifs : apprendre à cligner

3.3.2 Mains et pieds

- Prévention : voir soins infirmités primaires (mains et pieds)

- Soins :

Au centre de santé : plaie compliquées

- tremper dans l'eau ou au dakin
- débrider les peaux mortes et calleuses
- rincer à l'eau propre
- faire un pansement humide
- antibiotique par voie générale
- repos
- si au bout de 10 jours la plaie n'évolue pas, référer.

A domicile, l'infirmier doit apprendre au malade de :

- tremper le membre dans l'eau dans un bassin (30')
- enlever les peaux dures et les débris de la plaie
- rincer à l'eau propre
- contrôler l'évolution / l'aggravation
- faire un pansement à l'huile végétale ou à la vaseline
- reposer le membre

Remarque : Quand la plaie ne suinte pas, faire un pansement gras (à l'huile végétale ou à la vaseline)

Éviter l'alcool iodé, le pansement sec, le mercurochrome. Nous recommandons le dakin ou le permanganate.

Plaies compliquées : prendre les dispositions décrites plus haut sur 3.3. 2. si échec référer.

3.3.3 Ostéites :

Les ulcères compliqués par l'ostéite ne peuvent pas guérir si l'os atteint reste sur place. Le traitement est médical et chirurgical.

3.3.4 Contractures :

- Il est recommandé des exercices actifs aux malades avec contracture débutante

- Les mains en griffe mobile peuvent être améliorées par des techniques chirurgicales de transfert de tendons, ou de greffe, suivies d'une physiothérapie soutenue pendant plusieurs mois.

3.4. TRAITEMENT DES REACTIONS

3.4.1 Principes

- Continuer la PCT si le malade est en cours de traitement
- repos strict du malade
- Les réactions requièrent un traitement d'urgence avec des médicaments appropriés, car elles peuvent conduire à des infirmités irréversibles.

3.4.2 Les réactions modérées

Schéma de traitement

- Anti inflammatoires non stéroïdiens :
Aspirine 3gr/J à raison de 1g/8h.
Si après une semaine il n'y a pas d'amélioration, référer pour corticothérapie.

3.4.3 Les réactions sévères

Le traitement des réactions sévères nécessite l'utilisation des corticoïdes (prednisolone).

Ce traitement est administré sous la responsabilité du BCZS compte tenu de graves complications que pourrait induire l'utilisation de ce médicament.

Traitement des réactions : Schéma de traitement

REACTION INVERSE (Type I)

Le traitement standard pour les PB est comme suit :

Semaines du cycle	Dose quotidienne	Enfants 6-12 et Femmes enceintes
1 - 2	40 mg/jour	30 mg/jour
3- 4	30 mg/jour	20 mg/jour
5 -6	20 mg/jour	15 mg/jour
7 -8	15 mg/jour	10 mg/jour
9 - 10	10 mg/jour	5 mg/jour
11-12	5 mg/jour	

Le traitement standard pour les MB est comme suit :

Semaines du cycle	Dose quotidienne
1 - 4	40 mg/jour

5 - 8	30 mg/jour
9 -12	20 mg/jour
13 -16	15 mg/jour
19 - 20	10 mg/jour
21 -24	5 mg/jour

POUR LES SOINS DES ENL SEVERES

ENL Sévère		
Semaines du cycle	Prednisolone	Clofazimine
1	40 mg/jour	300 mg/jour
2	30 mg/jour	
3	20 mg/jour	
4	15 mg/jour	
5	10 mg/jour	
6	5 mg/jour	
7-12		
13 -16		200 mg/jour
17- fin PCT		100 mg/jour

NOTE : La prédnisolone est actuellement disponible sous forme de plaquettes, schéma standardisé d'une semaine.

3.4.4 Remarques au sujet de la corticothérapie

- L'effet thérapeutique souhaité des corticostéroïdes doit toujours être soupesé face aux risques de complications, surtout chez des malades présentant de l'hypertension, du diabète, un ulcère peptique, une tuberculose, une infection virale ou mycosique, une épilepsie, une psychose
- L'arrêt brusque de la corticothérapie peut causer les symptômes suivants : hypotension, syncope, hypoglycémie, desquamation de la peau, perte de poids, fièvre, anorexie....
- Au cours d'une corticothérapie, qui donne de l'immunosuppression, les anguillules peuvent essaimer dans le corps entier, ce qui constitue un danger mortel. Afin d'éviter ce danger, il est recommandé de déparasiter tout malade qui comme un traitement antiréactionnel.
- L'administration de stéroïdes à dosage élevé et de longue durée peut mener à beaucoup de complications : ostéoporose menant aux fractures spontanées, ulcère peptique, hypertension, hyperglycémie, infiltration du visage....

CHAPITRE IV : ASSURER LE SUIVI DES MALADES EN TRAITEMENT

4.1 CE QUE L'INFIRMIER DOIT CONNAITRE ET FAIRE POUR PREVENIR LES NOUVELLES INFIRMITES OU L'AGGRAVATION DE CELLES EXISTENTES

4.1.1 A l'examen initial du malade

- Noter clairement dans la fiche les résultats de l'examen des :
 1. Yeux (disparition du clignement, œil rouge, etc.)
 2. Mains (plaies, griffes, peau sèche, perte de sensibilité, perte de fonction)
 3. Pieds (plaies, griffes, peau sèche, perte de sensibilité, perte de fonction)
 4. Nerfs (hypertrophie et douleur).

4.1.2 A chaque rendez-vous ou visite du malade pour la PCT

- a) Faire un examen bilan et noter :
 - L'absence d'infirmité
 - La stagnation
 - L'apparition des infirmités de 1^{er} degré
 - L'aggravation des infirmités de 1^{er} degré en infirmités de 2^{ème} degré.
- b) S'entretenir avec le malade et son accompagnant pour :
 - L'évaluation du niveau de connaissance atteint et pratique de toutes les mesures qui lui étaient apprises sur sa maladie et corriger les écarts.
- c) S'enquérir des atteintes, inquiétudes et problèmes du malade et le rassurer.
- d) Rappeler au malade les mesures préventives en relation avec ses infirmités ainsi que les soins quotidiens à domicile à poursuivre.
- e) Se rappeler et rechercher les signes spécifiques de névrite silencieuse ou de réactions lépreuses.
- f) Rechercher et prendre en charge les effets secondaires
- g) A l'absence du malade au rendez-vous, mettre en place un système de récupération active par le canal des relais communautaires, ambassadeurs de lépreux, membres des cosa, etc.

4.1.3 En cas d'anomalie constatée au point 4.1.2. prendre en charge le malade par :

1. Un traitement des réactions
2. L'IEC et les conseils au malade et à son entourage
3. Le transfert si indication.

4.1.4 Organiser systématiquement les examens de contacts chaque fois qu'on aura dépisté un malade MB ou un enfant.

4.1.5 Ce que l'infirmier doit faire pour mieux organiser la prise en charge des malades

- S'assurer de l'approvisionnement régulier en médicaments (léprostatiqes, anti-inflammatoires et tous les matériels indispensables aux soins des ulcères)
- S'assurer de l'approvisionnement régulier en supports d'informations (fiches, dépliants, boîtes à images).
- S'assurer de la disponibilité du matériel indispensable pour les soins des ulcères
- Repérer les localités (foyers endémiques de son aire de santé).
- Recruter, former et superviser les relais communautaires/les ambassadeurs de lépreux.
- Bien tenir les registres et fiches des malades ;
- Suivre spécialement le malade en réaction lépreuse par la prise en charge correcte et adéquate par la tenue de la fiche de traitement et les visites à domicile de façon hebdomadaire.

4.2 CE QUE LE MALADE DOIT FAIRE

- 4.2.1 Entretenir efficacement sa peau sèche et insensible
- 4.2.2 De maintenir ses articulations souples
- 4.2.3 De garder ses yeux propres
- 4.2.4 D'éviter toute blessure
- 4.2.5 De soigner immédiatement ses petites plaies
- 4.2.6 De connaître les signes d'alarme de l'infection et si nécessaire de se présenter au dispensaire.

4.3 CE QUE LA COMMUNAUTE DOIT FAIRE

- 4.3.1 Soutenir la personne dans ses pratiques préventives.
- 4.3.2 L'encourager à respecter le repos en cas de blessure ou réactions
- 4.3.3 L'encourager à consulter au centre de santé en cas de complications
- 4.3.4 Orienter les personnes avec taches au centre de santé
- 4.3.5 Encourager le malade à prendre son traitement

CHAPITRE 5 : READAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE

5.1 DEFINITION

La réadaptation à base communautaire est une stratégie que s'inscrit dans le cadre du développement communautaire pour la réadaptation, l'égalisation des chances et l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées.

La mise en œuvre de la RBC fait appel aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles et leurs communautés, et des services sociaux de santé, d'éducation et de formation professionnelle appropriés.

5.2 PRINCIPES DE LA RBC

- Rejoindre une majorité de personnes handicapées à travers les activités RBC
- Optimiser le potentiel des personnes handicapées
- Favoriser l'accès aux services en milieu ordinaire et développer une approche multisectorielle
- Responsabiliser la communauté vis-à-vis des activités RBC
- Développer les activités RBC à moindre coût.

5.3 DIFFERENTS ASPECTS DE LA RBC

5.3.1 Réadaptation physique

5.3.1.1 Rôle de l'infirmier

- a. Infirmités des yeux
 - Conseils
 - o protection (lunetterie)
 - o lavage des yeux
 - o se couvrir au lit
 - exercices fonctionnels de l'œil (ouvrir, fermer)
 - prise de l'acuité visuelle
 - détection précoce et référence
- b. Infirmités des mains
 - Conseils
 - o hygiène élémentaire des mains
 - o mesure de protection
 - exercices fonctionnels (mobilité des articulations de la main)
 - référence des cas

c. Infirmités des pieds

- Conseils
 - o hygiène élémentaire des pieds
 - o mesures de protection (port de chaussures adaptées)
- exercices fonctionnels du pied
- référence des cas
- encourager le self care group

5.3.1.2 Rôle du malade

- appliquer le conseil du soignant
- continuer la prise correcte de son traitement
- continuer les exercices à domicile (voir exercices pratiques chapitre 3)
- signaler à temps toute anomalie constatée
- organiser le self care group.

5.3.1.3 Rôle de la communauté

- encourager par des visites amicales et familiales
- offrir les facilités de déplacement
- faciliter le contact entre le malade et le centre
- donner les conseils

5.3.2 Réadaptation psychologique

5.3.2.1 Rôle de l'infirmier

- créer la relation de confiance soignant - soigné
- déceler l'état psychologique du malade
- prodiguer les conseils (présenter les expériences vécues)
- compatir par des actes concrets

5.3.2.2 Rôle du malade

- être réceptif
- s'ouvrir et collaborer avec le soignant
- être artisan de sa propre guérison

5.3.2.3 Rôle de la communauté

- accepter le malade
- apporter l'amour, soutien moral
- faire la réconciliation

5.3.3 Réadaptation socio-économique

5.3.3.1 Rôle de l'infirmier

- aider le malade à prendre conscience de ses besoins
- l'accompagner dans le choix des activités futures

- l'orienter vers les organisations d'appui
- aider le malade à retrouver sa place dans sa communauté

5.3.3.2 Rôle du malade

- être flexible dans le choix des activités
- être entreprenant
- être prêt à déléguer aux membres de famille en cas des limites

5.3.3.3 Rôle de la communauté en cas de réhabilitation socio économique

- organiser le comité de réadaptation
- gérer le micro crédit
- former les bénéficiaires
- assurer le suivi
- faire l'évaluation
- solliciter les appuis extérieurs
- mobiliser les ressources locales
- assister le malade ayant des limites par des tierces personnes

BIBLIOGRAPHIE

1. BNL, Guide de prévention des infirmités et Réadaptation Physique des Lépreux.
2. A. CARAYON, Les névrites lépreuses, 1985.
3. BNL, Guide pour la mise en œuvre de la polychimiothérapie, 1995.
4. BNL, Stratégie nationale de la lutte contre la lèpre, 1988.
5. G. GROENEN, La lèpre en pratique, 1990.
6. H. SANSARRICQ, La lèpre, 1995, Ellipes AUPELT-REF.
7. ILEP, Guide d'apprentissage n° 1, Comment diagnostiquer et traiter la lèpre, 2002.
8. ILEP, Guide d'apprentissage n° 2, Comment reconnaître et traiter les réactions lépreuses, 2003.
9. J. HARRIS, 30 techniques for the care of leprosy patients, 1991.
10. J.M. WATSON, Comment prévenir les invalidités chez les malades de la lèpre, 1986.
11. J.M. WATSON, Prévention des invalidités chez les lépreux, 1987.
12. L. LEIKER, TOMKIRP, 1974.
13. L.G. VAN PARYS, Education pour la santé dans la lèpre, 1986.
14. M.Y. GRAUWIN, C. HIRZEL, Prévention des invalidités et réadaptation des malades de la lèpre, 1996.
15. O.M.S., Education pour la santé, 1990.
16. O.M.S., Prévention des invalidités chez les malades atteints de la lèpre, 1996.
17. O.M.S., Guide pour l'élimination de la lèpre, 1995.

ANNEXE1

TRAITEMENT DE LA LEPRE

SCHEMA DE TRAITEMENT PCT ADULTES

Schéma de traitement PB

Dose mensuelle	600 mg de Rifampicine
	100 mg de Dapsone
Dose quotidienne	100 mg de Dapsone
La durée du traitement est de 6 mois	

Schéma de traitement MB

Dose mensuelle	600 mg de Rifampicine
	300 mg de Clofazimine
	100 mg de Dapsone
Dose quotidienne	100 mg de Dapsone
	50 mg de Clofazimine
La durée du traitement est de 12 mois	

SCHEMA DE TRAITEMENT PCT ENFANTS

Schéma de traitement PB

PCT pour les enfants PB		Moins de 10 ans	De 10 -14 ans
Dose mensuelle	Rifampicine	300 mg	450 mg
	Dapsone	25 mg	50 mg
Dose quotidienne	Dapsone	25 mg	50 mg
La durée du traitement est de 6 mois			

Schéma de traitement MB

PCT pour les enfants MB		Moins de 10 ans	De 10 -14 ans
Dose mensuelle	Rifampicine	300 mg	450 mg
	Dapsone	25 mg	50 mg
	Clofazimine	100 mg	150 mg

Dose quotidienne	Dapsone	25 mg	50 mg
	Clofazimine	50 mg 2 fois/semaine	50 mg tous les 2 jours
La durée du traitement est de 12 mois			

ANNEXE 2

CLASSIFICATION DES INFIRMITES SELON L'OMS.

Echelle de l'OMS	0	1	2
Yeux	Normal	Problèmes oculaires imputables à la lèpre mais la vision est conservée.	Baisse d'acuité visuelle (incapacité à compter les doigts à 6 mètres), lagophtalmie
Mains	Normal	Perte de sensibilité au niveau de la paume de la main.	Lésions visibles au niveau de la main comme plaies, griffes, perte de substance.
Pieds	Normal	Perte de sensibilité au niveau de la plante du pied.	Lésions visibles au niveau du pied tels les plaies, le pied tombant, la perte de substance

ANNEXE 3

SCHEMA PCT RECOMMANDES PAR L'OMS

Plaquette pour les cas multibacillaires (MB)

Présentation

Médicaments

Plaquette pour les cas paucibacillaires (PB)

Présentation

Médicaments