World Health Organization

Première Réunion mondiale de l'OMS sur les MTN à manifestation cutanée

27–31 mars 2023

Siège de l'OMS

Genève, Suisse

THÈME :

« L'INTÉGRATION POUR UN IMPACT PLUS GRAND »

Résumés

Les opinions exprimées dans le présent document n'engagent que les auteurs et ne représentent pas nécessairement les décisions, la politique officielle ou les opinions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Table of Contents

Séance 1: Présentations préliminaires 13

La stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 et son alignement sur le cadre de lutte contre les MTN cutanées 15

Évolution de l'épidémiologie de l'ulcère de Buruli à Victoria, Australie 2019-2022 16

La tungose très sévère est fréquente chez les Amérindiens et s'explique par une combinaison de facteurs comportementaux et environnementaux entremêlés 18

Suivi de la feuille de route pour les MTN 2021 – 2030 : système d'information, surveillance et notification 20

Évaluation de l'intégration des activités sur les MTN – enseignements tirés d'une observation sur le terrain 21

Alliance internationale pour la santé dermatologique mondiale (GLODERM) : une plateforme de collaboration internationale sur les MTN à manifestations cutanées 22

Séance 2 : Intégration au niveau des pays - Présentations 23

Intégration de l'administration de masse de médicaments contre la filariose lymphatique et la gale aux Fidji 24

Éradication du pian dans trois pays du bassin du Congo : Leçons apprises après les premiers tours des traitements de masse à l'azithromycine (MDA) 26

Dermatologie tropicale/infectieuse dans l'État d'Amazonas (Brésil) 28

Enquête intégrée d'évaluation de la transmission de la filariose lymphatique, du pian et de la gale au Timor Leste en 2020-2021 29

Évaluation multiméthodes de l'intégration des services de santé pour les maladies tropicales négligées nécessitant une prise en charge des cas au Libéria 31

Intégration d'un ensemble de soins globaux pour la podoconiose, la filariose lymphatique et la lèpre aux services de santé courants en Éthiopie : le projet EnDPoINT 33

Lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées au Vanuatu 35

Prise en charge et maîtrise intégrées des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Ghana en 2022 38

Séance 2 : Intégration au niveau des pays - Affiches 40

Prise en charge de la comorbidité des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée avec les maladies non transmissibles : enseignements et enjeux 40

La gale est-elle un problème parmi les détenus d'une prison ghanéenne ? 42

Utilisation de la télémédecine pour connecter les chercheurs et les centres de recherche sur la lèpre au Brésil 44

Lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée dans la sous-préfecture de Chiépo en Côte d'Ivoire 46

Dépistage intégré des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée en milieu rural dans les départements du Mono et du Couffo au Sud du Bénin en 2021-2022 48

Dépistage intégré des maladies tropicales négligées cutanées au sud du Bénin, 2018-2020 50

Mycétomes et autres mycoses profondes au Bénin : A propos de 7 cas suivis dans les CDTLUB de 2018 à 2023 52

Possibilités et obstacles au recours aux soins de santé pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée dans le district d'Atwima Mponua de la région d'Ashanti (Ghana) 54

Enseignements tirés de l'histoire, d'une approche verticale à une approche intégrée des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée : le cas du pian 56

Alléger le fardeau des personnes touchées par des maladies de la peau pour améliorer l'inclusion, le rétablissement et l'autonomisation : projet ASPIRE 58

La gale, point d'entrée pour démontrer la faisabilité des interventions à ancrage communautaire pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée 60

Séance 2 : Intégration au niveau des pays – Autres résumés 62

Effet d'un ensemble de soins globaux intégrés et communautaires, sur le plan physique et psychosocial, chez les personnes atteintes de troubles des membres inférieurs causés par la filariose lymphatique, la podoconiose et la lèpre en Éthiopie 62

Les mycétomes en Mauritanie : une MTN à part 64

Au Népal, comment les programmes et structures communautaires existants en matière de santé de la mère et de l'enfant peuvent-ils être mis en œuvre pour permettre la sensibilisation de la communauté, la détection des cas et la réadaptation à base communautaire en ce qui concerne la lèpre et la filariose lymphatique ? 66

Une approche innovante intégrée de dépistage des maladies tropicales négligées cutanées dans trois provinces en République Démocratique du Congo 68

Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la chromomycose, Maranhão, Brésil, 1989-2021 70

Effect of a community-based integrated holistic care package on physical and psychosocial outcomes in people with lower limb disorder caused by lymphatic filariasis, podoconiosis and leprosy in Ethiopia . 72

Séance 3 : Outils de formation – Présentations 74

Renforcement des capacités et outils pour les professionnels de santé des districts et les agents communautaires 75

Apprentissage « sur le tas » pour le dépistage et les soins intégrés des MTN à manifestations cutanées en Éthiopie : optimiser les ressources en dépassant les frontières de l'éducation formelle et informelle - résultats préliminaires 76

Évaluation de la qualité de l'application *SkinNTDs* de l'OMS en tant qu'outil de formation au Ghana et au Kenya. Résultats d'une étude transversale 78

Utilisation d'une application de santé mobile (eSkinHealth) pour la détection précoce et la prise en charge des affections cutanées : une étude pilote combinant plusieurs méthodes en Côte d'Ivoire 80

Outils de l'OMS dans le domaine des MTN cutanées pour le renforcement des capacités de prise en charge des cas et de surveillance : cours en ligne, application mobile et DHIS2 82

Outils de formation pour la prise en charge intégrée des plaies et des lymphœdèmes liés aux MTN à manifestations cutanées 84

Une approche hybride de l'apprentissage automatique et de l'aide à la décision clinique pour un meilleur diagnostic des maladies tropicales négligées 86

InfoNTD.org : renforcement des capacités des chercheurs et autres professionnels de la santé grâce à un portail en ligne 88

Améliorer l'expertise sur la lèpre : un nouveau cadre de compétences en matière de lèpre 90

Séance 3 : Outils de formation – Affiches 91

Évaluation des connaissances concernant la lèpre chez les professionnels de santé à Addis-Abeba, Éthiopie 91

Utiliser les cinq sens pour créer des illustrations multisensorielles de l'ulcère de Buruli à l'usage des agents de santé au Ghana 92

Renforcement des capacités techniques en action (TCBiA) pour faire face à la perte d'expertise technique (lèpre) 94

Outils de formation en télédermatologie : améliorer les compétences en photographie à l'aide des caméras présentes sur les téléphones dans des environnements limités en ressources 97

Outils de suivi des progrès vers l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre 98

Documents de formation en ligne et outils de diagnostic sur les MTN à manifestations cutanées à l'intention des agents de santé de première ligne : revue exploratoire 99

Validation de l'application SkinApp de NLR, améliorations supplémentaires et intégration dans l'application SkinNTDs de l'OMS 101

Proposer des soins de plaies modernes et adaptés dans des environnements à faibles ressources 104

Manuel de formation en ligne intégrée pour les agents de santé sur les MTN à manifestations cutanées : une initiative rentable et inclusive 105

Approche intégrée de la détection précoce et de la prise en charge efficace des MTN à manifestations cutanées en Côte d'Ivoire avec une mission dermatologique, l'application eSkinHealth et la télédermatologie 107

Séance 3 : Outils de formation – Autre résumé 110

Une étude exploratoire sur l'enseignement des MTN parmi les jeunes enseignants de médecine et des départements connexes d'une faculté de médecine dans l'Uttarakhand en Inde 110

Séance 4 : Surveillance et cartographie intégrées – Présentations 111

Enquête sur le pian dans la Région africaine (2022) 112

Prévalence des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée et des infections fongiques superficielles dans deux écoles périurbaines et une communauté rurale du Togo 114

Prévalence nationale et facteurs de risque de la tungose chez les enfants scolarisés au Kenya : résultats d'une enquête transversale multi-comtés 116

Surveillance et traitement de la tungose, de la podoconiose et de la gale dans le nord-est de l'Ouganda 117

Approche intégrée de lutte contre les maladies tropicales négligées cutanée : Etude pilote en Côte d'Ivoire 119

Méthodes intégrées de cartographie des maladies cutanées négligées au Malawi 121

Cartographie de la charge de la gale dans une communauté aborigène reculée du Territoire du Nord, dans le contexte d'un programme de traitement par administration de masse de médicaments 124

Élaboration d'un système de surveillance communautaire et intégré des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Cameroun 126

Séance 4 : Surveillance et cartographie intégrées – Affiches 128

La recherche intégrée des cas de maladie de la peau détecte les infections ulcéreuses polymicrobiennes classées comme leishmaniose cutanée, pian et *Haemophilus ducreyi*, au Ghana 128

Situation de l'élimination de l'onchocercose au Gabon : un regard neuf sur la distribution de cette maladie négligée 130

Mise à l'essai de l'intégration de la surveillance et de la lutte contre le mycétome au programme éthiopien de lutte contre les maladies tropicales négligées grâce à la surveillance sentinelle et au transfert de connaissances 132

Étude clinico-épidémiologique rétrospective de la lèpre dans le district de Kolkata (6 derniers mois) : peut-on rêver de l'éradication de la lèpre ? 134

Ulcère de Buruli au Japon : mise à jour 136

Étude GHSP (Global Healthcare Study on Psoriasis) : épidémiologie et obstacles aux soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire 138

La leishmaniose cutanée : un problème émergent au Népal 140

Évaluation de la couverture des services pour la leishmaniose cutanée et du nombre de cas avant et après l'intégration dans les groupes de services de santé en Afghanistan 142

Épidémiologie et caractéristiques cliniques des mycoses sous-cutanées dans une population protégée par une assurance commerciale, États-Unis d'Amérique 144

LeishMan, le réseau européen de prise en charge de la leishmaniose, s'associe à l'OMS pour surveiller les cas importés et autochtones en Europe 146

Surveillance de la leishmaniose tégumentaire dans le nord-est de l'Italie 148

Séance 4 : Surveillance et cartographie intégrées – Affiches 150

L'expérience et les défis de l'Angola dans la gestion intégrée des MTN à manifestations cutanées 150

Évaluation de la prévalence de la tungose au cours de la surveillance des géohelminthiases et de la filariose lymphatique dans la région côtière du Kenya 153

Intérêt de la PCR (amplification génique) dans le diagnostic précoce de la lèpre à Antananarivo (Madagascar) 155

Séance 5 : Incapacités, réadaptation, stigmatisation, santé mentale et inclusion – Présentations 156

Les associations de patients : des partenaires pour les meilleurs soins de santé possible 157

Dépression et qualité de vie chez les personnes touchées par le lymphœdème filarien : détermination des facteurs de risque sociodémographiques et cliniques, et impact d'un traitement d'autoprise en charge renforcée. 159

Le rôle des prestataires de santé informels dans la lutte contre la stigmatisation et la réponse aux besoins en santé mentale des personnes touchées par les MTN cutanées au Liberia 161

Impact d'une intervention sociale sur la stigmatisation liée à la podoconiose dans le nord-ouest de l'Éthiopie 163

L'impact de la tungose sur le développement neurocognitif, la fréquentation scolaire et la réussite scolaire 165

Expérience de la stigmatisation, bien-être mental, dépression et participation sociale chez les personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la filariose lymphatique dans le nord de l'Inde 167

Rôle d'une intervention de conversation communautaire pour réduire la stigmatisation liée au lymphœdème des membres inférieurs dans le nord de l'Éthiopie 169

Incapacités et stigmatisation dues au mycétome : des solutions innovantes et originales 171

Séance 5 : Incapacités, réadaptation, stigmatisation, santé mentale et inclusion – Affiches 173

Intégration des MTN à manifestation cutanée au Nigéria par le biais de groupes d'autoprise en charge intégrés : leçons tirées du projet Ready4PEP 173

Prise en charge intégrée des MTN cutanées dans l'État de Jigawa au Nigéria 175

L'ulcère de Buruli est associé à une détresse psychologique importante et à une réduction de la qualité de vie, chez les patients atteints au Ghana 177

L'outil *Patient-Reported Impact of Dermatological Diseases* (PRIDD) pour la mesure de l'impact des MTN cutanées du point de vue du patient 179

Coût socio-économique et effets psychosociaux des plaies chroniques, notamment les formes ulcératives des MTN cutanées, dans le district sanitaire de Tiassalé en Côte d'Ivoire 181

Profil des incapacités des personnes touchées par la lèpre dans le district de Janjgir-Champa au Chhattisgarh, en Inde 183

Évaluer l'impact de la tungose sur la qualité de vie au Kenya 185

Lutter contre la stigmatisation sociale par des campagnes de sensibilisation communautaire au Tigré, dans le nord de l'Éthiopie 187

L'albinisme dans les zones tropicales : une affection cutanée avec une charge physique, mentale et sociale complexe traitée par un réseau d'acteurs complémentaires 188

Participation sociale des personnes en situation de handicap liée aux maladies tropicales négligées au Bénin en 2022 190

Qualité de vie liée à la santé des adultes atteints de leishmaniose cutanée à l'hôpital ALERT d'Addis-Abeba en Éthiopie 192

Observations ethnographiques sur la prise en charge des plaies dans le milieu de la médecine traditionnelle dans le district d'Atwima Mponua de la région d'Ashanti au Ghana 194

Autonomiser les personnes atteintes de leishmaniose cutanée au Brésil, en Éthiopie et à Sri Lanka : une approche décoloniale de la recherche en santé mondiale (ECLIPSE) 196

Qualité de vie des patients atteints de gale : étude transversale avec le questionnaire sur la qualité de vie en dermatologie 198

Ulcère de Buruli et pian au Ghana : expériences et impacts de la stigmatisation, et stratégies d'adaptation, chez les patients et anciens patients 199

Séance 5 : Incapacités, réadaptation, stigmatisation, santé mentale et inclusion – Autres résumés 201

La podoconiose, une maladie négligée 201

Stigmatisation liée à la tungose et pratiques de lutte dans une région d'hyperendémie du nord-est de l'Ouganda 202

Prévenir et prendre en charge les déficiences liées à la lèpre : le recours aux dispositifs d'assistance .. 204

Soutien psychologique de base pour les personnes atteintes de maladies tropicales négligées, dispensé par des pairs - une étude de validation du concept (POC) 206

Séance 6 : Transmission – Présentations 208

Comprendre la transmission de l'UB en Australie : progrès et défis 209

Situation de la transmission des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Sri Lanka .. 211

Élaboration d'un modèle d'infection humaine contrôlée de l'ulcère de Buruli 213

Les pics de transmission des infections à virus de la Ross River/Barmah River et de l'ulcère de Buruli dans l'État tempéré de Victoria sont alignés et fortement influencés par la saison 215

La connaissance de l'écologie évolutive est importante pour améliorer la compréhension et la prise en charge des maladies mycobactériennes cutanées 217

Détection de *Mycobacterium ulcerans* chez *Aedes albopictus* (Skuse 1894) émergeant d'eaux contaminées par *M. ulcerans* 219

Génomique et apprentissage automatique pour déduire l'origine géographique des cas humains d'ulcère de Buruli 220

Facteurs de risque environnementaux associés à la présence de *Mycobacterium ulcerans* dans l'État de Victoria (Australie) 222

Vaccination des opossums par le BCG contre *Mycobacterium ulcerans* 224

Séance 6 : Transmission – Affiches 225

Télédermatologie au Népal 225

Mycobacterium ulcerans n'a pas été détectée par PCR sur la peau humaine dans les zones d'endémie de l'ulcère de Buruli en Australie du Sud-Est 227

Facteurs de protection et de risque pour l'ulcère de Buruli dans le Sud-Est de l'Australie. 228

Persistance de l'onchocercose et des pathologies dermatologiques et ophtalmologiques associées après 27 ans d'administration de masse de l'ivermectine dans les régions centrales du Ghana 230

Évolution moléculaire de *Mycobacterium ulcerans*, sous-espèce *shinshuense*, l'agent causal de l'ulcère de Buruli au Japon 232

Séance 6 : Transmission – Autres résumés 234

Coordination intersectorielle pour réduire la transmission des MTN et la morbidité dans l'État du Bihar (Inde) 234

Certaines MTN ne doivent plus être négligées grâce à la télédermatologie 236

Séance 7 : Diagnostic and renforcement des capacités de laboratoire – Présentations 237

Diagnostics – Examen des tests diagnostiques actuels pour les MTN cutanées et renforcement des capacités des laboratoires – opportunités, défis et priorités 238

Un réseau de laboratoires en Afrique pour l'ulcère de Buruli : progrès, difficultés et perspectives 239

Diagnostic moléculaire des maladies tropicales négligées cutanées par qPCR utilisable sur le lieu des soins et sur le terrain 241

Évaluation multicentrique de l'appareil Biomeme Franklin™ sur téléphones portables pour la détection rapide par PCR de *Mycobacterium ulcerans* dans des échantillons cliniques 243

Mise au point d'un test de diagnostic rapide de l'ulcère de Buruli : difficultés et perspectives 244

Renforcement des capacités des laboratoires de référence pour le pian au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Ghana 246

Évaluation externe d'assurance de la qualité dans la lutte contre les maladies tropicales négligées : Le projet LAMP4yaws 248

Le diagnostic moléculaire des mycétomes 250

Appui d'un laboratoire pour combattre et éliminer les maladies tropicales négligées cutanées au Ghana 252

Le kit SwiftX™ d'extraction de l'ADN – un outil polyvalent pour l'extraction de l'ADN de divers agents pathogènes des maladies cutanées 254

Séance 7 : Diagnostic and renforcement des capacités de laboratoire – Affiches 256

La lèpre : Toujours parmi nous et pourtant oubliée dans notre environnement 256

Dermatomycoses : cas cliniques pratiques 258

Indice de gravité des dermatophytoses – Un nouveau système de notation pour évaluer la gravité des dermatophytoses 259

Intérêt de la qPCR dans la confirmation des cas cliniques de lèpre Paucibacillaires 260

Diagnostic différentiel des ulcères cutanés : des lésions ressemblant au pian 261

L'ingénierie biologique pour la production d'antigènes glycolipidiques phénoliques GLP-1 en vue d'assurer un approvisionnement durable d'antigènes pour le sérodiagnostic de la lèpre 263

Diffusion d'applications pour la santé mobile : un examen systématique 264

10 années d'expérience en tant que laboratoire de référence pour la confirmation microbiologique de l'ulcère de Buruli. 266

La leishmaniose cutanée diagnostiquée par erreur comme tuberculose cutanée : Présentation inhabituelle d'une série de cas dans un seul centre de soins tertiaires et nécessité de techniques de diagnostic plus sensibles 268

Évaluation des tests sur le lieu des soins pour le diagnostic de la leishmaniose cutanée 270

Leishmaniose dermique post-kala-azar : Une série de cas 271

Fonctionnement d'un test sérologique rapide pour le diagnostic différentiel du pian chez les patients présentant des ulcères cutanés suspects 273

Eczéma (Atopie) folliculaire associé à la gale chez une enfant de 9 ans 275

Évaluation d'outils moins invasifs de collecte des échantillons pour le diagnostic de la leishmaniose cutanée 277

Facteurs pathogènes et microbiome contribuant au degré de gravité de l'ulcère de Buruli 279

Répartition de l'impétigo sur le corps humain et association avec l'hôte et les agents pathogènes 281

Séance 7 : Diagnostic and renforcement des capacités de laboratoire – Autres résumés 283

Lymphocytes B mémoires et lymphocytes B régulateurs, marqueurs dans le suivi du traitement de l'ulcère de Buruli 283

Confirmation biologique de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire, 2020-2022 285

Détection par test LAMP-PCR de *Treponema pallidum ssp. pertenue* et de *Haemophilus ducreyi* dans les ulcérations de type pian chez les enfants vivant dans les zones rurales de la Côte d'Ivoire 286

Lèpre et gynécothélie : un constat courant 288

La dermatoscopie pour identifier la teigne d'origine animale 289

Sporotrichose : principales caractéristiques cliniques et outils de diagnostic 290

La leishmaniose cutanée : expérience d'un centre de soins tertiaires du Nord de l'Inde et difficultés de prise en charge dans un contexte où les ressources sont insuffisantes. 292

Séance 8 : Traitements – Présentations 294

Résultats de l'enquête mondiale en ligne de l'OMS de 2022 sur les capacités de diagnostic et les pratiques de traitement des mycoses sous-cutanées (profondes) 295

Innocuité de la bédaquiline associée à la rifampicine dans le cadre de la prophylaxie postexposition de la lèpre — résultats préliminaires 297

Caractéristiques des patients atteints de leishmaniose cutanée et résultats des traitements, Quetta, Pakistan, 2014-2021 298

Exigences élémentaires en matière d'infrastructures pour la prise en charge des plaies recommandée par l'OMS, y compris les MTN cutanées ulcéreuses en milieu rural en Côte d'Ivoire 300

Le kit WAWLC : un moyen d'apporter du matériel de pansement de base standardisé pour des soins de plaies modernes adaptés aux milieux à faibles ressources 302

Lutte contre la tungose grâce au diagnostic et au traitement systématiques des humains et les animaux à l'aide d'huile de diméticone dans un environnement nomade pauvre en ressources en Ouganda 303

Infections bactériennes secondaires et résistance aux antibiotiques chez les patients atteints de tungose dans l'ouest du Kenya 305

Régime contenant des bêtalactamines pour le raccourcissement du traitement de l'ulcère de Buruli : Point d'étape de l'essai clinique 306

Séance 8 : Traitements – Affiches 307

La mesure des plaies et les caractéristiques de base comme prédicteurs d'une cicatrisation lente ou rapide dans l'ulcère de Buruli 307

Buruli-RifDACC : évaluation de l'efficacité et du rapport coût-efficacité d'une dose élevée de rifampicine par rapport à une dose standard sur l'issue de la maladie à *Mycobacterium ulcerans*, protocole pour un essai contrôlé randomisé au Ghana 309

Utilisation complémentaire d'une thérapie oxygène-ozone sur les patients atteints d'ulcère de Buruli et de COVID 19 311

Repositionnement de deux antiseptiques approuvés par la FDA des États-Unis pour le soin des plaies à destination du traitement de la leishmaniose cutanée 313

Dynamique de la communauté microbienne associée à l'infection et à la guérison dans l'ulcère de Buruli et d'autres ulcères chroniques 315

Données initiales sur la gale et les poux de tête de l'essai BOHEMIA (AMM d'ivermectine pour le paludisme) 317

Suivi à très long terme des cicatrices cutanées de leishmaniose : impact des espèces, de la récidive et de la durée après rétablissement 319

La cryothérapie peut-elle être utilisée pour traiter les biofilms dans les plaies de leishmaniose cutanée ? Une étude pilote. 321

Etude de l'effet de SRM-1 associé au traitement OMS sur la cicatrisation versus traitement standard OMS seul dans le traitement de l'ulcère de Buruli 323

Prise en charge intégrée des plaies chroniques graves, y compris les MTN cutanées ulcéreuses dans le district sanitaire de Tiassalé (Côte d'Ivoire) : une série de cas 324

Vers l'éradication du pian dans le district sanitaire de Tiassale : cas des villages de Bocabo et Boussoukankro 326

Vue d'ensemble de l'étude sur l'efficacité des médicaments contre la leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA) : revue systématique des études cliniques et observationnelles afin d'évaluer la faisabilité de la constitution d'une plateforme de données individuelles au niveau des participants (DIP) 327

Protocole d'étude de cohorte pour évaluer les résultats thérapeutiques des formes cutanées, muqueuses et diffuses de leishmaniose en Éthiopie 329

Applications en situation réelle d'une crème à base d'aminosides pour une guérison indolore de la leishmaniose cutanée 331

Le traitement de la Leishmaniose cutanée : pourquoi, qui et comment traiter? 333

Fardeau et épidémiologie clinique des plaies, y compris les MTN cutanées ulcéreuses en Côte d'Ivoire 334

Étude ouverte randomisée pour évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'amphotéricine B liposomale (AmBisome) par rapport à la miltéfosine chez les patients atteints de leishmaniose dermique post-kala-azar 336

Raccourcissement du traitement de l'ulcère de Buruli : le traitement recommandé par l'OMS vs. un nouveau régime contenant des bêtalactamines (l'essai clinique BLMs4BU) – Études de phase II et phase III en Afrique de l'Ouest 337

Cinétique *in vitro* d'amoxicilline/clavulanate en association avec la rifampicin/clarithromycine contre *Mycobacterium ulcerans* 339

Comment réduire l'échec du suivi dans les cas de mycoses cutanées profondes en situation de ressources limitées ? 341

Synthèse des connaissances sur le traitement des communautés du Tigré touchées par la leishmaniose cutanée dans le nord de l'Éthiopie 342

Comment inclure la dermatite atopique et les maladies chroniques courantes de la peau dans le cadre stratégique de l'OMS pour la lutte et la prise en charge intégrées des MTN cutanées 344

Efficacité du stibogluconate de sodium intralésionnel pour le traitement de la leishmaniose cutanée localisée à l'hôpital général de Boru Meda, Amhara, Éthiopie : essai pragmatique 345

Prise en charge communautaire des plaies, y compris les MTN cutanées ulcéreuses en milieu rural en Côte d'Ivoire 347

L'effet de deux polythérapies sur les profils cytokiniques des patients atteints de leishmaniose dermique post-kala-azar au Soudan 349

Traitement à base communautaire de la leishmaniose cutanée par la cryothérapie et la miltéfosine : la voie à suivre ? 351

La réduction tumorale chirurgicale des nodules de podoconiose et son impact sur la qualité de vie en Éthiopie 353

Séance 8 : Traitements – Autres résumés 354

Mise à jour clinique : amélioration de l'accès à l'ivermectine dans le traitement de la gale grâce au changement de budget programmes en Australie 354

Traitement de la leishmaniose cutanée récidivante par miltéfosine à Gilgil dans le comté de Nakuru (Kenya) 356

Autoprise en charge thérapeutique pour l'éléphantiasis filaire à l'aide de la médecine intégrative..... 358

Le rôle de la carence en micronutriments dans la pathogenèse de l'ulcère de Buruli 360

Leishmaniose muqueuse : à la recherche d'un traitement 362

Étude de cohorte rétrospective de la rifampicine, l'ofloxacine et la minocycline mensuelles dans la prise en charge de la lèpre au Royaume-Uni 364

Étude des activités antileishmaniales de nanoparticules d'argent obtenues par synthèse écologique par extraction de *Thymus vulgaris* contre *Leishmania major in vitro* 365

Séance 9 : Recherche opérationnelle – Présentations 366

Expérience de la prise en charge holistique des maladies tropicales négligées cutanées via les réseaux des églises dans le Territoire de Songololo 367

Obstacles liés à l'accès aux services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités dues à la filariose lymphatique dans l'État de Jigawa (Nigéria) 369

Approche intégrée, centrée sur la personne, pour l'identification, l'orientation, le diagnostic et la prise en charge des cas de MTN cutanées : résultats d'une évaluation pluridisciplinaire 371

Deux ans et demi de camps de dermatologie PEP4LEP : essai de mise en œuvre du dépistage intégré des maladies cutanées et de la prévention de la lèpre dans les communautés en Éthiopie, au Mozambique et en Tanzanie 373

Pérennité des programmes d'auto-assistance basés en communauté dans le contexte de la lèpre et des travaux des missions contre cette maladie 375

Compréhension locale de l'étiologie et recherche des soins pour la lèpre, l'ulcère de Buruli et le pian dans le district d'Atwima Mponua de la Région d'Ashanti au Ghana 377

Contribution à la pharmaco-économie dans les maladies tropicales négligées : coût du développement d'un médicament contre le mycétome 379

Comprendre la charge économique des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée pour les ménages : observations qualitatives au Ghana et en Éthiopie 381

Séance 9 : Recherche opérationnelle – Affiches 383

Compréhension de la leishmaniose cutanée et croyances locales dans la Région Amhara (Éthiopie)... 383

Perceptions de la gale et recherche des soins dans le Ghana central 385

« C'était comme une brûlure » : expériences vécues par des personnes atteintes de leishmaniose cutanée à Kallu (Éthiopie) 387

Organiser et gérer un programme de soins auto-administrés pour la lèpre 389

Faisabilité du recours à la télésanté pour la formation des agents de santé et des personnes handicapées sur la réadaptation et la prévention intégrées des déficiences et incapacités dues à la lèpre, à la filariose lymphatique, aux ulcères de pression et à d'autres lésions chroniques (Projet TeleRPOID) 391

Détermination du modèle optimal pour la détection, l'orientation et la confirmation intégrées des cas de MTN cutanées : étude de cas dans le comté de Bong (Libéria) 393

Évaluations économiques des interventions pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée : examen systématique 395

Prévalence des maladies tropicales négligées et des infections cutanées dans la population des bidonvilles des communautés urbaines de Mumbai – observations préliminaires 397

Des interventions sont nécessaires pour la gale à Nampula : impact des camps de dermatologie PEP4LEP 399

Séance 9 : Recherche opérationnelle – Autres résumés 401

Obstacles à la prévention et à la prise en charge de la leishmaniose cutanée dans le Nord de l'Éthiopie : étude ethnographique 401

Rôle des récepteurs de type Toll (TLR), des cytokines et des récepteurs opioïdes dans la prévention et le traitement de la leishmaniose cutanée 403

Application des diverses optiques des systèmes de santé communautaires pour identifier les déterminants de l'accès à la chirurgie dans les populations mobiles et migrantes atteintes d'hydrocèle en Zambie. . 405

Obstacles et facilitateurs pour améliorer les soins des personnes et des communautés touchées par les MTN cutanées 407

Résumés des bureaux régionaux de l'OMS 409

Situation des MTN cutanées dans la Région africaine 409

Situation des MTN cutanées dans les Amériques 411

Situation des MTN cutanées dans la Région de la Méditerranée orientale 416

Situation des MTN cutanées dans la Région de l'Asie du Sud-Est 419

Situation des MTN cutanées dans la Région du Pacifique occidental 421

Séance 1: Présentations préliminaires

Lundi 27 mars 2023 Présidente : Claire Fuller		
Horaires	**Subject**	**Presenters**
07:30 – 09:00	Welcome remarks	Daniel Argaw Dagne, Unit Head, PTC
	WHO Global NTD Programme	Ibrahima Socé Fall Director, NTD
09:00 – 09:20	**Keynote presentation:** Skin NTDs and skin diseases: a global view	Roderick Hay
09:35–09:50	Skin NTD Framework: an overview	Rie Yotsu
09:20 – 09:35	Global Leprosy Strategy 2021–2030 and its alignment with the Skin NTD Framework	Vivek Lal
09:35– 09:50	Changing epidemiology of Buruli ulcer in Victoria, Australia 2019–2022	Deborah Friedman
09:50 – 10:05	**Discussions**	**All**
10:05 – 10:20	Very severe tungiasis in Amerindians is common and is due to the entanglement in a web of behavioural and environmental factors	Hermann Feldmeier
10:20 – 10:40	Monitoring of the NTD road map 2021–2030: information system, surveillance and reporting	Pamela Mbabazi
10:40 – 10:55	Evaluation of integration of NTD activities – lessons learnt from field observation	Xiaoxian Huang
10:55 – 11:10	International Alliance for Global Health Dermatology (GLODERM): a platform for international collaboration on skin NTDs	Esther Freeman
11:10 – 11:25	**Discussions**	**All**

Présentation du Cadre stratégique pour les MTN cutanées

Auteure : Rie R. Yotsu

Affiliations :

Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Nouvelle-Orléans, États-Unis d'Amérique
École de Médecine tropicale et de santé globale de Nagasaki, Nagasaki, Japon

Le 8 juin 2022, l'OMS a publié un guide essentiel : « Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée ». Les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée, ou MTN cutanées, sont un groupe de MTN provoquant des signes et symptômes cutanés ; on compte au moins 9 maladies ou groupe de maladies. En abandonnant les approches spécifiques, on prévoit autant que possible l'identification et l'intégration des synergies, sur la base de cette caractéristique commune pour obtenir un plus grand impact sur la santé. Nous allons faire une présentation du Cadre stratégique pour les MTN cutanées et attirer l'attention sur les perspectives ouvertes par ce dispositif. Le cadre est une base fondamentale de la proposition produite par l'OMS en vue d'intégrer les MTN et il décrit les possibilités pratiques pour cette stratégie évolutive. Il souligne les avantages plus larges qui en résulteront pour la santé, et contribuera ainsi à instaurer la Couverture sanitaire universelle et la santé de la peau pour tous.

La stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 et son alignement sur le cadre de lutte contre les MTN cutanées

Auteurs : Vivek Lal*, Rie R Yotsu[#], Subbanna J*, Mahoutondji Yves Thierry Barogui*

Affiliations :

*****OMS #Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, LA, États-Unis d'Amérique

La lèpre est l'une des 20 maladies tropicales négligées (MTN). « Vers zéro lèpre, la stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 » est un document qui a été élaboré dans le cadre de « Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030 ». Dans cette feuille de route, la cible est pour la lèpre, comme pour l'onchocercose et la trypanosomiase humaine africaine, « l'interruption de la transmission » d'ici 2030.

La lèpre se manifeste en général par une lésion cutanée avec perte de sensibilité. En fait, 12 des 20 MTN présentent des signes cutanés et on peut donc les regrouper sous le terme de MTN cutanées. Ce regroupement aide à déterminer des interventions communes et à définir des approches intégrées ayant beaucoup plus d'impact que des efforts spécifiques à chacune des maladies.

On estime que plus d'un milliard de personnes sont soit exposées au risque, soit affectées par une ou plusieurs MTN cutanées. La répartition géographique révèle la co-endémicité de plusieurs d'entre elles et leur regroupement dans des zones mal desservies par les interventions de santé publique.

« Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée » est un document annexe de la Feuille de route, élaboré en 2022, pour surmonter les défis programmatiques au moyen de l'intégration de la lutte et de la prise en charge des MTN cutanées.

La Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 comporte quatre piliers stratégiques, à savoir : la mise en œuvre de feuilles de route nationales intégrées pour zéro lèpre ; le renforcement de la prévention de la lèpre parallèlement à un effort intégré de dépistage actif des cas ; la prise en charge de la lèpre et de ses complications et la prévention de nouvelles incapacités ; et la lutte contre la stigmatisation et l'assurance du respect des droits humains. L'accent mis dans la Stratégie sur les approches « intégrées » pour la planification et la mise en œuvre des services s'occupant de la lèpre est sans équivoque.

La détection active des cas, la chimiothérapie préventive, la prise en charge des complications, le bien-être mental et la lutte contre les stigmatisations sont des interventions liées à la lèpre pouvant s'appliquer à d'autres MTN cutanées. Les pays sont donc invités à adopter et à adapter la Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 au sein du cadre de lutte contre les MTN cutanées. L'application dans une approche intégrée donne des possibilités de partage des ressources avec, comme résultat, le renforcement de la surveillance et de l'efficacité aboutissant à une accélération des efforts pour atteindre le but d'interrompre la transmission.

Évolution de l'épidémiologie de l'ulcère de Buruli à Victoria, Australie 2019-2022

Auteures : N. Deborah Friedman, Miriam O'Hara, Ee Laine Tay

Affiliations :

Section des maladies transmissibles, Direction de la protection de la santé, Département de la Santé, Victoria

Introduction

L'État de Victoria, dans le sud-est de l'Australie (climat non tropical), continue de connaître le plus grand nombre de cas d'ulcère de Buruli jamais enregistré, avec l'augmentation exponentielle des cas depuis 2014 et l'expansion géographique des zones d'endémicité.

Méthodes

L'infection à *Mycobacterium ulcerans* est une maladie transmissible à déclaration obligatoire dans l'État de Victoria, tous les cas diagnostiqués par les laboratoires étant signalés au Département de la santé. Une surveillance accrue des cas est menée, avec une attention particulière sur les zones géographiques où l'exposition a eu lieu.

Résultats

1143 cas incidents humains d'ulcère de Buruli ont été déclarés à Victoria sur une période de 4 ans (2019 à 2022), le nombre le plus élevé (341 cas) ayant été enregistré en 2022. Alors que les cas restent liés aux villes de la péninsule de Bellarine (Point Lonsdale, Queenscliff, Ocean Grove, Barwon Heads, St Leonards), zone d'endémicité depuis près d'un quart de siècle, il se produit depuis une décennie un déplacement vers la péninsule de Mornington et la banlieue sud-est de Melbourne. (Figure 1) Depuis 2019, plusieurs banlieues non côtières du centre de Melbourne (Essendon, Moonee Ponds, Brunswick West, Pascoe Vale South et Strathmore) ont été déclarées zones d'endémicité, tout comme des zones de la Surf Coast (Aireys Inlet et Anglesea) et, plus récemment, des banlieues de Geelong (Belmont, Highton et Newtown). Les études des excréments d'opossum ont démontré une contamination généralisée par *M. ulcerans* de l'environnement local dans les zones de flambée humaine.

Discussion et conclusions

L'ulcère de Buruli est désormais endémique dans de nombreuses zones non contiguës de Victoria. Le nombre annuel de cas a continué de croître depuis 2014, avec seulement une faible réduction en 2020 lorsque Victoria a enduré de longues périodes de confinement liées à la COVID-19, ce qui a empêché les voyages et a possiblement réduit l'exposition extérieure prolongée. La gestion de la santé publique implique les actions suivantes : une surveillance continue pour détecter les nouvelles zones d'exposition ; des messages préventifs ciblés et généraux ; la formation des cliniciens en vue d'un diagnostic précoce ; la collaboration avec les laboratoires et les chercheurs pour établir le séquençage du génome entier d'isolats humains et appliquer la recherche sur la transmission à la gestion et aux politiques de santé publique.

Remerciements

Le Département de la santé remercie les centres locaux de santé publique nouvellement établis, qui gèrent désormais le suivi des cas d'ulcère de Buruli.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

ulcère de Buruli, *Mycobacterium ulcerans*, épidémiologie

Figure 1 : Carte de densité montrant les zones d'endémicité à Victoria, en fonction de l'adresse de résidence des cas au moment de la notification, 2019 à 2022

La tungose très sévère est fréquente chez les Amérindiens et s'explique par une combinaison de facteurs comportementaux et environnementaux entremêlés

Auteurs : Hermann Feldmeier, Hollman Miller, Ciro Gomes, Julián Trujillo-Trujillo, Yago Ranniere Teixeira Santana, Martha Saboya

Affiliations :

Institut de microbiologie, maladies infectieuses et immunologie, Hôpital universitaire de la Charité, Berlin, Allemagne. Departamento de Salud, Vaupés, Mitu, Colombie ; Grupo Gestión Integradas de Enfermedades Emergentes, Reemergentes y Desatendidas, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogota, Colombie ; Programme de troisième cycle en pathologie moléculaire, Universidade de Brasilia, Brésil ; Secretaría Especial de Saude Indigena, Ministère de la santé, Brasilia, Brésil ; Communicable Diseases and Environmental Determinants of Health Department, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington D.C., États-Unis d'Amérique

Les différentes dimensions de la tungose dans les communautés amérindiennes de l'Amazonie et du bassin de l'Orénoque restent une énigme. Les quelques études réalisées jusqu'à présent et les observations ponctuelles indiquent que la tungose est fréquente et qu'elle est couramment marquée par une mortalité élevée. Nous avons analysé les données provenant d'études clinico-épidémiologiques non encore publiées menées au Brésil et les dossiers disponibles auprès des services de santé pour les populations amérindiennes en Colombie.

Au total, nous avons identifié 24 cas de tungose très sévère chez lesquels l'ectoparasitose avait évolué en maladie débilitante, parfois mortelle. L'âge variait de 7 à 83 ans. Le nombre de puces de sable incrustées variait d'environ 100 à environ 1300. Chez presque tous les patients, des groupes de lésions ectopiques étaient présents au niveau des chevilles, des genoux, des coudes, des mains et des doigts. On observait couramment une localisation ectopique jusqu'ici inconnue de puces de sable incrustées en amas autour de l'anus. La mobilité était partiellement ou totalement entravée. Les patients souffraient de malnutrition, d'anémie et de cachexie. La surinfection bactérienne des lésions était constante. La plupart des patients vivaient seuls et dépendaient de la nourriture fournie par leurs proches. L'attitude de la communauté à l'égard du patient allait du mépris à la stigmatisation fondée sur l'idée que les patients atteints de tungose très sévère sont maudits (*maldad*). La transmission intradomiciliaire était très probable dans tous les cas. Les chiens semblaient être le réservoir animal prédominant.

Tous les patients ont été traités par de multiples applications topiques d'une formule contenant un mélange d'huiles de diméthicone de faible viscosité (NYDA®) et ont été guéris en 2 à 3 semaines.

Les patients atteints de tungose extrêmement sévère sont victimes d'un réseau complexe de causes, parmi lesquelles un trouble médical prédisposant, une réinfection continue due à une transmission intradomiciliaire, un comportement lié aux habitudes culturelles tel que se tenir accroupi sur les talons, assis ou étendu sur le sol ou encore allongé dans un hamac fixé de telle sorte que des parties du corps se retrouvent en contact avec le sol. Les croyances traditionnelles conduisent la famille à délaisser le malade et amènent ce dernier à se retrouver exclu de la communauté.

La tungose très sévère chez les Amérindiens est la manifestation la plus négligée et la plus importante de la tungose dans les Amériques. Si elle n'est pas traitée, elle peut déboucher sur une issue fatale.

Remerciements

Aux agents de santé locaux des communautés amérindiennes touchées par la tungose sévère au Brésil et en Colombie, qui ont fourni des informations sur les cas, les facteurs de risque, le traitement, entre autres.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose très sévère, Amérindien, traitement, réseau de causes

Suivi de la feuille de route pour les MTN 2021 – 2030 : système d'information, surveillance et notification

Auteure : Pamela Sabina Mbabazi

Affiliation :

Département de Lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé

Les MTN sont formellement visées par l'action mondiale dans la cible 3.3, qui appelle « d'ici à 2030, à mettre fin à l'épidémie de… maladies tropicales négligées » dans le cadre de l'ODD3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). Il est essentiel que le suivi et l'évaluation soient efficaces pour soutenir le dialogue politique et les prises de décisions sur des bases factuelles. Leur qualité dans les pays est à la base de l'évaluation des progrès aux niveaux national, régional et mondial, par rapport aux cibles et jalons de la feuille de route, aux objectifs de développement durable liés à la santé et à l'équité en santé.

Le cadre de S et E pour contrôler les progrès par rapport aux cibles de la feuille de route pour les MTN s'aligne sur la vision de l'OMS consistant à intégrer les données sur la santé dans une plateforme unique, afin de renforcer les mécanismes de prise de décisions basées sur des données factuelles. Le cadre est axé sur la mesure de l'impact. Il présente les liens entre le suivi existant des indicateurs des MTN, qui doit se poursuivre au titre de la nouvelle feuille de route, et le suivi des cibles de celles-ci, dont beaucoup ont été fixées à partir des indicateurs existants.

Le suivi des progrès dans la réalisation des cibles de la feuille de route sera un processus continuel pendant les 10 prochaines années. L'intégration de la gestion des données sur les MTN dans les systèmes nationaux d'information sanitaire est une recommandation essentielle de la feuille de route. L'analyse régulière et l'examen des données de routine et de la surveillance sont primordiaux pour prendre des décisions sur des bases factuelles et décider de mesures correctives. Les indicateurs des pays pertinents pour ceux de la feuille de route seront transmis à l'OMS par les processus et voies de notification existants. La capacité de collecter, de gérer et d'utiliser les données de la santé publique est indispensable pour la réussite des programmes de santé publique. Dans ce contexte, l'identification des opportunités pour intégrer les activités spécifiques aux maladies avec celles de la surveillances aux niveaux national et infranational est essentielle.

Nous allons souligner dans la présentation les processus, les ressources disponibles et les portails de données à utiliser pour soutenir la collecte, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données aux parties intéressées, afin d'aider à la mise en œuvre de la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.

Remerciements

Département de la Lutte contre les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé ; Groupe de travail mondial sur le suivi, l'évaluation et la recherche pour les maladies tropicales négligées

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Intégration

Évaluation de l'intégration des activités sur les MTN – enseignements tirés d'une observation sur le terrain

Auteure : Xiaoxian Huang

Affiliation :

Département de Lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé

L'intégration des activités et des services pour les MTN cutanées est l'une des principales recommandations de la Feuille de route 2021-2030. Toutefois, la documentation faisant état des avantages et des coûts de cette intégration reste limitée. Ce projet vise à combler cette lacune en testant l'intégration du dépistage des MTN dans une campagne d'administration de masse de médicaments en Côte d'Ivoire et en recueillant des informations de première main sur le coût et les avantages de cette intégration.

Pour préparer cette intégration, nous avons mené une mission dans le pays du 17 au 28 février 2023, afin d'observer la campagne de dépistage du pian dans 3 districts au Nord-Est de la Côte d'Ivoire : Nassian, Bondoukou et Tanda. Notre observation a confirmé le potentiel en termes de gain d'efficience et d'économie des coûts qu'a une campagne intégrée de dépistage des MTN cutanées et d'AMM. Mais cette intégration nécessite une planification minutieuse, une adaptation de la formation, une mobilisation sociale et des outils de collecte des données, de même que la prise en considération à égalité de toutes les maladies couvertes par la campagne. La prochaine étape consistera à choisir deux districts où une campagne d'AMM est prévue en 2023 et d'y planifier une campagne intégrée avec le dépistage des MTN cutanées.

Remerciements

Les programmes nationaux de lutte contre les MTN recevant la chimiothérapie préventive et les MTN cutanées, Anesvad, le Centre Suisse, l'Institut Pasteur, OMS/AFRO et le Bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire, ainsi que les autorités des districts de Nassian, Bondoukou et Tanda.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Intégration

Alliance internationale pour la santé dermatologique mondiale (GLODERM) : une plateforme de collaboration internationale sur les MTN à manifestations cutanées

Auteurs : Esther Freeman, Alexis Strahan, Sidra Khan, Janet Lubov, Wingfield Rehmus, Claire Fuller, pour le compte du comité de pilotage de GLODERM

Affiliations :

Massachusetts General Hospital, Boston USA (EF, AS, and JL); University of Manchester, United Kingdom (SK), BC Children's Hospital, Vancouver Canada (WR), et International Foundation for Dermatology (CF)

L'Alliance internationale pour la santé dermatologique mondiale, ou GLODERM, a été créée en 2018 pour mettre en rapport des dermatologues qui s'intéressent principalement à l'amélioration de la santé de la peau dans les communautés à ressources limitées grâce à des approches durables et intégrées en matière de soins cliniques, d'éducation, de recherche, de politique et de plaidoyer. Depuis sa création, GLODERM a développé diverses initiatives visant à améliorer l'accès aux soins pour les maladies tropicales négligées (MTN) à manifestations cutanées et à réduire leur fardeau à l'échelle mondiale. Son réseau collaboratif de dermatologues dans le monde entier tire parti de son implication et de son expertise pour élaborer des programmes visant à accroître l'accès à la prise en charge des MTN et la formation à leur sujet.

En 2022, GLODERM a lancé un programme de mentorat unique en son genre qui met en relation des dermatologues en début de carrière qui rêvent de faire avancer la santé de la peau dans des milieux à faibles ressources avec des dermatologues expérimentés du monde entier. Ce programme soutient des experts en dermatologie dans leurs régions, dont beaucoup travaillent activement sur des projets visant à réduire le fardeau des MTN. Cette première cohorte est dans la phase de développement d'un programme de télédermatologie qui vise spécifiquement la reconnaissance, le diagnostic et le traitement de la lèpre.

En 2020, dans le but d'accroître l'accès à un contenu éducatif de qualité pour les médecins intéressés par les affections dermatologiques dans le monde entier, GLODERM a créé un comité de stagiaires qui organise des webinaires éducatifs tous les mois. Ces webinaires sont disponibles gratuitement pour tous les publics et les sujets abordés ont porté, entre autres, sur la lèpre, le mycétome et la télédermatologie.

GLODERM offre également l'occasion à la communauté scientifique mondiale de la santé dermatologique de se réunir lors de rencontres annuelles, où les programmes comprennent des discussions sur la dengue, la leishmaniose, l'éducation communautaire, le cadre stratégique de l'OMS pour la lutte intégrée contre les MTN à manifestations cutanées et leur prise en charge, entre autres.

En créant une plateforme pour le mentorat, le renforcement de la communauté et l'éducation, GLODERM permet une collaboration entre les experts et les stagiaires du monde entier, afin de mobiliser l'expertise pour lutter contre les MTN.

Remerciements

GLODERM reçoit le soutien de la Ligue internationale des sociétés dermatologiques, de CeraVe et de l'Ellis Family Foundation

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Formation, mentorat, télédermatologie, accès

Séance 2 : Intégration au niveau des pays - Présentations

Lundi 27 mars 2023 **Présidente : Rie Yotsu**		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
14:00 – 14:20	**Présentation d'ouverture** : Approche intégrée des MTN à manifestation cutanée : expérience pratique, 2017–2022	Iñigo Lasa
14:20 – 14:35	Intégration de l'administration de masse de médicaments contre la filariose lymphatique et la gale aux Fidji	Sarah Andersson Andrew Steer
14:35 – 14:50	Éradication du pian dans trois pays du bassin du Congo : Leçons apprises après les premiers tours des traitements de masse à l'azithromycine (MDA)	Alphonse Um Boock
14:50 – 15:05	Dermatologie tropicale/infectieuse dans l'État d'Amazonas (Brésil)	Silmara Pennini
15:05 – 15:20	Enquête d'évaluation de la transmission intégrée de la filariose lymphatique, du pian et de la gale au Timor-Oriental, 2020–2021	Josefina João
15:20 – 15:40	**Discussions**	**Tous**
15:40 – 15:55	Évaluation multiméthodes de l'intégration des services de santé pour les maladies tropicales négligées nécessitant une prise en charge des cas au Libéria	Karsor Kollie
15:55 – 16:10	Intégration d'un ensemble de soins globaux pour la podoconiose, la filariose lymphatique et la lèpre aux services de santé courants en Éthiopie : le projet EnDPoINT	Oumer Ali Asrat Mengiste
16:10 – 16:25	Lutte intégrée contre les MTN au Vanuatu	Macklyne Katenga Fasihah Taleo
16:25 – 16:40	Prise en charge et lutte intégrées des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Ghana en 2022	Benedict Quao
16:40 – 17:00	**Discussions**	**Tous**

Intégration de l'administration de masse de médicaments contre la filariose lymphatique et la gale aux Fidji

Auteurs : Sarah Andersson[1], Aminiasi Tavui[1], Vinaisi Duituturaga Bechu[2], Ellice Zoumboulis[1], Matthew Parnaby[1], Lucia Romani[3], Daniel Engelman[1], John Kaldor[3], Andrew Steer[1]

Affiliations :

[1]Murdoch Children's Research Institute, [2]Ministère fidjien de la santé et des services médicaux, [3]Kirby Institute, University of New South Wales

Introduction

Aux Fidji, deux maladies tropicales négligées (MTN) à manifestation cutanée, la gale et la filariose lymphatique (FL), ont été ciblées pour une administration de masse de médicaments (AMM). La gale est très répandue dans toutes les divisions des Fidji (23 %)[i] cependant, aucune administration de masse de médicaments contre cette maladie n'a eu lieu à l'échelle nationale avant 2022. Les AMM nationales contre la filariose lymphatique ont été menées de 2002 à 2007 et, en 2010, le programme est passé à une stratégie propre aux divisions. L'administration de masse de médicaments contre la filariose lymphatique est désormais effectuée dans les divisions Nord et Est et dans d'autres zones sensibles des divisions Centre et Ouest, où la prévalence est supérieure à 1 %. [ii]

En 2019, le WSP (World Scabies Program) a reçu un financement de la Fondation du Groupe Macquarie pour mettre en œuvre, à l'échelle nationale, une administration de masse de médicaments contre la gale aux Fidji. Il a été décidé d'intégrer les programmes d'AMM contre la gale et la filariose lymphatique dans les zones de chevauchement des Fidji pour les raisons suivantes : 1) l'ivermectine est commune aux deux schémas thérapeutiques, 2) accroître la rentabilité et 3) réduire la charge du personnel et des communautés.

Méthodes

L'Unité de la filariose lymphatique du Ministère de la santé et des services médicaux, le WSP, avec le soutien supplémentaire de l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ont collaboré étroitement à la mise en œuvre d'une AMM intégrée contre la filariose lymphatique et la gale dans les divisions Nord et Est des Fidji. Les programmes ont élaboré un plan de mise en œuvre conjointe et un budget de partage des coûts. Les supports de promotion de la santé et de formation ont été conçus conjointement par le personnel du programme. Les équipes d'AMM ont reçu une formation sur les messages intégrés de sensibilisation des communautés et les deux programmes ont été diffusés simultanément à la télévision et à la radio. Un registre manuel intégré et un outil de collecte de données numériques ont été utilisés pour enregistrer les données de couverture.

Résultats/Discussion

Plus de 170 000 personnes sont ciblées dans les divisions Nord et Est pour une AMM intégrée contre la filariose lymphatique et la gale. La division Nord (population d'environ 138 000 habitants) a fait l'objet d'une mise en œuvre d'octobre à décembre 2022 et la division Est (population d'environ 39 000 habitants) fera l'objet d'une mise en œuvre au début de 2023. Les données de couverture ne sont pas encore disponibles ; cependant, toutes les données disponibles seront présentées si le résumé est sélectionné.

Les enjeux de l'intégration comprennent les éléments suivants : 1) le contenu accru des supports de formation ; 2) veiller à ce que le personnel retienne les messages clés pour toutes les maladies et tous les médicaments ; 3) l'augmentation des éléments de données à recueillir et la coordination entre les programmes. Pour garantir une mise en œuvre harmonieuse, les programmes ont organisé des réunions de coordination hebdomadaires, préparé conjointement les supports de formation pour uniformiser les messages et intégré des outils de collecte de données ; en outre, les équipes de formation incluaient du personnel des deux programmes.

Conclusion

Il s'agit de la première intégration de l'administration de masse de médicaments pour des programmes nationaux de lutte contre la gale et la filariose lymphatique. Globalement, l'intégration entre l'Unité de la filariose lymphatique et le programme de lutte contre la gale aux Fidji a été couronnée de succès. Les équipes se sont coordonnées et le personnel de santé a réussi à mettre en œuvre l'AMM sur le terrain. Les membres de la communauté ont apprécié le fait que le schéma thérapeutique traite trois maladies à la fois. L'intégration comporte quelques défis, qu'il est possible de surmonter grâce à des réunions de coordination régulières, ainsi qu'à une planification et une préparation conjointes par les équipes.

Remerciements

Prix du 50e anniversaire de la Fondation du Groupe Macquarie, Agence japonaise de coopération internationale (JICA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Gale, filariose lymphatique, administration de masse de médicaments, intégration

---

[i] Romani L, Koroivueta J, Steer AC, Kama M, Kaldor JM, Wand H, Hamid M, Whitfeld MJ (2015) Scabies and impetigo prevalence and risk factors in Fiji: a national survey. PLoS Negl Trop Dis. 9(3). pmid:25738499

[ii] Fiji's Neglected Tropical Diseases (NTD) Multisectoral Action Plan 2017 – 2020 (2nd Edition)

https://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2020/10/Fiji-National-Multisectoral-Action-Plan-for-Neglected-Tropical-Diseases-2017-2020.pdf

Éradication du pian dans trois pays du bassin du Congo : Leçons apprises après les premiers tours des traitements de masse à l'azithromycine (MDA)

Auteurs: Alphonse Um Boock[1] Smith Afanji[1], Axel Aloumba [2], Bernard Boua [3], Ernest Njih Tabah[4]

Affiliations :

[1]FAIRMED

[2]Programme national de lutte contre la lèpre , le pian et l'ulcère de Buruli au Congo

[3]Coordination nationale des MTN en RCA

[4]Secrétaire permanent programme de lutte contre la lèpre, le pian, la leishmaniose et l'ulcère de Buruli au Cameroun

Contexte

Les pays du bassin du Congo notamment le Cameroun, le Congo et la République Centrafricaine (RCA) sont très endémiques des maladies tropicales négligées (MTN).

Les résultats obtenus en Inde et l'efficacité prouvée d'une dose d'azithromycine dans le traitement du pian ont encouragé ces pays à s'engager dans un programme d'éradication du pian suivant la stratégie de Morge à la faveur du projet MTN OCEAC.

Le projet expérimente la toute première campagne de traitement de masse à l'azithromycine (MDA) pour l'éradication du pian dans trois pays en pleine pandémie de Covid-19. Il intègre les aspects de lutte intégrée des (MTN) et inter frontalière.

Le présent article présente les résultats du premier tour de MDA et la surveillance intégrée des MTN tout en évoquant les leçons apprises pour servir de base d'amélioration ou d'inspiration à d'autres pays.

Méthode

Les premières tours de MDA ont eu lieu respectivement du 18 au 21 décembre 2020 au Cameroun, du 29 avril au 2 mai 2022 au Congo et du 25 au 29 mars 2022 en RCA.

La population cible était de 1615534 personnes vivant dans les 17 districts des trois pays où l'endémicité au pian avait au préalable été confirmée.

La stratégie de traitement a été inspirée du PEV. Dans les trois pays , 2256 équipes utilisant 6768 distributeurs formés se sont déployées sur le terrain selon une approche porte à porte.

Les données de la MDA et de la surveillance intégrée des MTN ont été collectée sur les fiches de pointage.

La saisie des données se faisait au jour le jour dans une base de données Excel à partir des fiches de synthèse journalière.

Résultats

- 1536988 personnes ont été traité dans les trois pays , avec un taux de couverture thérapeutique moyen de 95,13%.
- 815439 enfants de moins de 15 ans ont été traité, soit 53% de la population traitée.
- 87 des 102 campements habités par les pygmées ont été visité soit un taux de couverture géographique de 85%.
- 3003 cas d'effets indésirables ont été signalé soit environ 1% par rapport aux personnes traitées
- 2116 cas de refus ont été noté.

- 5951 personnes ont été testé négatif à la Covid-19 et plusieurs MTN dépisté :
- 448 cas suspects de pian donc 66 positifs au DPP
- 44 cas suspects d'ulcère de Buruli
- 103 cas de lèpre (17 Pauci-Bacillaire et 86 Multi-Bacillaire)
- 8 cas de FL
- 208 cas de gale

Conclusion

L'utilisation d'une stratégie porte à porte avec un grand nombre de distributeur s'est montré efficace dans les MDA dans une large population pendant une courte période de 3 à 4 jours .

Les résultats du premier tour de MDA montrent l'intérêt de l'engagement politique ,la mobilisation sociale, comme point de départ pour le succès d'une campagne.

La connaissance des données démographiques de base est nécessaire pour une meilleure planification de la campagne et la mesure de son impact.

Nos résultats indiquent également qu'il est possible d'intégrer les programmes de lutte contre les MTN et la Covid-19 notamment dans le dépistage des cas.

Remerciements

OCEAC, KFW, l'OMS Genève, OMS Afro, OMS Cameroun, OMS Congo , OMS RCA, EMS, Centre Pasteur du Cameroun, Laboratoire National du Congo, Institut Pasteur de Bangui

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Éradication, pian, traitement de masse à l'azithromycine, leçons apprises

Dermatologie tropicale/infectieuse dans l'État d'Amazonas (Brésil)

Auteure : Valderiza Pedrosa

Affiliation :

Epidemiologista, Professora do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Dermatologia UEA/ Fundação Hospitalar de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM), Manaus, Am, Brésil

Les données récentes, résultant de l'examen dermatologique de 34 547 élèves des écoles à Manaus de 2013 à 2016, montrent qu'en dépit des travaux accomplis jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'impact significatif sur l'incidence de la lèpre dans cette population. On a détecté 40 nouveaux cas, soit 115,8/100 000. Malgré la baisse, l'incidence de la lèpre a continué de fluctuer dans tout l'État d'Amazonas ces dernières années, de 18,2 à 7,92/100 000 habitants.

Des examens dermatologiques de masse, appelés « Groupes de travail sur la santé », ont été régulièrement organisés à la fois dans la capitale, Manaus, et dans les municipalités rurales de l'État.

Au cours de la semaine précédant la Journée mondiale des malades de la lèpre, en janvier, ils ont eu lieu régulièrement. Le 28 janvier 2023, un samedi, 1085 personnes ont été examinées et le diagnostic de la lèpre a été posé pour 8 patients.

D'autres maladies dermatologiques ont aussi été constatées : dermatite de contact, gale, psoriasis, cancer de la peau, dermatite séborrhéique, dermatite atopique et pityriasis versicolor, entre autres.

La situation épidémiologique dans l'État d'Amazonas sur la période allant de 1979 à décembre 2022 montre une baisse significative de la prévalence, de 80,93 à 1,21/10 000 habitants, mais avec une incidence qui reste relativement stable malgré toutes les activités menées au cours des 40 dernières années.

Dans la campagne, des examens dermatologiques réguliers des patients sont aussi faits, toujours en présence de dermatologues de la FUAM, de médecins généralistes, d'infirmiers ou de techniciens. La supervision, le recyclage et la formation continue ont également eu lieu.

Enquête intégrée d'évaluation de la transmission de la filariose lymphatique, du pian et de la gale au Timor Leste en 2020-2021

Auteure : Josefina Clarinha Joao

Affiliation :

Direction nationale de la lutte contre les maladies, Ministère de la Santé du Timor Leste

Informations générales

Les MTN cutanées surviennent généralement dans des zones aux ressources limitées, associées à la pauvreté, à une mauvaise hygiène, à un assainissement insuffisant et à un accès limité à l'eau potable. On considère aussi que le Timor Leste est un pays pauvre, confronté à ce problème. En 2015, l'administration de masse de médicaments a été mise en œuvre avec l'objectif d'éliminer la FL et le pian, ainsi que de contrôler les géohelminthiases ; depuis lors, quatre campagnes d'AMM ont été organisées et ont couvert l'ensemble des municipalités du pays. Pour confirmer l'efficacité de la mise en œuvre des AMM, une enquête intégrée d'évaluation de la transmission a eu lieu en 2020-2021 ; elle avait pour cible les enfants des premier et deuxième niveaux dans toutes les écoles primaires sélectionnées. Cette enquête intégrée devait mesurer la situation actuelle pour la transmission de la FL, du pian et de la gale, puisque l'ivermectine avait été aussi introduite lors de la dernière AMM exécutée.

Objectifs

Cette enquête visait à évaluer si les multiples campagnes d'AMM contre la FL avaient ramené sa prévalence à un niveau incompatible avec la transmission de cette maladie, même en l'absence d'AMM, à identifier les marqueurs sérologiques du pian chez les élèves des niveaux 1 et 2 au moyen d'un dépistage clinique et sérologique et à obtenir des données nationales sur la gale.

Méthode

Cette enquête a couvert toutes les municipalités du Timor Leste réparties en 7 unités d'évaluation (UE), afin d'avoir la meilleure représentativité possible. Conformément à la ligne directrice de l'OMS, la population ciblée était constituée des enfants de 6 et 7 ans (les élèves de la première et de la deuxième année de l'école primaire). Des pédiatres ont procédé au dépistage clinique des enfants pour identifier les lésions cutanées évocatrices du pian et de la gale. Des tests de recherche des Ac de Brugia et sur bandelettes FTS ont été faits pour la FL, la microfilarémie servant alors de test de confirmation ; les cas présumés de pian ont eu le test SD Bioline avec confirmation par DPP et PCR. Afin de trouver les éventuels facteurs environnementaux contributifs, les informations liées à WASH ont été également collectées dans chaque école.

Résultats

De septembre 2020 à novembre 2021, 234 écoles dans l'ensemble des municipalités ont été visitées. Au total, 16 828 élèves de ces établissements ont été recrutés avec un taux global de participation de 82 %. Cinq tests FTS ont été positifs, de même qu'un test rapide pour Brugia ; tous ces cas ont été négatifs aux tests de confirmation par la microfilarémie. On a trouvé 64 cas présumés de gale qui ont été traités à l'ivermectine. Plus de 200 élèves ont été testés pour le pian car ils présentaient une lésion cutanée évocatrice, papillome, ulcère ou macule, et tous ont donné un résultat négatif. Les indicateurs WASH ont donné des résultats différents selon les écoles couvertes par l'enquête pour ce qui est de

l'approvisionnement en eau, des infrastructures améliorées pour les toilettes et des postes de lavage des mains.

Conclusion

La prévalence extrêmement faible des Ac et Ag de la FL indique que les programmes d'AMM au Timor Leste ont connu le succès, avec une bonne couverture du traitement médicamenteux et une observance élevée ayant permis de contrôler la transmission de la FL. L'étude a aussi montré que le Timor Leste en est au stade de la surveillance des cas post-zéro, à mi-chemin de l'éradication du pian. Seuls 64 cas de gale ont été diagnostiqués sur l'ensemble des participants, soit une prévalence inférieure à 1 %. L'inclusion de l'ivermectine dans la dernière AMM en 2019 a probablement contribué à la réduction de cette maladie.

Remerciements

1. Ministère de la Santé, Timor Leste
2. Ministère de l'Éducation
3. OMS Timor Leste
4. Laboratoire national de santé
5. Prof. DR. Nelson Dasilaku Martins, PhD
6. Jose liu Fernandes, SKM (Chef de l'Unité MTN)
7. Marta Abenia P. da C. Santos, MKes (Cheffe du Département CDC)
8. L'ensemble du personnel de lutte contre les MTN

Évaluation multiméthodes de l'intégration des services de santé pour les maladies tropicales négligées nécessitant une prise en charge des cas au Libéria

Auteurs : Karsor K. Kollie[1*], Sally Theobald[2], Gartee Nallo[3], Otis Kpadeh[3], Lent Jones[3], Darwosu Borbor[4], Mark J.Taylor[2], Laura Dean[2], Maneesh Phillip[5], Anna Wickenden[5], Jewel T. Kollie[6], Emerson Rogers[1], Zeela Zaizay[7], Martyn Stewart[2]

Affiliations :

[1]Ministry of Health - Liberia, Congo Town Back Road, Monrovia, Libéria
[2]Liverpool School of Tropical Medicine, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, Royaume-Uni
[3]University of Liberia-Pacific Institute for Research & Evaluation, Monrovia, Libéria
[4]Cuttington University Graduate School, étudiant chercheur, Monrovia, Libéria
[5]Effect Hope : 200-90 Allstate Parkway Markham, Ontario L3R 6H3, Canada
[6]A. M. Dogliotti College of Medicine / University of Liberia
[7]Actions Transforming Lives, Congo Town Back Road, Monrovia, Libéria

Introduction

La feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées (MTN) (2021-2030) souligne la nécessité d'intégrer les services de prise en charge des cas de MTN et appelle à une intégration au sein des services de santé. Cependant, on dispose de peu d'éléments probants sur la faisabilité et l'effet de cette approche. Le programme MTN du Ministère libérien de la santé est l'un des premiers à élaborer et à mettre en œuvre une approche intégrée de prise en charge des cas de maladies tropicales négligées. L'objectif de cette approche est d'améliorer la détection précoce des cas et la prise en charge efficace dans un contexte de ressources limitées. Cet article évalue la mise en œuvre de l'approche intégrée et documente son effet sur la prestation de services de lutte contre les MTN, dans le contexte du système de santé libérien au sens large.

Méthodes

Dans le cadre de la recherche, une méthode mixte a été utilisée pour évaluer le modèle d'intégration de la prise en charge des cas de MTN. Nous avons cherché à déterminer tout changement prononcé dans les taux de détection des cas, ainsi que dans l'accessibilité et la qualité des soins des services de lutte dans les comtés de comparaison (où aucune intégration n'a eu lieu) et les comtés intégrés, entre les données de référence de 2016 et les années de mise en œuvre de l'intégration (2017, 2018 et 2019). À l'aide de l'approche cadre, une recherche qualitative complémentaire menée avec des parties prenantes des systèmes de santé (entretiens avec des informateurs clés n = 75, discussions de groupe n = 6 et entretiens approfondis n = 12) a permis de mieux comprendre le contexte.

Résultats

Une augmentation prononcée de la détection des cas et une amélioration de l'accès aux services de lutte contre les MTN ont eu lieu à la suite de l'adoption de l'approche intégrée au Libéria, pour toutes les maladies tropicales négligées (lymphœdème et hydrocèle de la filariose lymphatique, pian et ulcère de Buruli) à l'exception de la lèpre. Toutes maladies confondues, un membre de la population d'un comté intégré était quatre fois plus susceptible d'être détecté avec le système de prise en charge des cas de MTN que des cas provenant de comtés non intégrés (rapport des taux 4,385 ; IC à 95 % : 3,503 à 5,4477), un effet statistiquement significatif (X^2 = 213,4691, df = 1, p<0,00001). En ce qui concerne l'accès aux services, le système de santé signale maintenant des cas issus de plus de 111 établissements de santé dans les comtés intégrés, contre seulement quelques établissements de santé spécialisés dans les comtés

non intégrés. Ce résultat démontre la faisabilité et l'effet positif d'une approche intégrée sur la capacité du système de santé à détecter et à répondre aux MTN dans le cadre de la prise en charge des cas. La formation intégrée intensive et la supervision de soutien ont été des facteurs clés, qui ont mené à une accessibilité accrue et plus équitable. Cependant, une analyse de l'approche intégrée à l'aide d'indicateurs indirects a identifié des domaines qui doivent être renforcés, notamment la détection précoce des cas, la qualité des soins et les stratégies de durabilité, afin d'assurer un accès équitable à des services spécifiques de prise en charge des MTN.

Discussion et conclusions

L'intégration des services de prise en charge des cas de MTN au système de santé libérien s'avère faisable ; elle a permis d'améliorer considérablement la détection des cas, l'accessibilité et la disponibilité des services, avec pour conséquence un renforcement de la couverture sanitaire universelle. Cependant, l'évaluation de l'effet de l'intégration repose sur la prise en compte simultanée de plusieurs méthodes et domaines (détection des cas, accès et qualité des soins). Les stratégies intégrées doivent être fondées sur des données probantes, le contexte national et l'appropriation par les pouvoirs publics.

Remerciements

Nous remercions le Ministère de la santé du Libéria de nous avoir permis d'utiliser les données de prise en charge des cas de MTN pour l'étude. Nous remercions Effect Hope pour son soutien financier. Nous remercions REDRESS/LSTM pour l'ensemble du soutien qui nous a permis d'atteindre ce niveau. Enfin, nous remercions les équipes de santé au niveau du pays et du comté, ainsi que les volontaires et assistants en santé communautaire pour leur énorme soutien qui a permis la réussite de cette étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

maladie tropicale négligée, intégration, renforcement du système de santé, durabilité

Intégration d'un ensemble de soins globaux pour la podoconiose, la filariose lymphatique et la lèpre aux services de santé courants en Éthiopie : le projet EnDPoINT

Auteurs : Awoke Mihretu[1], Asrat Mengiste[2], Maya Semrau[3], Stephen Bremner[4], Vasso Anagnostopoulou[3], Oumer Ali[2,3,5], Mersha Kinfe[2], Natalia Hounsome[3], Abebaw Fekadu[1,2,3], Gail Davey[3,6]

Affiliations :

[1]School of Medicine, Addis Ababa University, Addis-Abeba, Éthiopie
[2]Center for Innovative Drug Development and Therapeutic Trials for Africa (CDT-Africa), Addis Ababa University, Addis-Abeba, Éthiopie
[3]Centre for Global Health Research, Brighton and Sussex Medical School (BSMS), Brighton, Royaume-Uni
[4]Department of Primary Care and Public Health, Brighton and Sussex Medical School (BSMS), Brighton, Royaume-Uni
[5]Armauer Hansen Research Institute, Addis-Abeba, Éthiopie
[6]School of Public Health, Addis Ababa University, Addis-Abeba, Éthiopie

Introduction

La podoconiose, la filariose lymphatique (FL) et la lèpre sont des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée qui peuvent causer un lymphœdème des membres inférieurs (c'est-à-dire un gonflement de la jambe). Ces affections sont courantes en Éthiopie et représentent une charge importante pour les personnes touchées, leurs familles et leurs communautés, en matière de handicap, de diminution du bien-être mental, de stigmatisation et de perte de productivité économique. Il a été démontré que des interventions simples pour soutenir les soins auto-administrés réduisent les répercussions physiques des maladies. Toutefois, les données probantes sont encore rares en ce qui concerne la meilleure façon d'étendre les programmes intégrés de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités (PMPI) aux systèmes de santé habituels, ainsi que la façon d'intégrer les interventions de santé mentale et de soutien psychosocial à ces systèmes.

Méthodes

Le projet de recherche de mise en œuvre EnDPoINT visait à combler ces lacunes en matière de connaissances en intégrant et en étendant un ensemble de soins de santé globaux (santé physique, santé mentale et santé psychosociale des personnes touchées par la podoconiose, la filariose lymphatique et la lèpre) aux services de santé courants dans certains districts de la zone Awi, dans la région Amhara au nord-ouest de l'Éthiopie. Le projet s'est déroulé en trois phases : 1) un travail formatif pour aider à l'élaboration de l'ensemble de soins globaux ; 2) la mise à l'essai de l'ensemble de soins dans un sous-district de la zone Awi ; et 3) l'extension de l'ensemble de soins dans trois districts de la zone Awi. Nous présentons ici les résultats quantitatifs de la phase 3, au cours de laquelle l'efficacité de l'ensemble de soins a été évaluée. Il s'agit d'une comparaison du suivi à six mois et de la situation de référence grâce à une conception avant-après, qui implique un large éventail de symptômes physiques, le handicap (WHODAS 2.0), la dépression (mesurée à l'aide de PHQ-9), la consommation d'alcool (FAST), la discrimination (DISC), la stigmatisation intériorisée (ISRL) et la qualité de vie (DLQI) au niveau du patient, ainsi que les connaissances, les attitudes stigmatisantes et la distance sociale (SDS) au niveau communautaire.

Résultats

221 patients étaient présents pour la situation de référence et 192 (86,9 %) au suivi à six mois. Au fil du temps, des diminutions notables ont été observées pour le gonflement des membres (circonférence moyenne -1,96 cm ; IC à 95 % : -2,23, -1,70 ; p<0,001), le handicap (différence moyenne -6,53 ; IC à 95 % : -7,60, -5,46 ; p<0,001), les symptômes de dépression (différence moyenne -4,92 ; IC à 95 % : -5,87, -3,97 ; p<0,001), la consommation d'alcool (différence moyenne -1,55 ; IC à 95 % : -2,26, -0,83 ; p<0,001), la discrimination (différence moyenne -3,34 ; IC à 95 % : -4,36, -2,34 ; p<0,001) et la stigmatisation intériorisée (différence moyenne -3,86 ; IC à 95 % : -4,86, -2,85 ; p<0,001). En outre, des améliorations significatives de la qualité de vie des patients ont été relevées (différence moyenne -2,03 ; IC à 95 % : -3,42, -0,65 ; p = 0,004). Par ailleurs, 826 participants ont été inclus dans une enquête communautaire au départ et 821 participants (99,5 %) étaient présents pour le suivi à six mois. Au fil du temps, les observations suivantes ont pu être relevées : une amélioration importante des connaissances des membres de la communauté en ce qui concerne le lymphœdème (différence moyenne 0,9 ; IC à 95 % : 0,72, 1,07 ; p<0,001), des réductions sensibles des attitudes stigmatisantes (différence moyenne -0,69 ; IC à 95 % : -0,86, -0,52 ; p<0,001) et de la distance sociale signalée (différence moyenne -1,38 ; IC à 95 % : -1,89, -0,88 ; p<0,001).

Discussion et conclusions

Cette étude fournit de solides données probantes selon lesquelles l'ensemble de soins EnDPoINT est lié à des améliorations, sur le plan de la santé physique, mentale et psychosociale, chez les personnes touchées par la podoconiose, la filariose lymphatique et la lèpre en Éthiopie, ainsi qu'à la réduction de la stigmatisation de ces personnes dans la communauté. Nous recommandons que l'ensemble de soins soit étendu à d'autres contextes, de façon à contribuer à l'amélioration des soins pour les personnes vivant avec ces maladies et à la réduction de la charge sur les personnes et les communautés touchées.

Remerciements

Cette recherche a été financée par le NIHR (National Institute for Health and Care Research) 16/136/29, Global Health Research Unit (maladies tropicales négligées), Brighton and Sussex Medical School, grâce à l'aide publique au développement. Les vues exprimées sont celles des auteurs et pas nécessairement celles du NIHR ou du Department of Health and Social Care.

Nous remercions tous les membres du consortium de recherche EnDPoINT pour leur contribution à l'étude, ainsi que tous les participants à l'étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Podoconiose, filariose lymphatique, lèpre, intégration pour de multiples maladies

Lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées au Vanuatu

Auteurs : Mackline Garae[1], Fasihah Taleo[2], George Taleo[3], Julie Jacobson[3], Anastasis Pantelias[3], Alan Brooks[3], Isis Umbelino[3], David Kennedy[4], Elizabeth Nguyen[4], Clare Dyer [4], Susana Vaz Nery[4]

Affiliations :

[1]Ministère de la santé
[2]OMS
[3]Bridges to Development
[4]Institut Kirby, University of New South Wales

Introduction

Le Vanuatu met en œuvre l'administration de masse de médicaments (AMM) depuis 2000-2004, est parvenu à l'élimination de la filariose lymphatique en 2016 et a été certifié exempt de trachome en octobre 2022.

Cependant, des maladies telles que la gale, le pian et les géohelminthiases sont toujours endémiques et revêtent une importance pour la santé publique.

En partenariat avec le projet intégré d'élimination des MTN dans le Pacifique (PINE), nous visons à mener (i) deux séries d'administration de masse de médicaments ciblant le pian, la gale et les géohelminthiases (ii) le renforcement du système de santé par le dépistage et l'orientation des maladies de la peau vers le système de soins de santé primaires et (iii) la mise en œuvre d'une formation intégrée sur les maladies de la peau à l'intention des agents de santé.

Méthodes

L'AMM avec l'ivermectine et l'albendazole a eu lieu à Tafea (37 000 habitants) en novembre 2021 et à Sanma (38 000 habitants) en septembre 2022. L'azithromycine n'a été administrée qu'aux cas suspects de pian et aux contacts étroits au cours de cette campagne, en raison d'un approvisionnement insuffisant, alors qu'il avait été prévu de l'inclure dans la campagne. À Tafea, une nouvelle AMM communautaire avec l'azithromycine a eu lieu en juillet 2022 dans les communautés où des cas confirmés de pian avaient été signalés au cours de l'AMM de 2021.

Dans les deux provinces, nous avons mené des enquêtes intégrées sur la prévalence des MTN au moment de l'AMM, dans un sous-ensemble de communautés. Dans ces villages, les participants ont été invités à fournir un échantillon de selles et ont été examinés pour détecter la présence de la gale.

Nous avons également établi un lien entre les campagnes d'AMM et le système de santé. Parallèlement aux activités d'AMM, nous avons formé des agents de santé pour qu'ils dépistent les participants qui se déclaraient atteints du pian ou de la lèpre et qu'ils orientent ces cas vers le système de santé.

En outre, nous avons piloté et adapté, sur la base des commentaires des infirmiers participants au Vanuatu, une formation intégrée sur les maladies de la peau pour les MTN à manifestation cutanée dans 3 provinces. Contrairement aux formations habituelles, qui sont souvent didactiques et basées uniquement sur la transmission d'informations, cette formation adopte une approche participative, basée sur des scénarios et entre pairs.

Résultats

À Sanma, nous avons atteint 37 500 personnes et distribué 35 200 doses d'ivermectine, 31 100 doses d'albendazole, 4 000 doses d'azithromycine et 3 400 doses de crème de perméthrine. La couverture des campagnes d'AMM a été de 70 à 90 % selon les provinces

À Sanma, 127 personnes au total ont été orientées vers le système de soins de santé primaires pour un suivi après un mois de MDA. Les résultats de ce suivi montrent que tous les cas suspectés et confirmés de pian et de gale ont été guéris.

Les enquêtes de prévalence ont révélé une prévalence de la gale de 14% à Tafea et de 3% à Sanma. Les géohelminthiases étaient courantes, avec les prévalences suivantes : *Ascaris lumbricoides* 48% à Tafea et 11% à Sanma ; *Trichuris trichuria* 44% à Tafea, 6% à Sanma ; ankylostome 24% à Tafea et 10% à Sanma.

Nous avons amélioré la capacité de 97 infirmiers et travailleurs de la santé à identifier, diagnostiquer, traiter et signaler les cas de maladies de la peau dans tout le pays. Le niveau de connaissance des participants en matière de diagnostic, de traitement et d'orientation des cas de gale, de pian et de lèpre (n=86 répondants à l'enquête) a augmenté. Il y a eu une augmentation de 30 % des connaissances pour diagnostiquer, 32 % pour traiter et 37 % pour référer la gale. Tous les participants ont installé l'application mobile SkinApp et l'utilisent pour le diagnostic quotidien des maladies cutanées et des MTN suspectées. Les rapports mensuels établis pour les agents de santé servent d'outils de suivi. Depuis l'introduction de la formation de prise en charge intégrée des maladies de la peau (*ISD*) et la création du groupe de discussion « *NTD ISD Messenger* », une communication très active s'est établie entre les agents de santé qui utilisent cette plateforme.

La distribution gratuite de données aux agents de santé leur permet d'accéder à SkinApp sur leur téléphone portable, de recueillir des commentaires par l'intermédiaire des plateformes de messagerie (Messenger) sur les MTN et de soumettre leurs données mensuelles sur les MTN, de recevoir des informations sur les MTN et des mises à jour par l'intermédiaire de la page Facebook sur les MTN et de la page web sur les MTN. Cette page a été créée pour faciliter l'accès du public aux informations sur les MTN et l'AMM.

Discussion

Dans l'ensemble, le programme des MTN a mené à bien les campagnes d'AMM dans les deux provinces, malgré la pandémie mondiale et la confusion qui règne dans le grand public. Le manque d'azithromycine a empêché d'inclure ce médicament dans l'AMM comme prévu initialement, mais nous avons réussi à mener l'AMM dans les communautés où des cas avaient été confirmés à Tafea. Notre approche des enquêtes de prévalence intégrées a également permis d'utiliser les mêmes visites pour effectuer des évaluations de base de la gale et des géohelminthiases à partir desquelles nous pourrons mesurer l'impact de l'AMM une fois le programme achevé. Notre modèle de formation participative a été bien accueilli et efficace.

La voie à suivre

Pour améliorer la couverture de l'AMM, nous ferons un plaidoyer de haut niveau sur la campagne d'AMM et renforcerons la stratégie de communication sur les risques. Il est nécessaire de s'assurer que des stocks suffisants de tests rapides et de médicaments arrivent à temps dans le pays. Nous avons également besoin d'un financement suffisant pour la mise en œuvre et la promotion de l'AMM, l'investigation des cas et la réponse. Enfin, il est nécessaire de renforcer le diagnostic clinique et la communication avec les professionnels de la santé.

Conclusions

Les MTN font souvent l'objet de programmes cloisonnés, parallèles au système de santé. Le Vanuatu s'est attaqué à ce problème en intégrant avec succès les MTN cutanées par le biais du renforcement des services, de l'AMM à base communautaire et de la sensibilisation par le biais d'une campagne intégrée à fort impact.

Lien vers les plateformes mentionnées :

- Page Web du Ministère de la santé : www.moh.gov.vu
- Page Facebook du Ministère de la santé - Health Promotions Vanuatu : https://www.facebook.com/HealthPromotions-Vanuatu-1674266679566197/
- Page Facebook sur les MTN : https://www.facebook.com/groups/696941321398436/
- Groupes de messagerie (Messenger) sur les MTN : AMM SANMA, AMM TAFEA, formation des formateurs ISD, enquête MTN Sanma pour la communication opérationnelle, rapports, rétroactions, approvisionnements, etc.
- Page Web sur les MTN : http://igovdev/ntd/ ou http://10.255.134.80/ntd/

Remerciements

Takeda (Global CSR Program) – Donateur principal

Bridges to Development – Appui technique et financier

OMS – Appui technique et financier

Kirby Institute, UNSW – Appui technique et financier

Fred Hollows Foundation – Appui technique

NLR Until No Leprosy Remains – Appui technique

Prise en charge et maîtrise intégrées des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Ghana en 2022

Auteurs : Nana Konama Kotey, Benedict Okoe Quao, Thomas Aurago

Affiliations :

Disease Control and Prevention Department, Public Health Division, Ghana Health Service (GHS)

En 2022, les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) à manifestation cutanée ont mené plusieurs activités de recherche et de traitement des cas et de leurs contacts.

Des équipes formées, composées d'agents de santé et de volontaires, ont recherché activement les cas dans 450 zones difficiles d'accès de 15 districts, comme suit : 10 zones difficiles d'accès par trimestre, pendant trois trimestres dans chaque district, avec pour objectif une couverture >90 %. Les approches comprenaient le dépistage de porte à porte et dans le contexte scolaire. Sur un total de 68 185 personnes examinées, 4802 personnes ont présenté une suspicion de MTN à manifestation cutanée – 109 pour l'ulcère de Buruli, 79 pour la lèpre et 4505 pour le pian. Sur ces cas suspects, 74 (67,9 %) ont été testés par PCR pour l'ulcère de Buruli, tandis que 18 (22,8 %) et 169 (3,8 %) ont finalement été confirmés comme cas de lèpre et de pian, respectivement, avec indication de traitement.

Des équipes formées (agents de santé et volontaires) ont également visité le domicile des cas confirmés de pian en 2018 et 2019, lors des recherches actives de cas à l'échelle du district et dans les zones difficiles d'accès, afin d'examiner les contacts pour rechercher des MTN à manifestation cutanée et de traiter par azithromycine les contacts des cas confirmés de pian. Les contacts des 384 cas confirmés en 2018-2019, des 169 cas confirmés dans les zones difficiles d'accès et les contacts supplémentaires de 83 (1,7 %) cas de pian nouvellement confirmés au cours de ce traitement ciblé total (TTT) ont été examinés, testés et traités à l'azithromycine. Globalement, 5027 contacts ont été atteints pour les 643 cas confirmés, ce qui donne un ratio cas/contacts de 7,8:1.

Le traitement communautaire total (TCT) a ensuite été appliqué dans les communautés enregistrant plus de cinq cas confirmés de pian au cours d'activités antérieures. 61 communautés dans 9 districts ont bénéficié de l'administration de masse d'azithromycine (AMM). 31 009 des 34 098 habitants ont été enregistrés dans 5420 ménages pour l'AMM, dont 28 219 ont reçu un traitement à l'azithromycine, soit une couverture globale de 91,0 %. Parmi les 2790 personnes qui n'ont pas reçu d'azithromycine, on dénombre 828 refus et 859 personnes exclues en raison d'une grossesse, d'une maladie ou d'une limite d'âge (mineur). En ce qui concerne le contexte communautaire, une couverture thérapeutique ≥80 % a été atteinte dans 52 (près de 70 %) communautés, dont 42 présentaient une couverture supérieure à 90 %, tandis que la couverture thérapeutique était inférieure à 80 % dans 9 communautés.

Dans les deux régions où la lèpre est la plus endémique (Haut Ghana oriental et Haut Ghana occidental), les contacts des cas historiques détectés du 1er janvier 2017 au 1er décembre 2021 ont été examinés par des équipes formées (composées d'agents de santé) pour rechercher les cas de lèpre et d'autres MTN à manifestation cutanée ; la rifampicine à dose unique a été administrée comme chimioprophylaxie à tous les contacts consentants. Au total, 253 des 359 (70,5 %) cas historiques de référence ont été géolocalisés, avec 3250 contacts initialement répertoriés. 1616 contacts supplémentaires ont été trouvés au cours de la phase de campagne qui a suivi. Sur le nombre total de contacts répertoriés, 4714 (96,9 %) ont été examinés, dont 4544 (96,4 %) répondaient aux critères d'inclusion et 3822 (84,1 %) ont reçu une dose

unique de rifampicine pendant la campagne. On a dénombré 5 (0,11 %) refus et aucun événement indésirable grave n'a été observé.

À la suite de rapports attestant d'une augmentation inhabituelle du nombre de lésions suspectées de type pian dans un district sans endémicité préalable pour la leishmaniose cutanée, des équipes d'agents de santé formés ont enquêté sur cette épidémie en utilisant les approches de type « campagne dermatologique », au cours desquelles les personnes présentant des ulcères ont été examinées et des échantillons prélevés pour confirmation par PCR, au dernier trimestre de 2021. Les résultats ont montré que la plupart des ulcères étaient probablement dus à la leishmaniose cutanée, avec de nombreux cas de co-infection par *Haemophilus ducreyi* et/ou de pian. Sur la base de ces observations, le GHS, en collaboration avec des scientifiques du NMIMR (Noguchi Memorial Institute for Medical Research) et avec le soutien de l'OMS en 2022, a ensuite mené une enquête auprès de communautés sélectionnées dans les régions de l'Oti, dont les résultats seront présentés dans un résumé distinct.

Remerciements

Anesvad pour le projet intégré MTN à manifestation cutanée (zones difficiles d'accès, traitement ciblé total, traitement communautaire total)
Missions américaines sur la lèpre (MUDPEP)
Enquête sur la leishmaniose cutanée (OMS)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Recherche active des cas, dépistage des contacts, traitement ciblé total, traitement communautaire total, chimioprophylaxie

Séance 2 : Intégration au niveau des pays - Affiches

Prise en charge de la comorbidité des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée avec les maladies non transmissibles : enseignements et enjeux

Auteurs : Juliana .A. Amanyi-Enegela[a] ; Faizah Okunade[d] ; Donald Ashikeni[c] ; Rebecca Jaiyeola[b] ; Joseph Kumbur[d] ; Rinpan Ishaya[c] ; Innocent Emereuwa[c] ; Christopher Ogoshi[c] ; Girija Sankar[a]

Affiliations :

[a]Inclusive Eye Health and Neglected Tropical Diseases Initiative, CBM Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission e.V., Wellington House, East Road, Cambridge
[b]Département de la santé publique, Territoire de la capitale fédérale
[c]HANDS Adresse : 5A Naomi Jugu Drive, Rayfield, Jos, État de Plateau, Nigéria
[d]CBM Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission e.V Nigeria Country Office, 13 Okemesi Crescent, Garki 2, Territoire de la capitale fédérale, Abuja

Les maladies tropicales négligées (MTN) constituent un groupe diversifié de maladies et d'affections répandues dans les régions subtropicales et tropicales, qui se manifestent dans les contextes où les ressources sont limitées. De nombreuses MTN ont une incidence négative sur les personnes touchées, entraînant parfois la mort, des déficiences ou un handicap irréversible. Elles ont pour conséquence des traumatismes psychologiques et une stigmatisation sociale. Le lymphœdème et l'hydrocèle sont des complications de la filariose lymphatique (FL), qui pourraient être à l'origine d'une comorbidité avec des maladies non transmissibles (MNT) en raison d'une mobilité réduite, d'une stigmatisation, de sentiments de honte et d'une dépression.

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'expérience et la comorbidité avec des MNT parmi les membres de la communauté qui ont bénéficié de chirurgies d'hydrocèle dans deux districts d'Abuja (Nigéria), et d'explorer une voie fonctionnelle pour gérer l'orientation des cas de MNT au sein du système de santé.

Une étude rétrospective a été menée en utilisant les données de glycémie à jeun (mmol/l) et de pression artérielle (mmHg) recueillies sur des patients (74) avant les chirurgies programmées de l'hydrocèle, dans deux établissements de santé du Territoire de la capitale fédérale (FCT) en 2021 (n = 44) et 2022 (n = 30). En outre, des entretiens approfondis ont été menés avec des patients sélectionnés aléatoirement lors du suivi du programme.

D'après la base de données de l'établissement de santé, 26 (35 %) patients présentaient une pression artérielle supérieure à 120/80 mmHg (intervalle - 130/100-200/120 mmHg). De même, une glycémie altérée a été observée chez 22 % des patients (allant de 6,1 mmol/l à 8,8 mmol/l). Le risque de développer ces affections était également associé à l'âge des patients et à la durée des complications issues de la filariose lymphatique, l'âge moyen et la durée de vie avec la morbidité de la filariose lymphatique étant respectivement de 47 ans et de 5 ans.

Les patients identifiés avec ces affections ont été orientés, au sein de l'établissement de santé, en vue d'une évaluation et d'une prise en charge approfondies, avant que la chirurgie de l'hydrocèle ne soit programmée.

Les réponses aux entretiens approfondis ont révélé que les personnes touchées par l'hydrocèle ressentaient de la honte, souffraient de dépression et d'exclusion sociale, et qu'une intervention de soutien psychosocial était donc nécessaire.

Les morbidités liées à la filariose lymphatique et les maladies non transmissibles touchent les mêmes personnes dans ces zones. L'élaboration d'approches et de politiques intégrées pour la maîtrise et la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles facilitera la prise en charge efficace des patients présentant les deux affections. Il convient également que cette approche mette l'accent sur le renforcement des compétences des agents de santé et garantisse un diagnostic et un suivi en temps opportun.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude à HANDS et au Département de la santé publique du Territoire de la capitale fédérale (FCT) (Nigéria), pour avoir facilité et fourni un environnement propice au projet.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Filariose lymphatique, prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités (PMPI), intégration, approche globale

La gale est-elle un problème parmi les détenus d'une prison ghanéenne ?

Auteurs : Yaw Ampem Amoako[1,2,3], Michael Ntiamoah Oppong[1], Abigail Agbanyo[1], Bernadette Agbavor[1], Gloria Kyem[4], Kabiru Mohammed Abass[5], Dennis Odai Laryea[6], Richard Odame Phillips[1,2], Ymkje Stienstra[3,6]

Affiliations :

[1] Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[2] School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[3] Department of Internal Medicine/Infectious Diseases, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, Pays-Bas
[4] Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana
[5] Agogo Presbyterian Hospital, Agogo, Ghana
[6] Disease Surveillance Department, Ghana Health Service, Accra, Ghana
[7] Department of Clinical Sciences, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, Royaume-Uni

Introduction

Il est admis que la gale est une affection courante parmi les personnes pauvres et vulnérables vivant dans des conditions de surpeuplement, comme il en existe dans les prisons. Il n'y a pas eu d'évaluation préalable de la situation de la gale parmi les détenus ghanéens. Notre objectif était de contribuer aux données sur la charge de la gale au Ghana et d'évaluer la situation de la gale parmi les détenus, qui ont souvent un accès limité aux soins de santé.

Méthodes

Tous les participants ont donné leur consentement éclairé écrit. Une autorisation écrite a également été obtenue des autorités de Kumasi Central Prison et du Comité d'évaluation éthique (CHRPE/AP/671/19 et AP/829/22). La population de la prison s'élève à 1906 personnes, dont 20 femmes. Les détenus ont été contactés dans leur cellule, informés de l'évaluation et du consentement demandé. Au sein des cellules, un tiers des détenus ayant donné un consentement éclairé ont été recrutés. Les informations démographiques et cliniques ont été consignées à l'aide d'un questionnaire reposant sur REDCap. Un examen cutané normalisé des zones corporelles exposées a été effectué sur tous les participants. Tous les examens ont eu lieu à l'infirmerie de la prison. La gale a été diagnostiquée sur la base des critères de l'IACS (International Alliance for the Control of Scabies) et traitée selon les directives nationales.

Résultats

Globalement, 559 participants ont été recrutés aléatoirement et 66 % présentaient une gale clinique selon les critères de l'IACS. Deux cent neuf participants présentaient des tunnels et 98,9 % des participants atteints de gale clinique avaient une éruption cutanée typique de la gale. Seuls 96/559 participants avaient reçu un traitement contre la gale au cours des mois précédents et seuls 21 % d'entre eux étaient exempts de maladie au moment de l'évaluation. La maladie présentait généralement une forme bénigne. Treize pour cent des participants avaient de l'impétigo (44,4 % forme très légère ; 44,4 % forme légère). L'impétigo a été observé chez 16,8 % des participants atteints de gale et 5,2 % de ceux non atteints de gale [RR 6,7 (IC à 95 % : 3,2-13,9)].

Les antécédents de contact étaient positifs chez 100 % des participants atteints de gale.

Le nombre médian de personnes dans une cellule était de 115. Presque tous les participants, atteints ou non de gale, avaient des antécédents de contact positifs.

Discussion/conclusion

La prévalence de la gale était extrêmement élevée. L'absence d'approche systématique en matière de traitement de la gale a entraîné une récurrence de la maladie et une poursuite de la propagation dans la prison. D'autres stratégies, telles que l'administration de masse de médicaments, peuvent être nécessaires pour contenir précocement les flambées épidémiques dans de tels contextes. Les conditions au sein de la prison peuvent avoir une incidence sur les caractéristiques des tests de diagnostic clinique de la gale selon les critères de l'IACS.

Remerciements

Nous remercions l'Informatiemanagement Onderzoek – University Medical Centre Groningen pour le soutien très apprécié avec l'application mobile REDCap. Nous remercions les fondations Stichting Buruli ulcer et Gratama pour leur soutien financier. Nous remercions la direction de Kumasi Central Prison et le personnel du groupe de recherche sur les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée de Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine pour leur soutien.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Maladie tropicale négligée à manifestation cutanée, gale

Utilisation de la télémédecine pour connecter les chercheurs et les centres de recherche sur la lèpre au Brésil

Auteurs : Danilo Barros

Affiliations :

Hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná
Associação Paranaense de Hansenologia

L'objectif « zéro lèpre » d'ici 2030, fixé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), nécessite des efforts intégrés et une approche globale. Le Brésil est connu pour être l'une des régions du monde où la maladie est la plus endémique et, malgré les efforts gouvernementaux et non gouvernementaux, la lèpre demeure une triste réalité. En ce qui concerne cette affection, il existe encore des défis majeurs et des besoins non satisfaits en matière de tests de diagnostic, de reconnaissance tardive des états réactionnels par les agents de santé et de recherche de nouveaux traitements, entre autres. L'un des obstacles à la réalisation des objectifs d'ici 2030 est le manque de communication entre les universités, les résidences médicales, les centres de recherche et les chercheurs au Brésil ; une intégration à différents niveaux a été signalée comme possible solution. Il convient que la création d'un climat propice à la communication entre les chercheurs et les centres de recherche de différentes régions du Brésil fasse également partie de la stratégie.

En 2022, dans un centre de référence pour la lèpre du sud du Brésil (Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná, HDSPR), un projet a été développé pour encourager un écosystème d'échanges d'idées entre les généticiens, les immunologistes, les spécialistes de la lèpre et le troisième secteur afin de créer un environnement d'innovation et de stimulation en matière de recherche. Grâce aux facilités d'interaction permises par des réunions mensuelles hybrides, avec une stratégie peu coûteuse telle que Google Meet, les chercheurs des domaines fondamentaux et spécialisés ont pu interagir, confronter des expériences, expliquer leurs travaux actuels et apprendre ensemble.

Les résultats de cette initiative ont déjà pu être constatés après la soumission de questionnaires d'évaluation à l'équipe multidisciplinaire (notamment des médecins-résidents formateurs en dermatologie et des non-chercheurs) après chaque réunion mensuelle ; il a été observé un intérêt et une motivation réels et accrus du public à s'engager en faveur des objectifs de lutte contre la lèpre.

La cible fixée par l'OMS est ambitieuse, mais nécessaire. Outre les grands programmes nationaux de formation dédiés aux professionnels de la santé et portant sur la reconnaissance clinique de la lèpre et les directives d'autoprise en charge et de réadaptation, il est nécessaire d'accroître l'interaction des différents chercheurs dans les différentes régions du pays et de transformer ces projets de recherche en actions pratiques, susceptibles d'apporter des avantages de plus en plus tangibles en matière de diagnostic, de traitement et de réadaptation.

En conclusion, il est nécessaire de combiner les efforts les plus variés en vue d'atteindre les objectifs proposés pour 2030 et de connecter tous les acteurs concernés par l'éducation et la recherche. L'initiative présentée peut être renforcée et peut contribuer à encourager de nouveaux professionnels à s'impliquer dans la lutte contre la lèpre.

Remerciements

Équipe multidisciplinaire - Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre

Lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée dans la sous-préfecture de Chiépo en Côte d'Ivoire

Auteurs: Cédric De Mel, Ange Théodore Yao, Amari Akpa, Pierre Velut, Aboa Koffi, Marcellin N'Da Assié, Mamadou Kaloga, Roch Christian Johnson

Affiliations :

Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB), Programme National d'Elimination de la Lèpre (PNEL), Fondation Raoul Follereau, Fondation Anesvad

Introduction

La Côte d'Ivoire, pays de l'Afrique de l'ouest est endémique pour 12 maladies tropicales négligées (MTN) dont 06 à manifestation cutanée (MC).

L'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé pour une lutte efficace contre les MTN des stratégies d'intégration incluant le dépistage intégré des maladies de peau, les stratégies eau, hygiène et assainissement (EHA), le renforcement du système de santé.

Chiépo, une sous-préfecture de 31 006 habitants située dans le département de Divo au sud de la Côte d'Ivoire est co-endémique pour plusieurs MTN. Sous l'égide du Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli et du Programme National d'Elimination de la Lèpre, nous avons conduit une recherche action intégrant le dépistage intégré des MTN à MC, des interventions EHA et le renforcement des infrastructures sanitaires, avec pour objectif de prévenir, combattre ou lutter contre les MTN cutanée par le renforcement des services EHA de base.

Méthodes

Il s'est agi d'une recherche action qui s'est déroulée en trois étapes :

- une enquête de base ayant permis l'identification des problèmes prioritaires.
- la mise en œuvre d'interventions adaptées au contexte y compris les campagnes de dépistages intégrés, la construction/réhabilitation d'infrastructures EHA et l'IEC pour un changement de comportement.
- Une évaluation finale.

Résultats

L'enquête de base a objectivé la co endémicité à la lèpre, à l'ulcère de Buruli (UB), au pian, une connaissance faible de la population sur les MTN notamment celles à MC, et des indicateurs EHA relativement faible (centre de santé : pas de service d'eau et d'assainissement ; écoles : pas de service d'eau, d'assainissement et d'hygiène ; ménages : 10% des ménages consommaient l'eau d'une source non améliorée). Par ailleurs la prévalence des géo helminthiases était de 2,97% au niveau des écoliers et les infrastructures de santé étaient dans un état de dégradation avancé traduisant un faible accès des populations aux services de santé de base.

Au cours des campagnes, il a été dépisté 01 cas de lèpre MB, 11 cas de pian positif au DDP, 30 cas de scabiose et enfin 964 cas d'autres dermatoses.

Les interventions ont également permis de construire un système d'adduction d'eau potable au centre de santé, 14 latrines, 17 dispositifs de lavage des mains, de réhabiliter 07 forages, et d'améliorer l'accessibilité des services de santé de base.

L'évaluation finale a permis d'objectiver une progression des indicateurs passant de 10% à 68,3% pour le recours aux sources d'eau améliorées pour l'eau de consommation, de 4,0% à 21,2% pour le transport adéquat de l'eau entre le captage et le domicile, et de 74,0% à 87,9% pour la possession de latrines améliorées au niveau des ménages. En somme, les interventions ont permis à la population d'adopter des attitudes et pratiques saines de vie.

Conclusion

Cette recherche action a permis une progression significative des indicateurs EHA grâce à l'IEC et la construction/réhabilitation d'infrastructures. Cependant, les connaissances des populations par rapports aux MTN doivent encore être améliorées.

Remerciements

Remerciements à la communauté de Chiépo, aux acteurs de santé, à la Fondation Raoul Follereau et à la Fondation Anesvad.

sources de financement : Fondation Raoul Follereau, Fondation Anesvad

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

MTN à manifestation cutanée, intégration, EHA, Chiépo

Dépistage intégré des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée en milieu rural dans les départements du Mono et du Couffo au Sud du Bénin en 2021-2022

Auteurs: Nadège O. Mobèrèola Elégbédé[1,2], Gérard G. Kpoton[1], Bayodé Roméo Adégbitè [2,3,4], Cyrille Kitcho[5], Lotus Hotègni[6], Marlène Alayé[6], Hakimath Habib[7], Péririn Catrayé[7], Jean-Gabin Houézo[8], Emmanuel Ghislain Sopoh[9], Roch Christian Johnson[10]

Affiliations :

[1]Centre de Dépistage et de Traitement de l´Ulcère de Buruli de Lalo, Fondation Raoul Follereau, Bénin.
[2] Alliance pour la promotion de la santé communautaire, la Recherche et l'Innovation scientifique, Bénin.
[3]Centre de Recherches Médicales de Lambaréné and African Partner Institution.
[4] Department of Infectious Diseases, Center of Tropical Medicine and Travel Medicine, Amsterdam University Medical Centers, Location AMC, Amsterdam Public Health, Amsterdam Infection &Immunity.
[5] Centre de santé de Lalo
[6] Centre de Dépistage et de Traitement de l´Ulcère de Buruli d'Allada, Fondation Raoul Follereau, Bénin.
[7] Centre de Dépistage et de Traitement de l´Ulcère de Buruli de Pobè, Fondation Raoul Follereau, Bénin.
[8] Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli, Ministère de la Santé, Cotonou, Bénin.
[9] Institut Régional de Santé Publique- Comlan Alfred Quenum, Université d'Abomey Calavi, Ouidah, Bénin
[10]Fondation Raoul Follereau, Health Department, Paris, France.

Introduction

Les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée (MTNC) peuvent entrainer des séquelles fonctionnelles et esthétiques si elles sont diagnostiquées et prises en charge tardivement. Le milieu rural, pourtant fortement endémique aux MTNC, est souvent dépourvu de personnels qualifiés en dermatologie. L'objectif de ce travail est de décrire le profil épidémiologique des MTNC et autres dermatoses diagnostiquées lors des dépistages intégrés en milieu rural dans les départements du Mono et Couffo au sud du Bénin.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive menée de Novembre 2021 à Novembre 2022 dans des milieux communautaires en zone rurale dans les départements du Mono et Couffo au Sud du Bénin.189 villages ont été sélectionnés dans les différentes communes de ces départements sur la base de leurs endémicités connues à partir des données antérieures du programme national de lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli aux MTNC répertoriés. La population d'étude était constituée d'écoliers et d'adultes volontaires ayant accepté se faire dépister. La sélection des cibles a été effective grâce à deux techniques: informations données par le crieur public, dépistage ménage par ménage avec l'appui des responsables de formations sanitaires et autorités locales. Les sujets recrutés ont été examinés par une équipe multidisciplinaire constituée d' une dermatologue, d' un médecin généraliste, des infirmiers et aides-soignants. Le diagnostic des MTNC était clinique. Les données recueillies ont été enrégistrées sur une fiche de collecte préétablie puis analysées avec le logiciel Epi-info 7.2.5.0

Résultats

Un total de 3395 participants a été examiné. Les dermatoses ont été diagnostiquées chez 2808 participants (82,7%) dont 820 (29,2%) avaient des MTNC. Les MTNC rencontrées étaient la scabiose avec une prévalence de 29,13% (818/2808), la lèpre avec séquelles neurologiques 0,03% (1/2808) et l'onchocercose au stade de cécité 0,03% (1/2808). Aucun cas d'ulcère de Buruli, de pian, de mycétome, ni d'autres mycoses fongiques profondes n'a été dépisté. Les écoliers étaient les plus atteints dans le

groupe des MTNC (45,36%, 372/820). Parmi les autres dermatoses, on note 1988 cas d'infections fongiques (soit 70,8%), dont 43% de teigne du cuir chevelu (855/1988), 26,35% de pityriasis versicolor (524/1988), 22,08% de teigne de la peau glabre (439/1988), 7,59% de candidose cutanée (151/1988). Les patients présentant des dermatoses ont été pris en charge et revus en consultation de routine dans un centre spécialisé. Les autres patients ont été orientés vers les structures sanitaires les plus proches.

Discussion et conclusion

Cette étude montre que la scabiose est la MTNC la plus rencontrée en milieu rural et que les cas d'ulcère de Buruli et de lèpre sont en régression dans ces départements, précédemment très endémiques à ces affections. Les autres dermatoses infectieuses sont fongiques. De facon générale, les dermatoses infectieuses et contagieuses sont les plus prédominantes dans notre étude. Ceci montre l'utilité des dépistages intégrés et d'une équipe qualifiée pour le diagnostic précoce et la prise en charge efficace des dermatoses. Les dépistages intégrés ont été l'opportunité de donner des conseils pour la prévention de ces MTNC et des informations éducatives, de sensibilisation pour un changement de comportement.

Remerciements

Nous remercions les partenaires techniques et financiers, tels que l'Organisation Mondiale de la Santé, la Fondation Raoul Follereau (http://www.raoul-follereau.org) et la Fondation ANESVAD (http://www.anesvad.org/fr/) pour leurs contributions aux efforts visant à lutter plus efficacement contre les maladies tropicales négligées au Bénin.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Maladie tropicale négligée, Scabiose, milieu rural, Bénin

Dépistage intégré des maladies tropicales négligées cutanées au sud du Bénin, 2018-2020

Auteurs: Ronald Sètondji Gnimavo[1,2], Faraj Fajloun[3,4,5], Charbel Al-Bayssari[6], Espoir Sodjinou[1], Akimath Habib[1], Line Ganlonon[1], Eric Claco[1], Irvine Agoundoté[1], Odile Adjouavi Houngbo[1], Esaï Gimantal Anagonou[7], Chabi Alphonse Olaniran Biaou[7], Adjimon Gilbert Ayélo[7], Jean Gabin Houezo[7], Alexandra Boccarossa[3], Elie Hajj Moussa[5], Béatriz Gomez[8], Anna Gine[8], Ghislain Emmanuel Sopoh[2], Estelle Marion[3], Roch Christian Johnson[9], Marie Kempf[3,10]

Affiliations :

[1]Centre de Dépistage et de Traitement de la Lèpre et de l´Ulcère de Buruli de Pobè, Fondation Raoul Follereau, Bénin.
[2]Institut Régional de Santé Publique- Comlan Alfred Quenum, Université d'Abomey Calavi, Ouidah, Bénin.
[3]Univ Angers, Nantes Université, CHU Angers, Inserm, INCIT, F-49000 Angers, France.
[4]Ecole Doctorale en Sciences et Technologie, Université Libanaise, Campus Rafic Hariri, Hadath, Liban.
[5]Laboratoire d'Innovation Thérapeutique, Faculté de Sciences 2, Campus Pierre Gemayel, Fanar, Liban.
[6]Departement of Medical Laboratory Sciences, Faculty of Health Sciences, University of Balamand, PO Box 100, Tripoli, Lebanon
[7]Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli, Ministère de la Santé, Cotonou, Bénin.
[8]Fondation Anesvad, Henao, 29-31, 48009 Bilbao, Spain.
[9]Fondation Raoul Follereau, Health Department, Paris, France.
[10]Département de Biologie des Agents Infectieux, UF de Bactériologie, Centre Hospitalier Universitaire Angers, France

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé, depuis 1993 des stratégies intégrées de lutte, pour les Maladies Tropicales Négligées à manifestations cutanées. Notre objectif est de rapporter les résultats de la mise en œuvre de l'approche intégrée de dépistage précoce et de traitement rapide des MTNs cutanées à travers des séances de consultations foraines dans les départements de l'Ouémé et du Plateau au Bénin de 2018 à 2020.

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée dans les départements de l'Ouémé et du Plateau au Bénin de 2018 à 2020. Des consultations foraines ont été mises en œuvre dans différents sites sélectionnés par choix raisonné sur la base des données épidémiologiques disponibles au niveau du Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli. Toutes les personnes présentant une lésion dermatologique et qui se sont présentées volontairement à l'équipe pluridisciplinaire de prise en charge, le jour de la consultation ont été incluses et examinées. Les informations recueillies et gardées dans le strict anonymat étaient saisies à l'aide du logiciel Excel 2013 et analysées avec le logiciel Stata 11. Pour chaque cas confirmé de MTN cutanée, les coordonnées géographiques ont été notées. Les cartes ont été générées avec le logiciel ArcView GIS 3.2.

Résultats

Cinq mille deux cent soixante-sept (5267) patients porteurs de diverses affections cutanées ont été consultés. L'âge médian des consultants était de 14 ans (Q1= 7ans ; Q3= 34 ans). Les porteurs d'une maladie tropicale négligée à manifestations cutanées étaient au nombre de 646 (12,27%).

Les Maladies Tropicales Négligées à manifestations cutanées étaient dominées par la Scabiose dans 88,39% (571/646) suivies de 37 cas d'UB (5,75%), de 22 cas de lèpres (3,41%), de 15 cas de filariose lymphatique (2,32%) et d'un cas de mycétome (0,15 %). Aucun cas de pian n'a été retrouvé.

Conclusion

La pérennisation de cette approche pourrait contribuer à la réduction des fardeaux liés aux MTNs dans les pays à ressources limitées.

Remerciements

Nous remercions le Coordonnateur du Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli du Bénin, toutes les institutions académiques affiliées à cette recherche (Université d'Angers, Université d'Abomey Calavi ; le Centre Inter facultaire de Formation à la Recherche en Environnement pour le Développement Durable ; l'Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum de Ouidah) et tous les partenaires techniques et financiers, tels que l'Organisation Mondiale de la Santé, la Fondation Raoul Follereau (http://www.raoul-follereau.org) et la Fondation ANESVAD (http://www.anesvad.org/fr/) pour leurs contributions aux efforts visant à lutter plus efficacement contre les maladies tropicales négligées au Bénin.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Dépistage intégré, maladies tropicales négligées à manifestation cutanée, Bénin

Mycétomes et autres mycoses profondes au Bénin : A propos de 7 cas suivis dans les CDTLUB de 2018 à 2023

Auteurs: Ronald Sètondji Gnimavo[1,2], Faraj Fajloun[3], Akimath Habib[1], Espoir Sodjinou[1], Pérrin Catrayé[1], Line Ganlonon[1], Odile Adjouavi Houngbo[1], Lotus Hotegni[4], Marlène Alayé[4], Gérard Kpoton[5], Nadège Elégbédé[5], Esaï Gimantal Anagonou[6], Adjimon Gilbert Ayélo[6], Jean Gabin Houezo[6], Béatriz Gomez[7], Anna Gine[7], Estelle Marion[3], Ghislain Emmanuel Sopoh[2], Roch Christian Johnson[8], Marie Kempf[3,9] , Laurent Marsollier[3], Anne Croué[3,10]

Affiliations :

[1]Centre de Dépistage et de Traitement de la Lèpre et de l´Ulcère de Buruli de Pobè, Fondation Raoul Follereau, Bénin.
[2]Institut Régional de Santé Publique- Comlan Alfred Quenum, Université d'Abomey Calavi, Ouidah, Bénin.
[3]Univ Angers, Nantes Université, CHU Angers, Inserm, INCIT, F-49000 Angers, France.
[4]Centre de Dépistage et de Traitement de l´Ulcère de Buruli d'Allada, Bénin.
[5]Centre de Dépistage et de Traitement de l´Ulcère de Buruli de Lalo, Bénin
[6]Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli, Ministère de la Santé, Cotonou, Bénin.
[7]Fondation Anesvad, Henao, 29-31, 48009 Bilbao, Spain.
[8]Fondation Raoul Follereau, Health Department, Paris, France.
[9]Département de Biologie des Agents Infectieux, UF de Bactériologie, Centre Hospitalier Universitaire Angers, France
[10]Département de pathologie cellulaire et tissulaire, UF d'anatomie cytologie pathologiques, Centre Hospitalier Universitaire Angers, France.

Introduction

Les mycoses sous-cutanées sont des infections chroniques et localisées de la peau et du tissu sous-cutané. Cette étude décrit les différents types de mycoses sous-cutanées qui ont été prises en charge dans les centres de dépistage et de traitement de la lèpre et de l'ulcère de Buruli (CDTLUB) de 2018 à 2023 au Bénin.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive ayant consisté à recenser tous les cas de mycoses sous cutanées reçus lors des consultations foraines ou de routine par les équipes multidisciplinaires de soignants des CDTLUB du Bénin de janvier 2018 à janvier 2023. Le diagnostic a été établi d'une part, sur la base de la clinique et d'autre part, sur la culture et l'examen histopathologique. Les coordonnées géographiques de la résidence des cas ont été enregistrées. Les cartes ont été générées avec le logiciel ArcView GIS 3.2.

Résultats

Nous avions colligé 7 cas. L'âge médian des patients était de 34 ans avec des extrêmes de 6 à 60 ans. On notait une prédominance masculine (6/7) et 3/7cas pédiatriques. Les patients étaient majoritairement des cultivateurs (4/7). Presque tous ont consulté et suivi des soins chez les guérisseurs traditionnels avant la première consultation. Le délai médian avant consultation était de 36 mois avec des extrêmes de 8 à 84 mois. La plupart des patients provenaient des départements du Plateau (3/7) et de l'Ouémé (2/7). Dans 5 cas sur les 7, les patients présentaient des séquelles invalidantes au dépistage. Les extrémités étaient le site d'atteinte le plus fréquent. Dans 4 cas sur 7, les lésions siégeaient au niveau des membres pelviens, suivi du membre thoracique (2/7) et du visage (1/7). L'examen histologique a permis de mettre en évidence 3 cas d'entomophtoromycoses (Basidiobolomycose), 2 cas de mycétome non mycosique à bactérie filamenteuse de type actinomycète, 1 cas d'histoplasmose et de rhinoentomophthoromycose. La

culture des échantillons pour l'identification des germes n'a pas été contributive. Les cas d'actinomycétomes ont été traités par cotrimoxazole, tandis que les autres cas de mycoses profondes ont été traités avec de l'itraconazole. L'équipe soignante a été confrontée aux difficultés d'approvisionnement de l'itraconazole utilisé pour la prise en charge desdits cas. Sous traitement, l'évolution a été favorable.

Conclusion

Bien que rares, les mycoses profondes existent au Bénin. Le retard du diagnostic, l'absence d'identification de l'espèce causale et les difficultés d'approvisionnement des intrants pour la mise sous traitement précoce des cas constituent des défis majeurs pour les acteurs du Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLLUB). La sensibilisation de la communauté, la formation du personnel soignant sur les signes et les symptômes précoces de cette maladie ainsi que la prise en compte des mycoses sous cutanées dans les politiques et stratégies du PNLLUB s'avèrent indispensables.

Remerciements

Nous remercions les partenaires techniques et financiers, tels que l'Organisation Mondiale de la Santé, la Fondation Raoul Follereau (http://www.raoul-follereau.org) et la Fondation ANESVAD (http://www.anesvad.org/fr/) pour leurs contributions aux efforts visant à lutter plus efficacement contre les maladies tropicales négligées au Bénin.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Mycoses Sous Cutanées ; Maladie tropicale négligée ; Bénin

Possibilités et obstacles au recours aux soins de santé pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée dans le district d'Atwima Mponua de la région d'Ashanti (Ghana)

Auteurs : Eric Koka[1], Edmond K. Ocloo[1,2], Daniel Okyere[2], Emmanuel Afreh[2], Ishaque Siaw-Mintah[2], Adwoa Poku-Asante[2], Jennifer Palmer[3], Dorothy Yeboah-Manu[2], Collins S. Ahorlu[2], Tara Mtuy[3], équipe SHARP

Affiliations :

[1]Department of Sociology and Anthropology, University of Cape Coast
[2]Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon, Ghana
[3]London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Il est admis que les maladies tropicales négligées (MTN) à manifestation cutanée constituent un problème de santé mondial. Cette étude a exploré les expériences associées aux trajectoires de recours aux soins des personnes vivant avec la lèpre, l'ulcère de Buruli et le pian dans la région, de façon à élaborer des interventions sur mesure pour améliorer les résultats de ce recours pour les patients. Elle a été menée dans le district d'Atwima Mponua, de la région d'Ashanti du Ghana. Des données empiriques et des rapports de cas provenant d'établissements situés dans les districts voisins suggèrent que plusieurs MTN à manifestation cutanée sont endémiques dans la région, mais que cette dernière n'a pas encore bénéficié d'interventions majeures, que ce soit par la recherche ou le système de santé. L'étude fait partie d'une recherche formative visant à éclairer l'élaboration et l'évaluation de stratégies intégrées pour améliorer la santé et le bien-être des personnes touchées par des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée. Il s'agit d'une étude qualitative reposant sur des techniques d'échantillonnage dirigé et en boule de neige pour recruter ses participants. Trente-trois entretiens ont été menés avec des agents de santé, 7 avec des patients atteints d'ulcère de Buruli, 1 avec un guérisseur traditionnel et 1 avec un instituteur. Sept (7) discussions de groupe ont été menées avec des agents de santé (n = 2), des membres adultes de la communauté (n = 4) et des patients (n = 1). Des observations ethnographiques ont été effectuées dans des lieux de connexion sociale pour les patients, notamment les foyers, les milieux thérapeutiques et les quartiers. Une version MAXQDA 2020 a été utilisée pour effectuer une analyse thématique des données recueillies afin de générer différents thèmes.

Nous avons identifié les possibilités et les obstacles au recours aux soins tout au long du parcours de soins des patients. L'étude a démontré que le district ne dispose pas d'une installation dédiée aux tests de diagnostic et de confirmation des MTN à manifestation cutanée. En conséquence, des échantillons sont prélevés et envoyés à d'autres districts ou à la capitale régionale. De plus, les agents de santé ne disposent pas de la formation ou des capacités adéquates pour détecter ou diagnostiquer les maladies de la peau lorsqu'elles se présentent. On a constaté que le district disposait d'un groupe de volontaires dévoués à la surveillance communautaire et qui soutiennent les prestataires de soins de santé, mais ces personnes ne sont pas réellement motivées, ce qui entraîne un faible niveau d'engagement. Nous avons observé que le district ne dispose pas de systèmes d'accompagnement social pour les personnes vivant avec des maladies tropicales négligées ni de mécanismes permettant d'apporter un soutien psychosocial aux patients. Ces lacunes contribuent à ce que les patients perdent confiance dans le système de santé officiel, ce qui accroît le recours aux soins auprès d'autres systèmes de soins tels que les guérisseurs traditionnels, les herboristes et les exploitants de pharmacies.

Nous recommandons que des stratégies soient adoptées afin d'améliorer la motivation intrinsèque des agents de santé, outre le fait de garantir une indemnité adéquate et de les former à la détection et au diagnostic des MTN à manifestation cutanée, en vue d'améliorer les résultats du recours aux soins pour les patients de la région, et du pays en général. De plus, il est nécessaire d'établir des stratégies pour fournir un soutien psychosocial aux patients. Des systèmes d'accompagnement social doivent être mis en place dans le district ; ils contribueront à alléger le fardeau des patients et à accroître potentiellement l'observance thérapeutique, avec pour conséquence une amélioration des résultats du traitement.

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes qui ont participé à cette étude. Le programme SHARP (Skin Health Africa Research Programme) est financé par le programme RIGHT (Research and Innovation for Global Health Transformation) [numéro de référence de subvention NIHR200125] du NIHR (National Institute for Health and Care Research) https://www.nihr.ac.uk/. Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, ulcère de Buruli, pian

Enseignements tirés de l'histoire, d'une approche verticale à une approche intégrée des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée : le cas du pian

Auteurs : Guillaume Linte, Laurence Toutous Trellu

Affiliations :

Université de Genève
Swiss National Science Foundation
Hôpital universitaire de Genève

Les connaissances médicales coloniales et les pratiques sanitaires pour le traitement du pian ont influencé l'approche à long terme de la maladie. Dans les régions sous domination européenne, en particulier en Afrique, les campagnes de masse des années 1920 et 1930 contre les maladies tropicales, principalement la trypanosomiase et le pian, étaient fondées sur des approches racistes, brutales et verticales. Après la Seconde Guerre mondiale, le programme mondial OMS/UNICEF de lutte contre la tréponématose (1952-1964) a entraîné une diminution notable du nombre de cas. Cependant, la mise en œuvre de campagnes de lutte contre la tréponématose dans les territoires colonisés reposait sur des pratiques verticales. L'échec de l'éradication du pian à cette époque est probablement dû, entre autres, à ce facteur, car les populations fuyaient les agents coloniaux. Certaines méthodes verticales de la lutte contre la tréponématose ont persisté au cours des décennies suivantes. Plus récemment, une approche intégrée a été envisagée, car les dimensions sociales, culturelles et historiques sont aujourd'hui cruciales pour atteindre une santé plus globale.

Sur la base d'une réflexion interdisciplinaire, notre travail vise à fournir un aperçu de l'influence de l'histoire sur les enjeux actuels de la lutte contre le pian (pour illustrer une maladie tropicale négligée à manifestation cutanée), dans son approche intégrée. La combinaison de données historiques (archives, littérature médicale depuis 1900 et films anciens) et de l'expertise médicale permet de développer ces aspects. La présentation inclura la projection d'un court extrait de film ancien afin d'ouvrir la discussion sur les enjeux évoqués.

Notre recherche décrit le long chemin qui caractérise le passage d'une approche verticale à une approche intégrée, à partir de l'histoire du pian en Afrique subsaharienne. Nous montrons que les connaissances médicales passées sur le pian, mais aussi sur d'autres maladies tropicales, ont influencé la représentation sociale des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée jusqu'à aujourd'hui. Par exemple, au début du XX^{e} siècle, une forme « exotique » de syphilis a été décrite, probablement pour minimiser le problème de santé dans les colonies, selon laquelle la syphilis était une « maladie bénigne de la peau » pour les populations africaines et asiatiques. Le même discours a été tenu en ce qui concerne le pian. L'accès limité aux traitements antibiotiques et la vulnérabilité des populations, en particulier des jeunes enfants vivant dans les zones rurales, ont entretenu le défaut de soins vis-à-vis de l'infection. De nos jours, la procédure de diagnostic du pian (clinique, biologique) n'est pas parfaite, ce qui conduit à un surdiagnostic ou à un sous-diagnostic. Le manque de financement et l'insuffisance des données épidémiologiques peuvent être considérés comme une cause ou une conséquence de cette situation.

Notre travail identifie les facteurs qui ont eu des répercussions négatives sur la lutte contre le pian et permet de mieux comprendre à la fois la minimisation des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée et leurs dimensions sociales. Cet aperçu historique met en évidence certains aspects cruciaux de l'approche intégrée du pian aujourd'hui.

Remerciements

Swiss National Science Foundation – Projet Sinergia « Neverending infectious diseases »

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Pian, tréponématose, histoire, photographies des maladies, représentations sociales

Alléger le fardeau des personnes touchées par des maladies de la peau pour améliorer l'inclusion, le rétablissement et l'autonomisation : projet ASPIRE

Auteurs : Guillermo Robert*, Rajni Kant Singh#, Milena Simic^, Mary Ellen Sellers*, Maneesh Phillip* et Michael Sukumar Pallapati#

Affiliations :

* Effect Hope, Canada
^ Lepra, Royaume-Uni
# LEPRA Society, Inde

Les personnes vivant dans l'État du Bihar, en Inde, sont exposées à un risque accru de nombreuses maladies tropicales négligées (MTN) à manifestation cutanée. Celles-ci incluent principalement la lèpre, la filariose lymphatique (FL), la leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA), la leishmaniose cutanée (LC), la gale et plusieurs manifestations fongiques. Des données de référence peu fiables, un diagnostic tardif, la stigmatisation et la discrimination liées à ces maladies chroniques ainsi que de mauvais déterminants socio-économiques sont des problèmes courants associés à ces maladies. Actuellement, seules la lèpre, la filariose lymphatique et la leishmaniose dermique post-kala-azar font l'objet de protocoles formels dédiés à la lutte et à la prise en charge des maladies en Inde. Cependant, ces maladies sont encore loin d'être maîtrisées et la mesure des progrès pour l'échéance 2030 est remise en question par des données de référence peu fiables et des ressources limitées. Dans la plupart des cas, il n'existe pas de systèmes de surveillance systématique de qualité ni d'approches de prise en charge des maladies pour les manifestations chroniques, ce qui impose un fardeau aux patients et à leurs familles.

Le projet ASPIRE est actuellement mis en œuvre dans le district de Jamui (État du Bihar, population supérieure à deux millions d'habitants) où la prévalence des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée est élevée. Il s'agit d'un projet pilote novateur qui teste un modèle opérationnel et évolutif, intégrant le diagnostic et la prise en charge de cinq MTN à manifestation cutanée (lèpre, filariose lymphatique, leishmaniose dermique post-kala-azar, leishmaniose cutanée et gale) et de maladies fongiques, afin d'accélérer la réalisation des cibles fixées par l'OMS à l'horizon 2030 dans l'État du Bihar, en Inde. Les principales composantes du projet comprennent des activités intégrées de recherche active des cas, l'intégration progressive au système de santé, des approches de coordination, ainsi qu'un modèle communautaire global (par l'intermédiaire de groupes communautaires) qui vise à permettre l'autonomisation des personnes touchées et à catalyser leur santé physique, leur santé mentale et leur situation socio-économique. Les effets seront mesurés à mi-parcours et en fin de parcours au moyen d'une étude de cohorte, avec des études transversales nichées.

Les enseignements formatifs ont révélé l'importance de tenir compte des facteurs contextuels locaux, de la durabilité et des approches validées lors de la définition, la recherche active des cas, la formation en soins de santé primaires (SSP) et les protocoles communautaires. Les premiers enseignements suggèrent également que l'effet des efforts de lutte et de prise en charge des maladies peut être maximisé grâce à un investissement dans des mécanismes de supervision, de suivi et d'orientation à tous les niveaux. En outre, les activités initiales de recherche active des cas et le diagnostic clinique effectué par des médecins formés en soins de santé primaires ont indiqué que l'endémicité de certaines maladies, comme la lèpre, la gale et la filariose lymphatique, était beaucoup plus élevée que ce qui avait été documenté dans des rapports récents. Enfin, les constatations formatives et de référence ont également démontré la nécessité d'aborder la santé physique, la santé mentale, la stigmatisation et d'autres facteurs socio-économiques

des personnes touchées, au moyen de modèles globaux et coordonnés, réunissant à la fois la communauté et le système de santé.

En conclusion, et bien que le projet ASPIRE soit toujours en cours de mise en œuvre, les premiers résultats sont encourageants et nous avons détecté un grand potentiel d'extension à court terme aux districts voisins grâce aux actions suivantes : soutien des activités de recherche des cas en coordination avec les responsables gouvernementaux, renforcement des systèmes de santé de manière ascendante (en commençant par le niveau communautaire), harmonisation des ensembles de soins essentiels à différents niveaux de soins et soutien technique continu, selon le cas.

Remerciements

Ce projet est soutenu financièrement et techniquement par Effect Hope, Canada, et Lepra, Royaume-Uni. La mise en œuvre dans l'État du Bihar, en Inde, a lieu sous l'égide de LEPRA Society. Nous remercions l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour sa contribution à l'élaboration de supports de formation, ainsi que le Gouvernement du Bihar pour son soutien, sa couverture médiatique et ses conseils. L'assistance technique du comité consultatif technique d'ASPIRE et des docteurs Roderick Hay, Alison Krentel et Michael Sukumar Palapatty est grandement appréciée.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

lèpre, filariose lymphatique (FL), leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA), leishmaniose cutanée (LC), gale, maladies fongiques

La gale, point d'entrée pour démontrer la faisabilité des interventions à ancrage communautaire pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée

Auteurs : Wendemagegn Enbiale[1], Henry J. C. de Vries[2]
Affiliations :
[1]Bahir Dar University, Éthiopie ; [2]Université d'Amsterdam, Département de dermatologie, Amsterdam, Pays-Bas

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont endémiques dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire où la pauvreté est répandue. Au sein du groupe des MTN, les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée font référence à des maladies dermatologiques, soit en tant que présentation principale, soit en tant que signe clinique connexe. Les MTN à manifestation cutanée impliquent souvent une défiguration, un handicap physique, une stigmatisation, une discrimination et une souffrance psychosociale. Pour lutter contre les MTN, l'OMS préconise des approches intégrées et à ancrage communautaire.

L'objectif global de cette revue est de générer des données probantes décisives en faveur des interventions à ancrage communautaire, dans le contexte des MTN à manifestation cutanée. Nous utilisons la gale comme modèle pour les maladies qui se prêtent à la chimioprévention.

En 2015, pour faire face à une importante flambée épidémique communautaire dans un pays marqué par une pénurie critique de professionnels de la santé de niveau intermédiaire et supérieur, nous avons conçu une formation pour les agents d'intervention sanitaire afin de maîtriser l'épidémie de gale. Les agents ont examiné le plus grand nombre de cas (1 125 770 personnes) en un mois. Nous avons également documenté le plus grand nombre de cas de gale (379 000) jamais rapporté dans la littérature. Une étude de validation visant à évaluer l'efficacité du transfert des tâches pour le diagnostic de la gale a conclu que la spécificité du diagnostic par les agents d'intervention sanitaire était de 98,3 %. Quinze mois après la campagne d'administration de masse de médicaments (AMM) contre la gale, nous avons réalisé une étude d'évaluation des incidences, qui a montré l'efficacité (91,1 %) et la faisabilité de l'AMM pour la lutte contre la gale dans une grande communauté.

Dans une autre étude de suivi, nous avons documenté l'expérience beaucoup plus large d'une réponse coordonnée du Ministère éthiopien de la santé et du Bureau régional de la santé Amhara pour maîtriser l'épidémie de gale. À l'aide des données de surveillance systématique du dépistage de la gale en population, de l'organisation de la campagne et de l'AMM, nous avons décrit a) le nombre de personnes dépistées et identifiées comme atteintes de la gale, b) la catégorie de traitement et le type de médicament et c) les ressources humaines utilisées, la durée et le coût de la campagne. La campagne a été menée en six jours. Près de 15 000 agents d'intervention sanitaire et volontaires communautaires ont été mobilisés pour la mise en œuvre de l'AMM, avec un coût d'environ 1,29 dollar des États-Unis par personne examinée. Au total, environ 9 millions de personnes ont été examinées, avec l'identification de 875 890 (9,7 %) cas de gale et 995 471 (11,0 %) contacts. Par la suite, 1 738 304 (93 %) cas et contacts ont reçu un traitement contre la gale.

Les principales recommandations issues de ces études sont les suivantes : premièrement, les données communautaires servent d'indicateurs fiables pour l'évaluation de la charge communautaire de l'épidémie de gale. Deuxièmement, cette étude a également fourni une bonne base pour préconiser la participation des agents de santé communautaires pour le diagnostic clinique de la gale à l'aide d'un algorithme à combinaison simple de signes et de symptômes, dans les milieux aux ressources limitées.

En conclusion, en l'absence de médecins formés, le transfert de tâches cliniques aux agents de soins de santé primaires, dans le contexte des affections cutanées les plus courantes, est essentiel.

Remerciements

Cette recherche a été menée dans le cadre de la demande et du soutien de l'APHI (Amhara Public Health Institute), pôle de gestion des urgences de santé publique.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

décentralisation de la lutte contre les MTN à manifestation cutanée, recherche opérationnelle, prévalence en population, agents de santé communautaire, administration de masse de médicaments

Séance 2 : Intégration au niveau des pays – Autres résumés

Effet d'un ensemble de soins globaux intégrés et communautaires, sur le plan physique et psychosocial, chez les personnes atteintes de troubles des membres inférieurs causés par la filariose lymphatique, la podoconiose et la lèpre en Éthiopie

Auteurs : Oumer Ali*, Rachael Dellar*, Mersha Kinfe, Abraham Tesfaye, Asrat Mengiste, Gail Davey, Stephen Bremner, Maya Semrau, Abebaw Fekadu
N.B. : * contribution égale

Affiliations :

CDT-Africa, College of Health Sciences, Addis Ababa University, Addis-Abeba, Éthiopie ; 2 Centre for Global Health Research, Brighton and Sussex Medical School, University of Sussex, Brighton, Royaume-Uni ; 3 School of Public Health, College of Health Sciences, Addis Ababa University, Addis-Abeba, Éthiopie

Contexte

La filariose lymphatique, la podoconiose et la lèpre sont des maladies tropicales négligées très stigmatisées. Il a été démontré que les services de prise en charge de la morbidité et de prévention du handicap réduisent leurs répercussions physiques, mais l'on ne sait que très peu sur la manière d'intensifier les interventions ou de répondre aux besoins de bien-être psychosocial et mental des patients.

Méthodes

L'étude EnDPoINT est une étude de mise en œuvre en trois phases, qui vise à combler les lacunes actuelles dans les connaissances en évaluant l'effet d'un ensemble de soins globaux intégrés au système de santé éthiopien, sur le plan physique et psychosocial, pour les personnes atteintes de filariose lymphatique, de podoconiose et de lèpre. Dans cet article, nous présentons les résultats quantitatifs de la phase II de l'étude EnDPoINT, au cours de laquelle l'efficacité de l'ensemble de soins a été évaluée dans un district pilote de la région d'Amhara (nord de l'Éthiopie), à l'aide d'une conception avant-après quasi expérimentale.

Résultats

Deux cent cinquante et un participants ont été recrutés. Douze mois après le début de l'ensemble de soins, une amélioration a été observée à la fois sur le plan physique et psychosocial. Des améliorations notables ont été signalées en ce qui concerne le gonflement des membres (différence moyenne de la circonférence des membres inférieurs -2,0 cm ; $p<0,001$), le handicap (moyenne WHODAS II -11,0 ; $p<0,001$) et les signes d'infection (aOR 0,08 ; $p<0,001$). Des améliorations importantes ont également été observées en ce qui concerne la qualité de vie (différence moyenne du score DLQI ajusté -7,2 ; $p<0,001$), la dépression (score PHQ-9 moyen -7,2 ; $p<0,001$), ainsi que la stigmatisation et la discrimination (différence moyenne du score DISC-12 -3,2 ; $p<0,001$).

Conclusion

Cette étude fournit des données probantes selon lesquelles l'ensemble de soins EnDPoINT est efficace pour améliorer la santé physique et psychosociale des personnes atteintes de la filariose lymphatique, la podoconiose et la lèpre dans le nord de l'Éthiopie. Nous recommandons de l'étendre à d'autres districts d'endémicité en Éthiopie et à d'autres pays d'endémicité.

Remerciements

Nous remercions le personnel du département de la santé de la zone Awi et du département de la santé du district de Guagsa Shikudad, en particulier le personnel de l'unité NTD (Lutte contre les maladies tropicales négligées). Nous remercions également l'unité NIHR Global Health Research Unit (maladies tropicales négligées) pour le financement de cette étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, podoconiose, filariose lymphatique, MTN, handicap, qualité de vie, stigmatisation, discrimination, bien-être mental

Les mycétomes en Mauritanie : une MTN à part

Auteurs :

Mamadou Ball[a], Mariem Kebe[a], Ousmane Ba[b], Mohamed Abdallahi Mohamed Abderrahmane[c], Nacer Eddine Mohamed Baba[d]

Affiliations :

[a]Centre hospitalier national, Nouakchott
[b]Institut national de recherche en santé publique, Nouakchott
[c]Faculté de médecine, Nouakchott
[d]Département d'histopathologie, Centre hospitalier national, Nouakchott

Reconnue par l'OMS comme Maladie Tropicale Négligée (MTN), le mycétome est une tumeur inflammatoire chronique, d'évolution progressive, produisant des grains dont la couleur est évocatrice à la fois du diagnostic étiologique et des modalités de prise en charge. Les mycétomes occupent une place à part au sein des MTN observées en Mauritanie et de nombreux défis concernent cette affection aux plans épidémiologique, diagnostique, pronostic, préventif et thérapeutique.

Une étude rétrospective relative à cette pathologie a été réalisée dans trois structures de santé de la capitale de Janvier 2016 à janvier 2019. Il s'agit du Centre hospitalier national (63 patients), de l'Institut national de recherche en santé publique (17 patients) et de l'hôpital militaire de Nouakchott (7 patients).

Aucun des 87 patients concernés n'avait été référé par une structure de l'intérieur du pays. Leur moyenne d'âge est de 41,8 ans et leur activité professionnelle est en rapport avec les travaux agricoles traditionnels.

Les lésions présentes localisées dans plus de la moitié des cas aux pieds, (78,16%), bien que douloureuses n'ont pas entraîné l'arrêt des activités professionnelles.

L'émission des grains a été notée dans 73,5% des cas avec une prédominance des grains noirs dans 46,87% des cas.

Le diagnostic de mycétome a été confirmé par l'histopathologie chez 95,7% des patients. Il s'est agi de grains noirs dans 46,87% des cas et un traitement chirurgical a alors été instauré le plus souvent sans traitement médical préalable.

L'amputation du pied a été refusée par 8 patients et 29 autres soit 33,33% ont été perdus de vue. Cette étude confirme la spécificité du mycétome au sein des MTN en Mauritanie et permet d'identifier plusieurs défis.

Au plan épidémiologique, les patients sont tous originaires du sud du pays où il n'existe pas de structure capable de réaliser un diagnostic mycologique ou histopathologique.

Aucun patient n'a été référé par une structure périphérique, ce qui souligne la méconnaissance de cette affection ainsi que la faiblesse du système d'orientation recours.

Le refus par 8 patients de l'amputation s'explique par la chronicité de cette affection et le bas niveau socio-économique des patients lequel impose la poursuite des activités professionnelles.
Le coût élevé des traitements et leur durée sont à l'origine du grand nombre de patients perdus de vue.

Le dispositif de prise en charge, limité aux hospitalisations, n'inclut pas les traitements délivrés à titre externe et de longue durée qui sont souvent nécessaires en cas de mycétome.

Une étude épidémiologique permettrait d'évaluer l'ampleur du problème. Elle devrait être le prélude à un programme de lutte associant des activités de prévention, la formation des personnels de santé et la mise sur pied de mécanismes permettant le diagnostic et la prise en charge de ces affections, en recourant éventuellement à la Télémédecine.

Une amélioration du système d'orientation recours permettra un meilleur suivi des patients vus à Nouakchott et réduira le nombre de patients perdus de vue.

La plus grande fréquence des mycétomes à grains noirs doit stimuler la recherche thérapeutique au niveau national et en collaboration avec des acteurs internationaux.

MTN à manifestation cutanée – Mots-clés

Maladies tropicales négligées, mycétome, Mauritanie

Au Népal, comment les programmes et structures communautaires existants en matière de santé de la mère et de l'enfant peuvent-ils être mis en œuvre pour permettre la sensibilisation de la communauté, la détection des cas et la réadaptation à base communautaire en ce qui concerne la lèpre et la filariose lymphatique ?

Auteurs : Bharath Sundar[1], Sweta Basnet[2], Bipin Thapa[2], Biplov Shakya[2], Shashi Karna[2], Tulsi Ram Khanal[2], Bhuwan Baral[2], Nirmala Sharma[2]

Affiliations :

[1]Fondation FAIRMED, Berne, Suisse
[2]Fondation FAIRMED Népal, Katmandou, Népal

Introduction

La feuille de route 2030 sur les maladies tropicales négligées (MTN) identifie deux grandes approches transversales pour faire face à leur charge, « l'intégration aux systèmes de santé » et « la coordination avec les programmes pertinents ». La santé de la mère et de l'enfant constitue un programme qui a fait des progrès notables au cours des dernières années au Népal. Les trois principales activités qui ont permis au Népal de progresser dans ce domaine sont le renforcement des centres de soins de santé primaires, la mise en place d'interventions sous directives communautaires et la diffusion soutenue des connaissances par l'intermédiaire des groupes de mères. On constate de plus en plus que les maladies tropicales négligées touchent de manière disproportionnée les femmes et les enfants au Népal, non seulement pendant la grossesse en raison de l'anémie et de la carence en fer, mais également tout au long de la vie pour des raisons socioculturelles et la stigmatisation qui en découle. Par conséquent, il est essentiel d'identifier les voies par lesquelles les programmes de santé de la mère et de l'enfant et l'engagement des femmes peuvent conduire à des interventions efficaces de lutte contre les maladies tropicales négligées.

Méthodes

Une recherche opérationnelle qualitative, visant à décrire et à identifier un phénomène quotidien dans le cadre du programme FAIRMED existant, a été menée dans le district de Kapilvastu, dans le sud du Népal. Cette méthodologie descriptive et qualitative avait pour objectif essentiel d'obtenir un « résumé complet d'un événement dans les conditions quotidiennes de ce dernier ». Grâce à des discussions de groupe et à des entretiens (interroger, explorer, débattre et réfléchir continuellement), l'étude a recueilli des informations auprès d'acteurs communautaires clés et de dirigeants locaux en santé. Au total, 24 entretiens et 4 discussions de groupe ont été menés.

Constatations

Sensibilisation de la communauté : des femmes volontaires en santé communautaire (FCHV), formées, diffusent des messages de sensibilisation sur les maladies tropicales négligées par la voie des réunions de groupes de mères et de leurs visites communautaires. Les mères deviennent alors des intermédiaires clés par lesquels la sensibilisation se répand davantage au sein de la communauté.

Détection des cas : les femmes volontaires en santé communautaire jouent un rôle clé dans diverses campagnes de santé (campagnes relatives à la vaccination, la vitamine A, aux maladies non transmissibles) et font du porte-à-porte pour la plupart des membres de la communauté dans les zones desservies. Ces visites permettent un dépistage opportuniste et la suspicion initiale de lèpre ou de filariose

lymphatique. La visite des femmes enceintes au poste de santé local, dans le cadre des soins prénatals, constitue un autre point de croisement. C'est à ce moment-là que les infirmières/sages-femmes formées aux MTN, qui effectuent les contrôles en matière de soins prénatals, examinent également les femmes dans le contexte des maladies tropicales négligées et endémiques de la région. Un autre point de croisement a lieu lorsque l'agent de santé auxiliaire formé aux MTN visite la communauté une fois par mois, pendant les campagnes d'information. Dans le cadre de ces dispensaires itinérants, l'agent de santé effectue un dépistage de la lèpre et de la filariose lymphatique. En cas de suspicion, les personnes concernées sont orientées vers le poste de santé pour engager d'autres processus de confirmation.

Réadaptation à base communautaire : les personnes souffrant de handicaps ou de répercussions physiques dus aux MTN reçoivent une formation sur les soins auto-administrés, dispensée par les agents de santé formés et les femmes volontaires en santé communautaire. Les personnes touchées bénéficient également d'une supervision de soutien sur les soins auto-administrés, de la part des agents de santé formés et des personnes chargées de la mobilisation sociale dans la communauté, souvent à domicile.

Défis : de multiples défis ont été identifiés : manque de formation de l'ensemble des agents de santé, ressources humaines inadéquates, manque de sensibilisation de la communauté, stigmatisation et discrimination, difficulté à commencer et à terminer un traitement et perte de suivi.

Conclusion

Les résultats de l'étude ont révélé que l'intégration des maladies tropicales négligées et de la santé de la mère et de l'enfant peut être mise en œuvre grâce à la détection clinique et communautaire des cas et à la sensibilisation de la communauté, à l'aide des structures existantes telles que les centres de soins prénatals ainsi que des femmes volontaires en santé communautaire. Des défis subsistent à chaque niveau d'intégration ; ils doivent être systématiquement pris en compte.

Remerciements

Les personnes touchées par la lèpre et la filariose lymphatique
Epidemiology and Disease Control Division, EDCD, Gouvernement du Népal
Ministère de la santé, Province de Lumbini et Province 1
L'ensemble des agents de santé
Diverses organisations locales de la société civile
FAIRMED Népal
FAIRMED Suisse

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Intégration entre la lèpre et la filariose lymphatique

Intégration de la lèpre et de la filariose lymphatique aux programmes de santé de la mère et de l'enfant

Une approche innovante intégrée de dépistage des maladies tropicales négligées cutanées dans trois provinces en République Démocratique du Congo

Auteurs: Florent L. Ngondu, Jeannine Intamba, Pierre M. Umba, Louis S. Paluku, George N. Gitau, Hélène T. Kwamba, Erasme A. Paluku, Marie-Léopoldine Mbulula, Jacob Kadima, Eroll Wekesa, Elysée K. Luzolo, Obéis K. Mbombolo, Djibril N. Binga, Augustin E. Kadima, Delphin M. Phanzu

Affiliations :

[1]Programme National d'Elimination de la Lèpre, Kinshasa, RD Congo
[2]Action Damien RD Congo, Kinshasa, RD Congo
[3]The Leprosy Missions Congo, Kinshasa, RD Congo
[4]American Leprosy Missions, Greenville, South Carolina, USA
[5]Institut Médical Evangélique de Kimpese, Département de la Recherche Scientifique et Développement en Santé, RD Congo
[6]Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de représentation de Kinshasa, RD Congo

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un ensemble de maladies évitables et curables qui sévissent les populations les plus vulnérables et affectent 1.5 milliard d'individus dans le monde, dont environ 40% vivent en Afrique. La Lèpre, le Pian et l'Ulcère de Buruli (UB) font partie des MTN à prise en charge des cas (MTN-PCC) et à manifestations cutanées.

Quoique la RDC se retrouve dans la ceinture des pays endémiques de pian et UB, les statistiques nationales montrent que ces maladies sont sous-diagnostiquées et par conséquent moins prises en charge. En effet, seulement 17 cas de pian et 99 d'UB ont été dépistés et traités en 2018 sur l'ensemble du pays.

Afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces MTN-PCC en RDC, notre étude s'est proposée de tester une stratégie adaptée au contexte de la RDC en utilisant certaines innovations technologiques.

Méthodes

Il s'est agi d'un essai communautaire randomisé multicentrique qui s'est déroulé de 2020 à 2022 dans 3 provinces de la RDC sélectionnées sur base de la co-endémicité historique de la lèpre, du pian et de l'UB. Dans chaque province, deux zones de santé (ZS) co-endémiques ont été sélectionnées, dont Pawa et Wamba pour la Province de Haut-Uélé, Kimpese et Nsona-Mpangu pour le Kongo central, Kasongo et Lusangi pour le Maniema. Ensuite, 6 aires de santé (AS) co-endémiques ont été identifiées par ZS et randomisées à l'aide de la fonction « ALEA » du logiciel Excel en « AS d'intervention » et « AS contrôle ». L'intervention a consisté en l'utilisation des affiches intégrées MTN-PCC cutanées pour la sensibilisation et des logiciels Skin App pour l'aide au diagnostic des cas ainsi que Kobocollect pour la collecte et transmission des données aux bureaux centraux des ZS dans les 18 AS d'intervention. Quant aux 18 AS de contrôle, le travail de routine a été poursuivi sans affiches intégrées MTN, ni Skin App, ni Kobocollect. Tous sujets présentant un signe de présomption des maladies tropicales négligées à prise en charge des cas ciblées et acceptant volontairement d'y participer ont été inclus dans l'étude.

Résultats

Les données montrent que la co-endémicité historique pour les trois MTN-PCC cutanées ciblées a été reconfirmée dans les trois provinces. Hormis la lèpre qui a été moins dépistée dans les aires d'intervention, l'UB et le pian ont représenté la majorité du total des cas dépistés en comparaison aux aires de contrôle. Également, la comparaison aux données de base 2018 pour les AS ciblées (intervention et contrôle) pour les 3 provinces du projet montre une augmentation sensible de cas de pian et d'UB.

Conclusion

Les résultats de la première expérience de la lutte intégrée des MTN cutanées en RDC sont encourageants. La co-endémicité de la lèpre, du pian et de l'ulcère de Buruli a été confirmée dans les trois provinces impliquées. Elle met en lumière le rôle potentiel de cette approche innovatrice intégrée dans l'amélioration de la détection et la prise en charge des MTN cutanées dans notre pays aux dimensions continentales.

Remerciements

Nous remercions tous les participants à cette étude pour leur coopération, les agents de santé communautaires et les professionnels de santé des aires de santé d'intervention dans les provinces de Haut-Uélé, Kongo central et Maniema ainsi que le personnel des bureaux centraux des zones de santé et Coordinations provinciales Lèpre et Tuberculose impliquées pour leur assistance motivée continue. Cette étude a été soutenue par Action Damien, American Leprosy Missions et The Leprosy Missions.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Maladies tropicales négligées cutanées, lèpre, pian, ulcère de Buruli, dépistage intégré, essai communautaire, Kobocollect, *Skin App*, Haut-Uélé, Kongo central, Maniema, République Démocratique du Congo

Épidémiologie et caractéristiques cliniques de la chromomycose, Maranhão, Brésil, 1989-2021

Auteurs : Daniel Wagner C. L. Santos[1,2], Conceição de Maria Pedrozo e Silva de Azevedo[3]

Affiliations :

[1]Hospital Universitário Presidente Dutra, HUPD – Ebserh, Universidade Federal doMaranhão, São Luís, MA, Brésil

[2]Instituto D'Or de Presquisa e Ensino, IDOR, Rede D'Or, São Luís, MA, Brésil

[3]Département de médecine, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brésil/Programme postuniversitaire en sciences de la santé, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brésil

La chromomycose est l'une des mycoses sous-cutanées les plus répandues dans les régions tropicales et subtropicales du monde. Le Brésil présente quelques zones d'endémicité, en particulier dans la région amazonienne (y compris Maranhão, Amazonas et Pará), la région centre-ouest et la région sud. Bien qu'il s'agisse d'une maladie à faible mortalité, la morbidité est élevée. La chromomycose entraîne une stigmatisation importante pour les patients touchés, aussi dévastatrice que la mort physique elle-même.

Au cours de notre étude, nous avons examiné rétrospectivement le dossier médical de tous les patients atteints de chromomycose, diagnostiqués de 1989 à 2021 au Département des maladies infectieuses de l'UFMA (Universidade Federal do Maranhão). Au cours de la période d'étude de 33 ans, 214 patients présentant une chromomycose ont été inclus, tous étant autochtones du Maranhão (en particulier de la mésorégion septentrionale du Maranhão [78,5 %]). Au total, 188 cas (88 %) étaient des hommes, avec un ratio hommes/femmes de 8,3:1. L'âge moyen était de 56 ans (intervalle 15-91), dont 82 patients (38,7 %) âgés de plus de 60 ans. Les patients étaient principalement des agriculteurs (183, 85,8 %), suivis des menuisiers, des camionneurs, des assistants à la construction et des jardiniers. La plupart d'entre eux (202 ; 94,7 %) venaient de zones rurales. Des antécédents de traumatisme cutané ont été signalés par 200 patients (93,7 %), en particulier des microtraumatismes avec des fragments de plantes, de bois, de souches ou des outils de travail. La plupart des patients étaient pieds nus (179 ; 84 %) au moment de l'inoculation. En ce qui concerne les lésions cutanées, la localisation la plus fréquente était les membres inférieurs (173 ; 81,2 %), suivis des membres supérieurs (30 ; 14,2 %). Le tableau clinique le plus fréquent était la lésion verruqueuse (117 ; 55 %), suivie de la plaque infiltrée (103 ; 48,2 %), la lésion nodulaire (50 ; 23,6 %), la lésion cicatricielle (21 ; 10 %) et la lésion tumorale (5 ; 2,6 %). En ce qui concerne les degrés de gravité, la forme modérée était la plus courante (103 ; 48,2 %), suivie de la forme grave (86 ; 40,3 %) et bénigne (24 ; 11,5 %). Le délai de diagnostic de la chromomycose variait de 3 mois à 30 ans. Le délai entre le début de la maladie et le diagnostic était de 4,8, 7,2 et 10,2 ans pour les formes bénignes, modérées et graves, respectivement.

Le groupe Maranhão sur la chromomycose a l'intention de mettre en place une formation dans la microrégion de Baixada Maranhense, ville de Pinheiro, où la prévalence de cas est la plus élevée de l'État. L'objectif de cette formation est multidisciplinaire et implique la participation de médecins, du personnel infirmier et d'agents de santé communautaire. Ces professionnels seront : (a) en mesure de diagnostiquer les mycoses sous-cutanées, en mettant l'accent sur la chromomycose, y compris les caractéristiques initiales de la lésion et les cinq types/formes dermatologiques différents ; (b) en mesure de caractériser la gravité et le stade de la maladie ;

(c) en mesure de procéder à l'éducation des patients avec des affiches et des dépliants relatifs à l'autoprise en charge, et améliorer la capacité de suspecter une maladie infectieuse sous-cutanée, avec pour avantage un diagnostic précoce ; (d) (techniciens de laboratoire) formés à la caractérisation des éléments fongiques lors d'un examen direct, à la distinction entre la chromomycose et les autres mycoses (phæohyphomycoses, mycétome, lacaziose), à l'obtention d'isolats fongiques et l'envoi à un laboratoire de référence de l'État ; et (e) (médecins et techniciens de laboratoire) formés à prélever des échantillons en vue d'un examen mycologique direct et d'une culture de champignons, en plus de mettre en place un traitement (après confirmation du diagnostic) avec des médicaments antifongiques disponibles auprès du Ministère brésilien de la santé. Enfin, le transport de l'équipe ad hoc vers les provinces reculées peut être nécessaire.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Maladies fongiques, chromomycose

Effect of a community-based integrated holistic care package on physical and psychosocial outcomes in people with lower limb disorder caused by lymphatic filariasis, podoconiosis and leprosy in Ethiopia

Authors: Oumer Ali[*], Rachael Dellar[*], Mersha Kinfe, Abraham Tesfaye, Asrat Mengiste, Gail Davey, Stephen Bremner, Maya Semrau, Abebaw Fekadu

NB * equal contribution

Affiliations :

CDT-Africa, College of Health Sciences, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia, 2 Centre for Global Health Research, Brighton and Sussex Medical School, University of Sussex, Brighton, United Kingdom, 3 School of Public Health, College of Health Sciences, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia

Background

Lymphatic filariasis, podoconiosis and leprosy are highly stigmatised neglected tropical diseases. Morbidity management and disability prevention services have been shown to reduce their physical impacts, but little is known both about how to scale-up interventions or address the psychosocial-mental wellbeing needs of patients.

Methods

The EnDPoINT study is a three-phase implementation study that aims to address current knowledge gaps by assessing the impact of a holistic care package integrated into the Ethiopian health-care system on physical and psychosocial outcomes for people with lymphatic filariasis, podoconiosis and leprosy. In this paper, we present the quantitative results from Phase II of EnDPoINT where the effectiveness of the care package was assessed in a pilot district in the Amhara region of northern Ethiopian using a quasi-experimental pre-post design.

Results

Two-hundred and fifty-one participants were recruited. Improvement 12-months after initiation of the care package were seen in both physical and psychosocial outcomes. Significant improvements were notified in limb swelling (mean difference in lower limb circumference -2.0 cm; $p<0.001$), disability (mean WHODAS II-11.0; $p<0.001$), and signs of infection (aOR 0.08; $p<0.001$). Significant improvements were also observed in quality-of-life (mean difference in adjusted DLQI score -7.2; $p<0.001$), depression (mean PHQ-9 score -7.2; $p<0.001$), and stigma and discrimination (mean difference in DISC-12 score -3.2; $p<0.001$).

Conclusion

This study provides evidence that the EnDPoINT care package is effective in improving the physical and psychosocial health of people living with LF, podoconiosis, and leprosy in northern Ethiopia. We recommend scale up to other endemic districts in Ethiopia and other endemic countries.

Acknowledgments

We acknowledge he Awi Zone health department and Guagsa Shikudad district health department staff, especially the NTD unit staff. We also acknowledge he NIHR Global Health Research Unit on NTDs for funding this study

Skin NTDs and/or integration – Keywords

Leprosy, podoconiosis, lymphatic filariasis, NTD, disability, quality of life, stigma, discrimination, and mental wellbeing

Séance 3 : Outils de formation – Présentations

Mardi 28 mars 2023 Présidente : Esther Freeman		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
08:00 – 09:00	**Café de bienvenue, et connexion par Zoom des participants en ligne**	**Tous les participants**
09:00 – 09:20	**Présentation d'ouverture** : Renforcement des capacités et outils pour les agents de district et les agents communautaires	Claire Fuller
09:20 – 09:35	Apprentissage « sur le tas » pour le dépistage et les soins intégrés des MTN à manifestations cutanées en Éthiopie : optimiser les ressources en dépassant les frontières de l'éducation formelle et informelle − résultats préliminaires	Kitesa Debelo Bizuayehu Belete
09:35 – 09:50	Évaluation de la qualité de l'application *SkinNTDs* de l'OMS en tant qu'outil de formation au Ghana et au Kenya − Résultats d'une étude transversale	Mireia Cano
09:50 – 10:05	Utilisation d'une application de santé mobile (eSkinHealth) pour la détection précoce et la prise en charge des affections cutanées : une étude pilote combinant plusieurs méthodes en Côte d'Ivoire	Rie Yotsu
10:05 – 10:20	Les outils de lutte contre les MTN à manifestation cutanée de l'OMS destinés à renforcer les capacités en matière de prise en charge des cas et de surveillance : cours en ligne, application mobile et DHIS2	José Postigo
10:20 – 10:40	**Discussions**	**Tous**
10:40 – 10:55	Outils de formation pour la prise en charge intégrée des plaies et des lymphœdèmes liés aux MTN à manifestations cutanées	Michele Murdoch
10:55 – 11:10	Une approche hybride de l'apprentissage automatique et de l'aide à la décision clinique pour un meilleur diagnostic des maladies tropicales négligées	Wendemagegn Yeshanh
11:10 – 11:25	InfoNTD.org : renforcement des capacités des chercheurs et autres professionnels de la santé grâce à un portail en ligne	Roos Geutjes
11:25 – 11:40	Améliorer l'expertise sur la lèpre : un nouveau cadre de compétences en matière de lèpre	Bahadir Celiktemur
11:40 – 12:00	**Discussions**	**Tous**

Renforcement des capacités et outils pour les professionnels de santé des districts et les agents communautaires

Auteure : Dr Claire Fuller

Affiliation :

Présidente, International Foundation for Dermatology

Pour atteindre les objectifs de la feuille de route de l'OMS pour les MTN en 2030, il faut des solutions innovantes, en plus de l'intégration pour un plus grand impact. Nous allons présenter un examen des approches suivies, des pensées sur l'évaluation et des concepts à garder en mémoire quand on se prépare à partager des exemples et des expériences sur le renforcement des capacités. Celui-ci inclut des possibilités pour enseigner aux professionnels de santé et aux agents communautaires les maladies dermatologiques courantes, ainsi que les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée. De plus, l'aide au diagnostic, la supervision au travail et le retour d'informations peuvent bénéficier des plateformes existantes, ainsi que des solutions de télédermatologie sur mesure. Nous réfléchirons à l'étendue des modalités disponibles, cours en ligne, évènements de formation en présentiel ou plateformes éducatives fournissant des ressources en temps réel aux professionnels de santé en première ligne sur le terrain. Nous examinerons également les expériences des experts en dermatologie communautaire et évoquerons les possibilités pour l'avenir.

Apprentissage « sur le tas » pour le dépistage et les soins intégrés des MTN à manifestations cutanées en Éthiopie : optimiser les ressources en dépassant les frontières de l'éducation formelle et informelle - résultats préliminaires

Auteurs : Kitesa Debelo[1]*, Bizuayehu Belete[2]*, Ephrem Mamo[3,4], Kedir Urgessa[5], Seid Tesi[5], Tamirat Assefa[3], Ali Abdullahi[2], Abdella Ahmed[2], Kidist Bobosha[3], Peter Nugus[6], Robin van Wijk[7,8], Christa Kasang[1], Liesbeth Mieras[7], Ahmed Mohammed[1], Anne Schoenmakers[7,8]
*ont contribué également en tant que premiers co-auteurs

Affiliations :

[1]DAHW/GLR, Éthiopie et Allemagne
[2]Ministère de la Santé d'Éthiopie (à différents niveaux)
[3]AHRI, Éthiopie
[4]Université d'Addis-Abeba, ALIPB, Éthiopie
[5]Université d'Haramaya, Éthiopie
[6]Université McGill, Canada
[7]NLR, Pays-Bas
[8]Centre médical universitaire Erasmus, Pays-Bas

La recherche sur les maladies tropicales négligées à manifestations cutanées (MTN à manifestations cutanées) s'est concentrée en grande partie sur la documentation de la prévalence, ainsi que sur les stratégies de dépistage et de prise en charge, y compris les possibilités qu'elles ouvrent et les difficultés qu'elles entraînent. La plupart des études sur l'éducation en relation avec les MTN cutanées ont porté sur l'évaluation de l'efficacité de la formation, sur les connaissances existantes et sur des outils spécifiques. Il est également urgent de faire progresser la connaissance des processus d'apprentissage chez les agents de santé avec une éducation formelle et informelle, compte tenu de la pénurie aiguë de main-d'œuvre dans les environnements pauvres en ressources. Une telle ambition implique une approche « d'apprentissage en situation », dans laquelle l'apprentissage se déroule en conditions « réelles » ou « sur le tas », par exemple, où les connaissances sont échangées sur le terrain. L'objectif de cette étude était de savoir comment les agents de santé de différents niveaux ont partagé leurs connaissances en vue d'optimiser les soins des MTN à manifestations cutanées pour les communautés mal desservies. L'étude a été menée dans l'est de l'Éthiopie, avec des données recueillies sur trois missions dermatologiques auprès de communautés. Nous avons interrogé 10 agents de santé de différents niveaux (y compris un dermatologue, des infirmiers et des agents de vulgarisation sanitaire communautaires) qui avaient participé au dépistage et au traitement au cours de missions dermatologiques. Les données des entrevues ont été analysées par thème, ce qui signifie que des codes spécifiques ont été attribués aux données recueillies qui, après une série de cycles, ont été regroupées par caractéristiques pour finalement obtenir des thèmes plus génériques. Les résultats se sont concentrés sur l'importance et la dynamique de l'apprentissage parmi les prestataires de soins de santé individuels. Il y a eu de grandes différences entre les types d'apprentissage en fonction des différents niveaux professionnels des participants. Le dermatologue était principalement occupé à former, encadrer et assurer le mentorat des infirmiers et des agents de vulgarisation sanitaire (AVS) qui travaillent dans les communautés ciblées. Les infirmiers et les agents de vulgarisation sanitaire ont déclaré qu'ils avaient peu été exposés aux affections dermatologiques avant les missions dermatologiques. Ils ont indiqué avoir beaucoup appris pendant la formation (organisée en 2020-2021) et l'apprentissage auprès du dermatologue, mais qu'ils avaient besoin d'une formation supplémentaire (« séance de recyclage ») pour pouvoir fournir des services durables, être indépendants et optimiser leur désir de servir leurs communautés. Le dermatologue a

affirmé avoir mieux appréhendé la grande difficulté que constitue la transmission d'informations auprès des infirmiers et des agents de vulgarisation sanitaire et il a pris la mesure des possibilités de dépister et de traiter en dépit d'une formation, d'un soutien et de ressources limités. Un sous-thème central de l'étude a été l'importance de la formation pour la coordination des soins. La possibilité de former les agents de vulgarisation sanitaire est apparue importante, de même que la possibilité qu'ils soient formés non seulement au triage de base, mais aussi à la communication, à la mobilisation et à la capacité de faciliter les relations entre les patients, les communautés et les centres de santé. Les résultats soulignent la contribution à la qualité du dépistage et des soins intégrés des affections cutanées qui découlent de l'apprentissage en situation, l'importance de favoriser la formation à l'apprentissage entre les différentes fonctions et d'investir dans la recherche pour cet apprentissage. En tant que telle, l'étude montre l'intérêt de la compréhension des *processus*, ainsi que des *résultats* du dépistage et des soins des MTN à manifestations cutanées, pour renforcer les compétences et les critères d'évaluation transférables qui peuvent être utilisés pour améliorer le dépistage et les soins des MTN à manifestations cutanées pour d'autres communautés mal desservies.

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les patients, les membres des communautés, les agents de santé et les membres du consortium PEP4LEP qui ont participé au projet PEP4LEP. Un remerciement spécial aux chauffeurs de l'équipe de l'étude, Nesru Bereda et Bareket Azeze, compte tenu des difficultés des routes pour accéder aux missions dermatologiques ou aux lieux où se sont déroulées les entrevues. Ce projet a été financé par le programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne (numéro de subvention RIA2017NIM-1839-PEP4LEP). Il a également reçu un financement de Leprosy Research Initiative (LRI ; www.leprosyresearch.org ; numéro de subvention 707.19.58) et de DAHW/GLRA. EDCTP/EU et LRI n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du résumé.

Évaluation de la qualité de l'application *SkinNTDs* de l'OMS en tant qu'outil de formation au Ghana et au Kenya. Résultats d'une étude transversale

Auteurs : Mireia Cano[1], José A Ruiz-Postigo[2], Paul Macharia[3], Yaw Ampem Amoako[4,5], Richard Odame Phillips[4,5], Carme Carrion[1,6,7]

Affiliations :

[1]Groupe d'étude du laboratoire de e-santé, École des sciences de la santé, Centre de e-santé, Université ouverte de Catalogne, Barcelone, Espagne.
[2]Unité de prévention, de traitement et de soins, Département de Lutte contre les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.
[3]School of Informatics and Computing, Taita Taveta University, Voi, Kenya.
[4]Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine, Kumasi, Ghana.
[5]School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[6]École des sciences de la santé, Université de Girona, Barcelone, Espagne.
[7]Réseau de recherche sur la chronicité, les soins primaires et la promotion de la santé (RICAPPS), Espagne.

Contexte

Les maladies tropicales négligées (MTN) touchent plus de 1,5 milliard de personnes dans le monde, la majorité parmi les populations pauvres des pays à revenu intermédiaire inférieur (PRITI). Les MTN à manifestations cutanées sont un sous-groupe de MTN qui se manifestent principalement par des lésions cutanées. Le diagnostic et le traitement des MTN à manifestations cutanées impliquent des ressources considérables, notamment du personnel qualifié et un soutien financier. De nombreuses interventions sont lancées et évaluées, en particulier les interventions de santé mobile (m-santé), telles que l'application *SkinNTDs*, un outil de formation et d'aide à la décision pour les agents de santé de première ligne créé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Comme la plupart des lignes directrices en matière de santé numérique accordent la priorité à l'évaluation approfondie des interventions de santé mobile, il est essentiel de procéder à une évaluation rigoureuse et validée de l'application SkinNTDs.

Objectif

Nous voulions évaluer la qualité de la version 3 de l'application *SkinNTDs*, développée pour l'OMS par Universal Doctor et l'association Netherlands Leprosy Relief (NLR) en tant qu'outil de formation et d'aide à la décision pour les agents de santé.

Méthodes

Une étude transversale a été menée dans 2 PRITI : le Ghana et le Kenya. Nous avons utilisé le recrutement par échantillonnage en boule de neige pour sélectionner les participants dans la population cible de tous les agents de santé qui s'occupent des MTN à manifestations cutanées. Le groupe d'agents de santé recruté a été invité à télécharger et à utiliser l'application *SkinNTDs* pendant au moins 5 jours avant de répondre à un questionnaire en ligne comportant des variables démographiques ainsi qu'à la version usager du score uMARS (questionnaire d'évaluation des applications mobiles). Ensuite, des entrevues semi-structurées ont été organisées avec un groupe plus restreint. Les données quantitatives et qualitatives ont été analysées à l'aide de SPSS, avec une signification statistique pour tous les tests fixée à un intervalle de confiance à 95 % et $p \leq 0,05$ pour tenir compte de la différence de signification. Les réponses des entrevues semi-structurées ont été intégrées dans un tableau.

Quelques citations ont été sélectionnées pour mettre en évidence certains aspects clés qui ont émergé au cours des entrevues.

Résultats

44 participants ont pris part à cette étude (20 du Kenya et 24 du Ghana).

L'application *SkinNTDs* a obtenu un score élevé sur le questionnaire uMARS, avec un score moyen de qualité de l'application de 4/5, un score de qualité subjective de 3,83/5 et une incidence perçue de 4,5/5. Il n'y avait pas de différence significative entre le score moyen de qualité de l'application et l'une des variables catégorielles examinées, selon la comparaison de l'analyse des moyennes. De plus, le modèle de régression logistique n'a mis en évidence aucune association entre le score moyen de qualité de l'application et l'une des variables catégorielles examinées. Les réponses obtenues lors des entretiens (n = 6) confirment la plupart des résultats obtenus dans le questionnaire uMARS.

Conclusions

Les résultats de cette étude confirment la bonne qualité de l'application *SkinNTDs* évaluée par le questionnaire uMARS. En outre, le fait que le résultat final soit indépendant de toute variable est un très bon signe pour envisager l'utilisation de l'application dans n'importe quel PRITI. Ces résultats peuvent être utilisés pour améliorer les prochaines versions de l'application *SkinNTDs* en examinant le point de vue des agents de santé. Des études supplémentaires sont nécessaires au sujet de son efficacité clinique et de l'identification de la stratégie à mettre en œuvre pour assurer sa diffusion dans le monde entier.

Remerciements

Ce projet a été financé par le Département de Lutte contre les maladies tropicales négligées de l'OMS.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

MTN à manifestations cutanées, Ghana, Kenya

Utilisation d'une application de santé mobile (eSkinHealth) pour la détection précoce et la prise en charge des affections cutanées : une étude pilote combinant plusieurs méthodes en Côte d'Ivoire

Auteurs : Rie. R. Yotsu,[1,2,3] Diabate Almamy,[4] Bamba Vagamon,[4,5] Sakiko Itoh,[6] Didier Y. Koffi,[7,8] Kouamé Kouadio,[9] N'guetta Aka,[9] Luc Kowaci Gontran Yeboue,[10] Aubin Yao,[10] Ronald E. Blanton[1]

Affiliations :

[1] Department of Tropical Medicine, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, USA
[2] École de médecine tropicale et de santé mondiale, Université de Nagasaki, Nagasaki, Japon
[3] Département de dermatologie, Centre national pour la santé mondiale et la médecine, Shinjuku, Japon
[4] Département de dermatologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
[5] Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire, Adzopé, Côte d'Ivoire
[6] Département d'informatique génomique, École supérieure de médecine, Université d'Osaka, Suita, Osaka, Japon
[7] Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire
[8] Programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli, ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire
[9] Institut Pasteur, Abidjan, Côte d'Ivoire
[10] Hope Commission International, Abidjan, Côte d'Ivoire

Contexte

La prévalence des affections cutanées est extrêmement élevée en Afrique subsaharienne. Parmi celles-ci figurent les maladies tropicales négligées à manifestations cutanées qui peuvent entraîner des handicaps et des malformations à vie si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées assez tôt. Pour parvenir à une détection et à un traitement précoces de ces maladies de la peau, nous avons développé une application de santé mobile (m-santé), eSkinHealth.

Objectif

Nous avons évalué la facilité d'utilisation et l'efficacité de notre application eSkinHealth pour la détection et la prise en charge efficace des affections cutanées en Côte d'Ivoire rurale.

Méthodes

L'étude pilote, combinant plusieurs méthodes, a été mise en œuvre sous la forme d'un essai clinique à 2 volets auprès de prestataires de soins de santé locaux et de patients atteints d'affections cutanées, sur une période de suivi de 3 mois. Les prestataires de soins de santé locaux ont été affectés à un groupe d'intervention qui a reçu l'application eSkinHealth à utiliser dans leurs pratiques quotidiennes ou à un groupe témoin pratiquant les soins habituels. Un total de 4 infirmiers et 8 agents de santé communautaires ont été sélectionnés pour chaque volet. Une formation sur l'utilisation et la mise en œuvre de l'application et des produits de diagnostic à venir a été dispensée au groupe d'intervention uniquement, tandis que les deux groupes ont reçu une formation sur les affections cutanées. Pour l'étude de la facilité d'utilisation, nous avons évalué l'application eSkinHealth à l'aide de questionnaires validés et des entretiens approfondis. Pour l'étude d'efficacité, notre principal critère était l'évaluation de la détection précoce et de la prise en charge efficace de nos cinq MTN à manifestations cutanées ciblées (ulcère de Buruli, lèpre, filariose lymphatique, gale et pian) et d'autres affections cutanées à l'aide de l'application eSkinHealth grâce au nombre de cas signalés et pris en charge. Les processus de nos méthodes ont été examinés et approuvés par le comité de protection des personnes (CPP) du ministère de la Santé de Côte d'Ivoire et par l'université Tulane.

Résultats

L'âge moyen de nos participants (prestataires) était de 40,5 ans et 42,5 ans pour les groupes d'intervention et témoin, respectivement, et tous étaient des hommes (n = 24). Le questionnaire SUS (System Usability Score) a été soumis à 12 utilisateurs de l'application eSkinHealth dans le volet d'intervention. Les scores moyens à l'inclusion, à mi-parcours (6 semaines) et à la fin de l'étude (12 semaines) étaient respectivement de 72,3 (écart-type 11,5), 72,3 (écart-type 12,4) et 86,3 (10,8). Tous les participants interrogés, y compris les quatre dermatologues et les responsables de programme en plus de nos participants, étaient satisfaits de l'application. En particulier, la fourniture de l'outil aux agents de santé communautaire a permis à ces derniers de se sentir responsabilisés. Soixante-dix-neuf cas de MTN à manifestations cutanées ont été rapportés dans le volet d'intervention contre 17 cas dans le volet témoin (p =0,0019). Pour l'ensemble des 42 cas présentant des affections cutanées enregistrés dans le volet d'intervention qui ont été diagnostiqués par les dermatologues, le délai médian entre l'inclusion et le diagnostic par un dermatologue était de 21 jours (EI 25-75 %, 16-63) et le délai moyen était de 34,9 jours (écart-type ±25,5).

Conclusions

Notre application eSkinHealth est une plate-forme adaptée au terrain qui pourrait fournir aux agents de santé une assistance directe au diagnostic et à la prise en charge, dans des zones reculées. L'étude a fourni des données probantes sur la facilité d'utilisation et l'efficacité de l'application eSkinHealth pour améliorer la détection précoce et la prise en charge des cas de MTN à manifestations cutanées et d'autres affections cutanées en Côte d'Ivoire. Il est même envisageable que ces qualités de l'application contribuent à améliorer la connaissance des approches de santé mobile dans la lutte contre les MTN à manifestations cutanées.

Enregistrement de l'essai clinique ClinicalTrials.gov NCT05300399 ; https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05300399.

Remerciements

L'étude présentée dans cette publication est soutenue par le Fogarty International Center du NIH (National Institutes of Health) sous le numéro d'attribution R21TW011860. Un financement supplémentaire pour cette étude provient de l'ICREP-NTDs (International Collaborative Research Program for Tackling the NTDs (Neglected Tropical Diseases) Challenges in African countries) par l'AMED (Japan Agency for Medical Research and Development) sous le numéro de subvention 21jm0510004h0204, de la LRI (Leprosy Research Initiative) sous le numéro de subvention 707.19.62., et l'Université d'Osaka sous la subvention MDD 2021.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème et hydrocèle), gale, pian et maladies fongiques.

Intégration

Outils de l'OMS dans le domaine des MTN cutanées pour le renforcement des capacités de prise en charge des cas et de surveillance : cours en ligne, application mobile et DHIS2

Auteur : José Antonio Ruiz Postigo

Affiliation :

Département de Lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé

Le renforcement des capacités est une activité essentielle de l'OMS. Celle-ci propose actuellement une formation avec des cours en ligne, une application mobile et une surveillance basée sur le web à l'aide du logiciel DHIS2 (Système d'information sanitaire de district).

En 2021, l'OMS a créé la chaîne Neglected Tropical Diseases (Maladies tropicales négligées) de cours en ligne sur OpenWHO. Plus de 7,6 millions d'apprenants sont inscrits sur OpenWHO et 202 sujets de cours sont proposés dans 65 langues. La chaîne sur les MTN compte 20 cours, 21 traductions dans d'autres langues et 85 000 apprenants inscrits. Sur les 20 cours, 11 ont trait aux problèmes cutanés et il y avait 30 000 inscrits à la mi-mars. Les cours en ligne sont gratuits grâce à la contribution bénévole de plus d'une centaine d'experts et de traducteurs dans le monde. De 54 % à 75 % des apprenants utilisent la version anglaise des cours. Jusqu'en octobre 2022, les apprenants de dix pays représentaient plus de 50 % des inscrits pour les cours sur les maladies cutanées, à savoir et par ordre descendant : l'Inde, la Chine, le Nigéria, le Pakistan, l'Azerbaïdjan, l'Éthiopie, les Philippines, les États-Unis d'Amérique, le Kenya et le Mexique.

Les commentaires envoyés après la formation par 3000 apprenants inscrits dans six cours (ulcère de Buruli, lèpre, onchocercose, podoconiose, dermatologie tropicale et tungose) jusqu'en octobre 2022 ont montré que 76 % étaient tout à fait d'accord et 15 % partiellement d'accord avec le fait que ces formations leur avaient permis d'atteindre leurs objectifs d'apprentissage et que la langue utilisée était facile à comprendre.

En 2018, l'OMS a publié « Comment reconnaître les maladies tropicales négligées selon les altérations de la peau : guide de formation à l'usage du personnel sanitaire de première ligne » , disponible en version imprimée et en PDF en anglais, français, portugais et espagnol. Depuis 2020, ce guide est aussi disponible sur l'application « skin NTDs » pour Android et iOS avec des informations actualisées et un algorithme permettant de connaître les MTN cutanées endémiques dans le pays d'où vient le patient. L'application est gratuite et fonctionne hors ligne. Deux versions bêta sont disponibles : l'une a des informations sur 24 maladies cutanées courantes grâce à une collaboration avec l'ONG NLR (until No Leprosy Remains ; auparavant Netherlands Leprosy Relief) ; l'autre a une composante d'intelligence augmentée (IA) élaborée par Universal Doctor et elle est capable d'identifier l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, la lèpre, la LDPKA et le pian. En 2022, l'OMS a lancé un réseau mondial sur l'IA pour les maladies cutanées, afin de créer une photothèque mondiale.

L'OMS et plus de 75 pays utilisent le logiciel DHIS2, une plateforme gratuite en open-source sur le web pour la collecte, la transmission, l'analyse et la diffusion des données globales et individuelles. Certaines MTN cutanées, comme l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, la lèpre, la LDPKA et le pian sont régulièrement notifiées à l'OMS en passant par le DHIS2. Dans les pays où ce logiciel est utilisé par les ministères de la santé (par ex. l'Afrique orientale ou la Côte d'Ivoire), l'OMS organise régulièrement des formations virtuelles et sur site en vue de renforcer les capacités d'utilisation.

En conclusion, les outils de formation mis au point par l'OMS sont disponibles sur Internet et utilisés dans un grand nombre de pays. Une analyse en profondeur est requise pour mieux comprendre pourquoi les cours en ligne dans certaines langues ne rencontrent pas l'accueil escompté. Il faut davantage de photos pour pouvoir inclure toutes les MTN dans l'algorithme d'IA de l'application mobile.

Remerciements

À tous les contributeurs. À Sanofi et au gouvernement canadien.

MTN cutanées et/ou intégration

Intégration

Outils de formation pour la prise en charge intégrée des plaies et des lymphœdèmes liés aux MTN à manifestations cutanées

Auteurs : Michele Murdoch[1,2], Jannine Ebenso[3], Hubert Vuagnat[4,5], L. Claire Fuller[1,6], Rie Yotsu[7,8,9], Liesbeth Mieras[10]

Affiliations :

[1]International Foundation for Dermatology, [2Dept]. of Dermatology, West Herts Teaching Hospitals NHS Trust, UK ; [3]The Leprosy Mission International ; [4]World Alliance for Wound and Lymphedema Care ; [5]Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse ; [6]Dept. of Dermatology, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, UK ; [7]Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, USA, [8]École de médecine tropicale et d'études en santé mondiale, Université de Nagasaki, Nagasaki, Japon, [9]Dépt. de dermatologie, Centre national pour la santé mondiale et la médecine, Tokyo, Japon ; [10]NLR International

Les plaies cutanées représentent un problème largement négligé et le fardeau épidémiologique des plaies cutanées en Afrique subsaharienne rurale est inconnu. En utilisant la recherche combinée active et passive de cas, Toppino *et al.* ont observé une prévalence globale des plaies de 13,0 % en Côte d'Ivoire rurale, les étiologies les plus fréquentes étant les traumatismes mécaniques, les furoncles, les brûlures et l'ulcère de Buruli (*PLOS Negl Trop Dis* 2022 ; 16(10) : e0010608).

Le récent document de l'Organisation mondiale de la santé intitulé « Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a strategic framework for integrated control and management of skin-related neglected tropical diseases » insiste sur l'objectif d'intégrer la gestion des MTN à manifestations cutanées dans l'infrastructure des systèmes de santé nationaux respectifs. De nombreuses MTN cutanées se présentent sous forme de plaies (ulcères) ou peuvent en générer, notamment l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, la lèpre, la tungose et le pian, tandis que la filariose lymphatique, la podoconiose et les réactions lépreuses peuvent toutes entraîner un lymphœdème. De nombreuses affections cutanées générales courantes, telles que le pied diabétique et les ulcères veineux, nécessitent également des soins de plaies, offrant ainsi de nombreuses possibilités de synergie des ressources.

Le groupe de prise en charge des plaies nouvellement créé, composé de membres de groupes intersectoriels de NNN Skin et DMDI, a effectué une revue informelle des supports de formation sur les soins des plaies et a constaté que plusieurs outils de formation de haute qualité avaient déjà été publiés, mais qu'ils étaient souvent assez longs, orientés davantage vers des environnements riches en ressources ou que leur accessibilité en ligne était limitée. Nous avons conclu qu'il serait utile de synthétiser et de promouvoir des outils de formation simplifiés et plus courts, adaptés à une utilisation par les agents de santé de première ligne dans des contextes à ressources limitées où de nombreuses MTN à manifestations cutanées sont endémiques.

Parallèlement à cette approche, il est nécessaire de promouvoir l'adoption et la fourniture de « kits essentiels de soin des plaies » pour les centres de santé de première ligne par les gouvernements nationaux des pays où les MTN sont endémiques, ainsi que la mise en place de parcours d'orientation appropriés, si nécessaire.

Remerciements

Brève mention, y compris les sources de financement. Aucune

MTN cutanées ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème), podoconiose, mycétome, tungose, pian.

Intégration de plusieurs maladies et de plusieurs pays

Une approche hybride de l'apprentissage automatique et de l'aide à la décision clinique pour un meilleur diagnostic des maladies tropicales négligées

Auteurs : Art Papier, Paritosh Prasad, Lorna Li, Julie Ryan, Wendemagegn Enbiale

Affiliations :

VisualDx dba Logical Images, Inc. ; Université Bahir Dar, Éthiopie

Contexte

Dans le monde entier, les décisions liées à la santé sont souvent prises par des prestataires qui manquent de ressources et des connaissances spécialisées nécessaires pour obtenir des résultats de qualité optimale, en particulier en ce qui concerne les maladies tropicales négligées (MTN). Que le premier point de soins pour les patients se trouve dans la communauté, dans une pharmacie, dans un centre de soins ou dans d'autres établissements, il est manifestement nécessaire d'avoir accès à une aide décisionnelle exploitable et à une formation pertinente.

Compte tenu des progrès rapides de l'intelligence artificielle (IA) et de l'apprentissage automatique des images, le diagnostic de signes cutanés est devenu un nouveau domaine d'intérêt pour la recherche en IA en médecine. Les observations factuelles existantes ont montré que les solutions d'IA ont la capacité d'analyser les affections cutanées avec le même degré de précision que les médecins de soins primaires qui se réfèrent à une aide visuelle. Des études ont également montré que des outils d'aide à la décision clinique tels que DermExpert de VisualDx, conçus pour être utilisés sur les téléphones intelligents, peuvent améliorer la prise de décision des agents de santé, aider à réduire les erreurs médicales et améliorer la précision du diagnostic pour divers phototypes.

La communauté mondiale de la santé cherche continuellement à améliorer la prestation des soins de santé primaires. Pour atteindre cet objectif, l'OMS mène des initiatives visant à améliorer la reconnaissance des MTN à manifestations cutanées et leur prise en charge et reconnaît la nécessité de fournir des outils d'information sur les points de soins aux agents de santé à tous les niveaux d'expertise, y compris les agents de santé communautaires. La clé de ce chantier sera une approche axée sur les problèmes des maladies à manifestation cutanée et elle consistera à développer et à déployer une application qui couvre toutes les maladies possibles dans le diagnostic différentiel d'un tableau donné. De nouvelles applications logicielles peuvent répondre aux besoins locaux et être adaptées à la prévalence des maladies, à l'épidémiologie locale et au niveau de compétence des utilisateurs.

Méthodes

Nous proposons de collecter des images de MTN à manifestations cutanées spécifiques et les données de cas connexes auprès de nos partenaires en Inde et au Nigeria, ainsi qu'auprès d'un réseau mondial d'experts en dermatologie. Nous utiliserons ces données collectées pour établir, à partir d'une base de données d'images existante, une banque d'images de soins cliniques et d'historiques de cas afin de contribuer à l'élaboration d'algorithmes d'IA/AA pour construire un outil d'aide à la décision clinique sur téléphone. Pour atteindre nos objectifs, nous collecterons de manière prospective et rétrospective des images d'affections cutanées avec nos partenaires nationaux. Nous avons l'intention de tirer parti des algorithmes de traitement d'images AI/AA de VisualDx, qui est un succès commercial, en les complétant par ce jeu de données cliniques élargi, pour fournir une création différentielle ciblée et, à terme, une formation clinique et une aide à la décision à destination des agents de santé pour les MTN. Une fois

entièrement développé, le prototype d'application pour smartphone sera régulièrement testé sur le terrain et optimisé.

Conclusion

Ce projet vise à atteindre les objectifs de l'application mobile Skin NTD de l'OMS en aidant les agents de santé primaires à poser un diagnostic différentiel large. À terme, cet outil d'aide à la décision clinique sera conçu pour être extensible, pour s'adapter à l'épidémiologie locale des affections, en favorisant un meilleur diagnostic dans d'autres pays que le Nigeria et l'Inde.

Remerciements

Le projet est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

MTN à manifestations cutanées, décentralisation, intégration, tenforcement des capacités des agents de santé

InfoNTD.org : renforcement des capacités des chercheurs et autres professionnels de la santé grâce à un portail en ligne

Auteurs : Roos Geutjes[1], Anne Schoenmakers [2,3], Liesbeth Mieras[2]

Affiliations :

[1]InfoNTD, Pays-Bas
[2]NLR, Pays-Bas
[3]Centre médical Erasmus, Pays-Bas

Il manquera encore 10 millions d'agents de santé en 2033, en particulier dans les Régions Afrique et Méditerranée orientale de l'OMS (1). Cette pénurie doit être surmontée en utilisant des méthodes modernes de renforcement des capacités, en aidant les agents de santé à fournir une approche intégrée et holistique. Cela est également promu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans son cadre stratégique intégré pour lutter contre les maladies tropicales négligées (MTN) à manifestations cutanées et les prendre en charge (2). Dans le domaine des MTN, cela est particulièrement pertinent, car de nombreuses MTN soulèvent de multiples questions transversales. InfoNTD est une plateforme en ligne qui facilite le renforcement des capacités des professionnels prenant en charge les MTN en rendant facilement accessibles les données transversales sur ces affections. Elle comprend également une page sur les MTN à manifestations cutanées. Le portail se concentre actuellement principalement sur le partage d'articles scientifiques. Le besoin se fait de plus en plus sentir d'un accès à des supports pratiques, tels que des modules de formation et des guides opérationnels, qui sont actuellement dispersés sur Internet ou ne sont pas disponibles en ligne et sont donc difficiles à obtenir. Compte tenu des ressources limitées disponibles dans le domaine des MTN, il est essentiel d'apprendre les uns des autres et, le cas échéant, d'investir dans l'élaboration de ressources disponibles en libre accès.

Afin d'améliorer et d'élargir encore les services d'InfoNTD et d'accroître sa portée, une enquête a été réalisée pour réfléchir aux développements à venir d'InfoNTD en examinant l'expérience utilisateur actuelle et les besoins d'information et d'apprentissage.

Les participants à l'enquête étaient des utilisateurs d'InfoNTD et des membres de la communauté des MTN, recrutés par InfoNTD.org au moyen d'une fenêtre contextuelle, du bulletin d'InfoNTD et par courriel. Il leur a été demandé de remplir un questionnaire en ligne sur leur expérience utilisateur et leurs besoins en matière d'information pratique et d'apprentissage. Le questionnaire est resté accessible du 11 novembre 2021 au 11 janvier 2022 et comportait 18 questions, certaines ouvertes et d'autres fermées, plusieurs options étaient parfois possibles et chaque question était facultative.

Au total, 73 personnes ont participé. Bon nombre de répondants travaillent pour une organisation non gouvernementale (38 %) ou un établissement d'enseignement (38 %), certains travaillent pour le gouvernement (8 %) ou de façon indépendante (6 %). L'expérience des MTN, revendiquée par 48 des participants, était très variée, mais les affections les plus fréquemment citées sont la lèpre (44 %), la filariose lymphatique (44 %), l'onchocercose (27 %) ou la schistosomiase (23 %). Dans l'ensemble, les répondants sont intéressés de pouvoir accéder à différents types de documents pratiques, en particulier des guides ou directives (62 %), des cours en ligne (59 %) et des supports de formation (56 %). Les sujets d'intérêt pour les supports pratiques sont également très variés. 61 répondants ont répondu à cette question. Les trois principales questions transversales pour lesquelles un besoin en support pratique a été mentionné étaient : le renforcement des systèmes de santé/santé publique (66 %), la stigmatisation et le

bien-être mental (58 %) et les MTN à manifestations cutanées (51 %). 59 répondants ont répondu à cette question.

Les professionnels confrontés aux MTN ont besoin d'un meilleur accès aux ressources pratiques, en particulier aux supports d'apprentissage tels que les cours en ligne et autres supports de formation, les guides ou les directives. Le portail InfoNTD mettra donc en place une section spéciale « outils pratiques pour les MTN », qui sera lancée en mars 2023.

Remerciements

Brève mention, y compris les sources de financement.
Nous sommes reconnaissants des précieuses réponses données par les visiteurs d'InfoNTD.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

MTN, MTN à manifestations cutanées, renforcement des capacités, outils de formation

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, leishmaniose dermique post-kala-azar, lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème et hydrocèle), podoconiose, mycétome, onchocercose, gale, pian.

1. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, *et al*
The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health* 2022;**7:**e009316. Disponible à l'adresse : https://gh.bmj.com/content/7/6/e009316

2. Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a strategic framework for integrated control and management of skin-related neglected tropical diseases. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/publications/i/item/9789240051423

Améliorer l’expertise sur la lèpre : un nouveau cadre de compétences en matière de lèpre

Auteurs : Bahadir Celiktemur, Sian Arulanantham, Joydeepa Darlong, Margaret Guyan, Jannine Ebenso, Sunday Udo

Affiliations :
The Leprosy Mission England & Wales

Introduction

La Conférence 2020 de l’ILEP a souligné que l’expertise limitée ou la perte d’expertise en matière de lèpre à tous les niveaux est un défi dans presque tous les pays où la lèpre est endémique et constitue un obstacle majeur à la réalisation de l’objectif d’un monde sans lèpre. De nouvelles approches innovantes sont nécessaires pour améliorer les connaissances et les compétences des agents de santé et des professionnels du développement en poste et pour mettre en place un nouveau cadre de personnel ayant pour objectif de vaincre la lèpre. Cependant, il existe un certain nombre de conditions préalables avant d’élaborer une approche innovante et efficace pour améliorer l’expertise en matière de lèpre.

Description

Cet article examine certaines de ces conditions préalables et de quelle manière l’introduction d’un nouveau cadre de compétences en matière de lèpre peut y répondre. Conçu à travers un processus de consultation mondiale, avec la contribution d’experts dans le domaine de la lèpre, conduit au Népal et au Nigeria, ce cadre examine 10 domaines de compétence qui, lorsqu’ils sont mis en œuvre ensemble, permettent de parvenir à des soins holistiques : diagnostic, transmission, lutte contre la lèpre, troubles de la fonction nerveuse, réactions, plaies, complications oculaires, bien-être mental, aspects sociaux, compétences de laboratoire.

Pour chaque compétence, le cadre cartographie les connaissances et les compétences nécessaires en matière de lèpre de la part des agents de santé et des professionnels du développement au niveau de base, intermédiaire et avancé. Il peut être utilisé comme un outil pour clarifier les connaissances et les compétences nécessaires pour chaque rôle et pour évaluer les lacunes afin d’identifier les besoins de formation et de développement. La liste des compétences peut également être utilisée pour élaborer des modes opératoires normalisés afin de garantir que la prise en charge de la lèpre répond à des nomes de qualité, qui serviront de base à des supports de formation et de mentorat de haute qualité, assurant ainsi des normes de soins cohérentes partout et dans tous les pays.

Conclusion

De nouveaux outils normalisés sont nécessaires pour atteindre les triples zéros qui peuvent être utilisés dans les secteurs de la santé et du développement. Ce cadre de compétences en matière de lèpre fournit la structure requise pour que les pays où la lèpre est endémique puissent développer les connaissances et les compétences essentielles pour atteindre les triples zéros.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Lèpre

Séance 3 : Outils de formation – Affiches

Évaluation des connaissances concernant la lèpre chez les professionnels de santé à Addis-Abeba, Éthiopie

Auteurs : Bethlehem Amdemariam, Meaza Demissie

Affiliations :

Université d'Addis-Abeba – Collège des sciences de la santé
Institut continental de santé publique d'Addis-Abeba

La lèpre est une maladie infectieuse chronique associée à un handicap et à une stigmatisation sociale importante liée à des croyances socioculturelles associées à des idées fausses. L'une des raisons en est le manque de connaissances adéquates du grand public ainsi que des agents de santé. Le manque de connaissances des agents de santé conduit à un diagnostic tardif qui à son tour est lié à des préjudices esthétiques, à un handicap et une mauvaise qualité de vie chez les personnes touchées. Cette étude vise à évaluer le niveau de connaissances au sujet de la lèpre et à déterminer les facteurs qui y sont associés chez les agents de santé à Addis-Abeba, en Éthiopie.

Une étude transversale dans les établissements de santé a été menée du 13/01/2022 au 28/02/2022 sur un échantillon de 291 professionnels de santé composé de médecins, d'infirmiers et d'agents de santé travaillant dans des centres de santé sélectionnés. Les données ont été saisies et nettoyées à l'aide d'Epi info 7 tandis que l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS Version 25. Des mesures statistiques descriptives simples, une régression logistique bivariée et multivariée ont été utilisées pour l'analyse.

La majorité (55 %) des participants avaient des connaissances insuffisantes, suivie par 29,9 % et 15,1 % ayant des connaissances modérées et bonnes, respectivement. Le fait d'appartenir à la tranche d'âge de 35 à 44 ans, d'avoir une expérience professionnelle de 10 à 14 ans et d'être médecin a été associé à de meilleurs résultats en matière de connaissances.

L'étude a montré que la majorité des participants de l'étude avaient une connaissance insuffisante des questions relatives aux modes de transmission, à la manifestation clinique, au diagnostic et à la prise en charge des complications. Une plus grande importance doit être accordée à la lèpre et à la formation à son sujet.

Remerciements

Nous remercions tous les professionnels de la santé qui ont donné leur consentement et ont participé à cette étude.

MTN cutanées ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées, professionnels de santé, connaissance

Utiliser les cinq sens pour créer des illustrations multisensorielles de l'ulcère de Buruli à l'usage des agents de santé au Ghana

Auteurs : Joanna Butler née Culley[1,2], Roderick Hay[3], Richard Phillips[4], Jane Ogden[5], Caroline Erolin[6], Rachel E Simmonds[1]

Affiliations :

[1]School of Biosciences and Medicine, University of Surrey, Guildford, GU2 7XH, UK
[2]Medical Artist Ltd, Haslemere, Surrey, GU27 1PJ, UK
[3]St Johns Institute of Dermatology, Kings College London, SE1 9RT, UK
[4]Kumasi Centre for Collaborative Research, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[5]School of Psychology, University of Surrey, Guildford, GU2 7XH, UK
[6]Center for Anatomy and Human Identification, University of Dundee, Medical Sciences Institute, Dundee DD1 5EH, UK.

Les soignants de première ligne ont besoin d'orientations claires pour les aider à identifier les cas potentiels d'ulcère de Buruli (UB) qui peuvent ensuite être adressés à des centres spécialisés pour le diagnostic et le traitement. Actuellement, ces orientations sont fournies principalement sous forme de photographies, soit dans des guides illustrés, soit dans des applications mobiles. Lors de la dernière réunion de l'OMS sur les MTN à manifestations cutanées en 2019, nous avons présenté les progrès accomplis avec les premières illustrations médicales d'ulcère de Buruli cliniquement approuvées qui pourraient permettre aux agents de santé de mieux reconnaître les signes cliniques de l'infection afin d'améliorer ces guides photographiques. Sur la base des commentaires essentiels de cette réunion et de nouvelles séries d'améliorations prenant en compte les commentaires de médecins, ces illustrations d'ulcère de Buruli et de pian (à titre de comparaison) sont maintenant disponibles pour la communauté en libre accès sous licence CC-BY **https://openresearch.surrey.ac.uk/esploro/profile/joanna_julia_butler/output/all?institution=44SUR_INST.**

Par conséquent, il est possible d'aborder les communications visuelles sur la santé d'une manière différente en Afrique, tout en étoffant ce qui a déjà été réalisé. Par exemple, l'illustration d'un nodule d'ulcère de Buruli « ressemblant » à un petit pois sous la peau a reçu une évaluation élevée par les participants à la réunion de l'OMS sur les MTN à manifestations cutanées. Ce type d'information ne peut pas être transmis par une photographie, et nous nous sommes demandé quelles autres informations de nature similaire nous pourrions montrer pour aider à la formation des agents de santé.

Nous avons donc entrepris une analyse multisensorielle avec six agents de santé qui travaillent régulièrement avec des patients atteints d'ulcère de Buruli et qui appartiennent au réseau de traitement associé au KCCR à Kumasi, au Ghana. La méthode de « réflexion à voix haute » a été utilisée pour recueillir leurs opinions spontanées alors qu'ils parlaient librement de la façon dont leurs cinq sens guidaient leur prise en charge des patients atteints d'ulcère de Buruli. Les transcriptions des enregistrements audio ont été examinées à l'aide d'une analyse thématique pour déterminer la présence de thèmes et de concepts pertinents dans le contenu qualitatif.

Les résultats ont identifié trois thèmes clés : « Détection », « Recherche d'aide » et « Observance ». Il est à noter que les résultats de l'étude sont allés bien au-delà des résultats attendus dans le cadre des discussions des agents de santé dans l'enregistrement. Des images de l'aspect d'un œdème ne prenant pas le godet (par opposition à un œdème prenant le godet) (Détection ; provenant de réflexions autour du « toucher »), une image positive de patients recevant un traitement antibiotique (Recherche d'aide ;

provenant de réflexions autour du « goût » et de l'« odeur ») et l'effet secondaire inoffensif et connu du traitement par la rifampicine sur la couleur de l'urine (Observance ; provenant de réflexions autour de la « vue ») ont été produites sur la base de ces résultats et seront présentées, par exemple, à la figure 1.

Les résultats montrent comment les sens peuvent favoriser une narration convaincante en 5 dimensions et une vision plus inclusive de l'ulcère de Buruli. Il illustre le rôle important joué par l'ensemble des sens, au-delà de la vue, dans la prise en charge de l'ulcère de Buruli. Ces illustrations seront utiles pour l'éducation des patients et la formation des agents de santé et d'autres personnes qui entreprennent des activités de sensibilisation dans les communautés dans lesquelles l'ulcère de Buruli est endémique ; elles représentent un modèle utile pour recueillir des informations approfondies et qui peuvent fournir des interventions illustratives utiles et de propices pour d'autres MTN à manifestations cutanées à l'avenir.

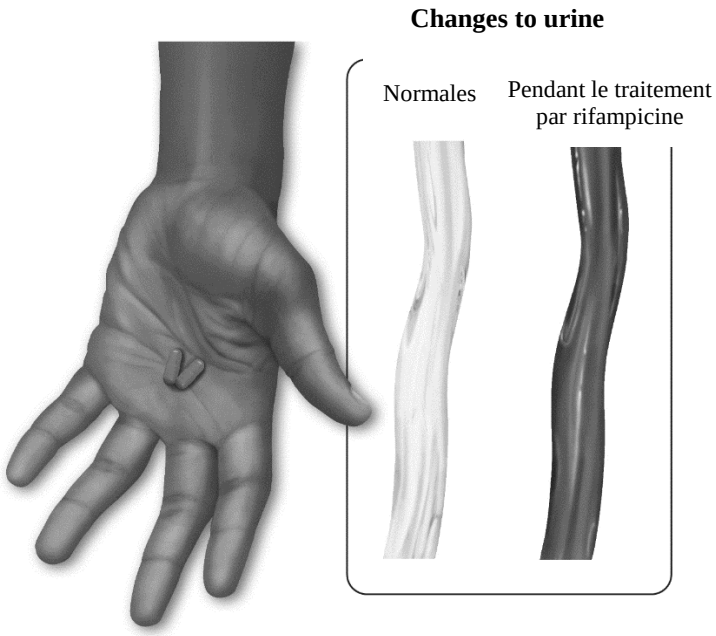
Remerciements

Brève mention, y compris les sources de financement.
Medical Artist Ltd, Haslemere, Surrey, GU27 1PJ, UK, www.medical-artist.com, Tel: + 44 07850 055 297
University of Surrey, School of Biosciences & Medicine, Surrey, GU2 7XH, UK
Le travail dans le laboratoire du professeur Simmonds est soutenu par un prix du chercheur Wellcome Trust en sciences (202843_Z_16_Z)

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, pian

Figure 1.



Renforcement des capacités techniques en action (TCBiA) pour faire face à la perte d'expertise technique (lèpre)

Auteurs : Suchitra Lisam, Alexandre Menezes, Linda Janmaat, Valeria Pecchioni, Liesbeth Mieras, Christine Fenenga (présentatrice)

Affiliations :

NLR Inde NLR Brésil
Management Development Foundation (MDF)
NLR International
Fédération internationale des associations contre la lèpre (ILEP)

De nombreuses organisations liées aux MTN ont des difficultés à accéder à une expertise technique adéquate et à attirer et à retenir suffisamment de personnels techniques entièrement armés pour remplir leur rôle. *L'apprentissage* et *le perfectionnement* sont essentiels pour faciliter les activités visant à éliminer les maladies infectieuses [1,2,3].

Une *réponse collective efficace* nécessite des organisations et des programmes forts et compétents pour atteindre conjointement les objectifs nationaux et mondiaux. Les organisations fortes ont besoin d'un personnel qualifié avec des compétences professionnelles, une expertise et une préparation à la collaboration et à la coordination.

L'Alliance NLR vise à être un acteur de changement dans la lutte contre la lèpre, excellant dans trois stratégies d'adaptation :

- Conseil et renforcement des capacités dans les systèmes de santé publique
- Recherche et innovation
- Sensibilisation, influence des politiques et financement.

Ces stratégies sont menacées par de graves difficultés à trouver et à retenir de nouvelles personnes hautement qualifiées ayant une expérience suffisante dans le domaine de la lèpre, alors que de nombreux membres du personnel disponibles et expérimentés atteignent l'âge de la retraite[1].

En 2021, l'Alliance NLR s'est lancée dans le projet TCBiA, ciblant l'ensemble de son personnel technique. Le modèle de Kirkpatrick à 4 niveaux [4] a été utilisé pour formuler une stratégie d'apprentissage et de perfectionnement afin de constituer une *organisation apprenante* et formuler une *stratégie d'apprentissage et de perfectionnement* à trois composantes :

A. Besoins d'apprentissage à l'appui de la mission et de la vision de NLR ;
B. Apport d'expertise pour répondre à ces besoins ;
C. Préservation d'un renforcement des capacités efficace et de bonne qualité.

[1] Pour NLR Alliance, 8 à 10 experts de haut niveau actuellement employés par NLR ou fournissant une expertise en tant que consultants externes pourraient prendre leur retraite ou devenir indisponibles au cours des toutes prochaines années.

Au début, certains gains rapides ont été inclus pour répondre à une urgence communément ressentie, assurant l'engagement du personnel en offrant des activités attrayantes et collaboratives de renforcement des capacités techniques.

Les interventions se sont concentrées sur ces trois composantes. Pour *la gestion des ressources humaines* [comp. A] un outil d'auto-évaluation des connaissances et des compétences basées sur les compétences essentielles a été conçu et mis en œuvre auprès de l'ensemble du personnel technique, ce qui a permis d'avoir un aperçu des forces et des lacunes existantes. Des *plans d'apprentissage et de perfectionnement* ont ensuite été élaborés pour combler ces lacunes.

Pour répondre aux lacunes identifiées des interventions *d'apprentissage et de perfectionnement* [comp. B et D] ont été organisées, en s'appuyant sur le principe 70/20/10[2] [5] : Quatre *master class*, deux *cours de formation de mentors* et formation d'un *groupe de travail de mentors* ainsi que trois *réseaux de praticiens* autour de thèmes spécifiques ont été organisés.

La structure de gouvernance et de gestion du projet a impliqué tous les membres de l'Alliance, stimulant la co-création et la collaboration. Outre la gestion des ressources humaines et la formation et le perfectionnement, la *création d'un environnement propice à l'apprentissage* (financement, temps, soutien) est essentielle pour obtenir des résultats.

Une évaluation interne a suivi la phase de démarrage, fournissant des enseignements précieux pour la poursuite et l'amélioration ultérieure de cette stratégie.

Messages à retenir pour un renforcement des capacités techniques réussi

- Assurer un solide soutien des dirigeants
- Entreprendre et co-créer des activités de renforcement des capacités techniques impliquant tout le personnel technique,
- Capitaliser sur les connaissances et compétences techniques internes
- S'appuyer sur le principe 70/20/10
- Travailler en fonction des besoins, en intégrant des auto-évaluations annuelles des compétences et des entretiens de performance pour élaborer des plans de développement individuel ou organisationnel
- Susciter une prise de conscience et mettre en place une plateforme de communication commune pour un environnement d'apprentissage animé
- Être réaliste et sélectif, ne pas être trop ambitieux

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Le renforcement durable des capacités techniques est essentiel pour toutes les MTN (cutanées). Les leçons tirées de ce projet peuvent profiter à d'autres organisations. Il souligne clairement la nécessité de la collaboration, du partage des ressources et de la création d'une culture d'apprentissage plus large à l'aide d'une approche d'apprentissage mixte.

[2] L'essentiel de ce que nous apprenons (70 %) s'acquiert par l'apprentissage informel (sur le tas, visite d'échange, groupes de discussion), 20 % par l'apprentissage entre pairs (mentorat, coaching), 10 % par la formation classique (formation officielle, webinaires).

Références

1. Feuille de route pour les maladies tropicales négligées de l'OMS **ISBN :** 978 92 4 002654 4 https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240010352
2. Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030**ISBN :** 978 92 9022 840 0 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341762/9789290228400-fre.pdf
3. ILEP Strategy 2021-2025 Towards a world free of leprosy https://ilepfederation.org/ilep-strategy-2021-2025/
4. Kirkpatrick (2021) Introduction to the Kirkpatrick New World Model – Four Levels of Learning Evaluation https://www.kirkpatrickpartners.com/wp-content/uploads/2021/11/Introduction-to-the-Kirkpatrick-New-World-Model.pdfy
5. Scott F (2014) New perspectives on 70:20:10 A good practice research paper *Good Practice for Leaders and Managers.* https://www.cedma-europe.org/newsletter%20articles/misc/New%20Perspectives%20on%2070-20-10%20(Nov%2014).pdf

Outils de formation en télédermatologie : améliorer les compétences en photographie à l'aide des caméras présentes sur les téléphones dans des environnements limités en ressources

Auteurs : Punyamurthy, N[1]; Mbaga G[2]; Mcharo J[2]; Fuller, LC[3]; Juma, O[4]; Wanat KA[1]

Affiliations :

[1]Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA
[2]Hôpital du district de Bagamoyo, République-Unie de Tanzanie
[3]International Foundation for Dermatology, ILDS, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, UK
[4]Institut de santé Ifakara, Centre de recherche et de formation de *Bagamoyo. Adresse : PO Box 74 Bagamoyo*, République-Unie de Tanzanie

La télédermatologie vise à accroître l'accès aux soins dermatologiques par le biais d'une technologie de stockage et de transfert ou d'interaction en direct. La télédermatologie par stockage et transfert peut aider à mettre en relation des médecins et des dermatologues situés n'importe où dans le monde à l'aide d'images et d'informations cliniques. Comme les images statiques servent de base à l'interprétation, au diagnostic et aux plans thérapeutiques ultimes, la qualité et le type de photographies soumises sont indispensables au succès du programme. Des guides de photographie ont été élaborés par l'association américaine de télémédecine pour disposer de circonstances cliniques idéales et obtenir des photographies de niveau professionnel. Nous avons adapté cette formation en intégrant l'iPhone et les téléphones Android, sur le terrain, pour la télédermatologie par stockage et transfert à Niamey, au Niger et à Bagamoyo, en Tanzanie. Nous présentons ce matériel éducatif à intégrer dans les programmes de lutte contre les MTN dans tous les pays touchés par une endémie.

Remerciements

Nous tenons également à remercier les collaborateurs de la clinique Olivia à Niamey, au Niger, notamment les docteurs Yacouba Kakale et Susan Beebout.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Intégration dans toutes les MTN et tous les sites

Outils de suivi des progrès vers l'interruption de la transmission et l'élimination de la lèpre

Auteurs : Vivek Lal*, Subbanna J*, Pemmaraju V R* Wim van Brakel[#]

Affiliations :

*OMS # NLR, Pays-Bas

La lèpre est l'une des maladies tropicales négligées (MTN) appartenant au groupe ciblé pour l'interruption de la transmission. En 2021, l'OMS a établi un groupe spécial sur les définitions, critères et indicateurs concernant la transmission et l'élimination de la lèpre (TFCEL), afin de fixer les concepts, les définitions, les seuils épidémiologiques et d'identifier les critères programmatiques devant être vérifiés. Après une série de consultations, le TFCEL a décrit le cadre d'élimination délimitant les diverses phases par lesquelles passe un programme de lutte contre la lèpre.

Les seuils épidémiologiques pour chaque phase ont été examinés à partir des ensembles de données provenant de cinq pays avant de les définir comme des jalons. Le seuil épidémiologique de zéro cas autochtone d'enfant pendant cinq années consécutives est recommandé comme seuil épidémiologique pour décider qu'une zone infranationale ou un pays a atteint la phase « d'interruption de la transmission ». Une fois ce jalon atteint, si aucun cas autochtone (tous âges confondus) n'est notifié pendant trois année consécutives, on considère que la zone infranationale ou le pays a obtenu « l'élimination de la lèpre ». À cause de la longue durée d'incubation de cette maladie, cette phase est suivie d'une période de 10 années de surveillance « post-élimination », au cours de laquelle des cas sporadiques seront probablement détectés.

Un outil de suivi de l'élimination de la lèpre a été élaboré pour contrôler les différentes phases, au moyen d'un système d'évaluation par « feux de signalisation ». Des efforts sont en cours pour permettre l'analyse spatiale au moyen de la cartographie.

Afin de vérifier l'élimination de la maladie, des critères programmatiques ont été déterminés en plus des indicateurs épidémiologiques. Ils comportent des aspects relatifs à l'engagement politique, aux politiques non-discriminatoires et à un système robuste de surveillance.

Un guide technique de ces outils en est aux derniers stades de la consultation. Il servira aux pays à suivre les progrès pour atteindre le but d'interrompre la transmission, puis d'éliminer la maladie conformément à ce qui est décrit dans la Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030.

Documents de formation en ligne et outils de diagnostic sur les MTN à manifestations cutanées à l'intention des agents de santé de première ligne : revue exploratoire

Auteurs : Amna Elyas[2], Steve Walker[1], Michael Marks[1], Michele Murdoch[4,5], Claire Fuller[3,4], Saba M Lambert[1*]

Affiliations :

[1]London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK and SHARP team
[2]Université de Lund, Suède
[3]Dermatology Department, Chelsea & Westminster NHS Foundation Trust, UK
[4]International Foundation for Dermatology
[5]Dermatology Department, West Herts Teaching Hospitals NHS Trust, UK
*Auteure présentatrice

La prise en charge intégrée des maladies tropicales négligées (MTN) à manifestations cutanées nécessite une formation efficace des agents de santé de première ligne. L'identification et l'évaluation des supports de formation et des outils de diagnostic accessibles pour les MTN à manifestations cutanées faciliteraient l'élaboration d'une collection consolidée de supports de formation qui pourrait être utilisés ou adaptés pour répondre aux besoins éducatifs des agents de santé de première ligne.

L'objectif principal de cette revue était d'identifier et d'évaluer les supports de formation et les outils de diagnostic de bonne qualité et accessibles en ligne, relatifs au diagnostic et à la prise en charge des MTN à manifestations cutanées.

La révision et l'analyse des supports de formation et des outils de diagnostic comprennent trois étapes principales :

1. Identification des supports et des outils disponibles grâce à une revue en ligne, ainsi qu'une approche personnelle des membres de la communauté des dermatologues et des personnes prenant en charge les MTN à manifestations cutanées
2. Analyse des outils de formation et de diagnostic recueillis
3. Évaluation des supports de formation et des outils de diagnostic jugés pertinents

La recherche en ligne via Google (le moteur de recherche le plus utilisé au monde) et PubMed a été effectuée une première fois en septembre 2020 et répétée en janvier 2023. Les langues de recherche étaient l'anglais, le français et l'espagnol.

Une grille d'extraction de données a été utilisée pour résumer les caractéristiques des supports identifiés telles que le type de support, le transfert vers un stockage local (c'est-à-dire téléchargeable), le public cible, le sujet, les langues, le coût, l'inclusion d'éléments sur les MTN à manifestations cutanées et sur la dermatologie de base, la variété des types de peau inclus et une brève critique.

Nous avons constaté que le nombre de supports de formation en ligne ou d'outils de diagnostic clinique conçus spécifiquement pour les MTN à manifestations cutanées était très faible. Le nombre est passé à 17 après inclusion des supports de formation en dermatologie générale qui abordent certaines MTN à manifestations cutanées. Parmi ceux-ci, 16 étaient disponibles gratuitement. Dix des outils identifiés dans cette revue étaient disponibles au téléchargement tandis que 7 nécessitaient une connexion Internet pour être utilisés.

Six types distincts de supports de formation sur les MTN à manifestations cutanées conçus pour les agents de santé de première ligne ont été identifiés : guides de formation (n = 2), brochures de référence et fiches d'information (n = 4), applications mobiles (n = 4), journal en ligne accessible via une application (n = 1), atlas dermatologiques (n = 3) et cours en ligne (n = 3).

La principale limite de cette revue exploratoire est l'absence d'évaluation de l'exactitude des informations données dans les outils de formation et de diagnostic. L'évaluation des outils de diagnostic et des supports de formation n'est pas faite ou n'est pas encore disponible.

Les supports de formation et les outils de diagnostic identifiés peuvent contribuer à l'amélioration de la pratique clinique des agents de santé qui s'occupent des MTN à manifestations cutanées et d'autres affections dermatologiques. Nous suggérons des activités futures qui aideront à affiner et à améliorer les supports de formation et les outils de diagnostic, tels que l'évaluation, l'adaptabilité aux contextes géographiques et l'amélioration de l'accessibilité.

Remerciements

Pas de financement. Remerciements aux membres du groupe intersectoriel des MTN à manifestations cutanées de NNN qui ont partagé des informations sur les supports de formation.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées et supports de formation intégrés

Validation de l'application SkinApp de NLR, améliorations supplémentaires et intégration dans l'application SkinNTDs de l'OMS

Auteurs : Nelly Mwageni[1], Robin van Wijk[2,5], Fufa Daba[3], Kitesa Debelo[3], Christa Kasang[4], Colette van Hees[5], Anne Schoenmakers[2,5], Jill Buursma[6], Liesbeth Mieras[2]

Affiliations :

[1]Si CUHAS (Université catholique de la santé et des sciences connexes), Tanzanie
[2]NLR, Pays-Bas
[3]GLRA (Association allemande de lutte contre la lèpre), Éthiopie
[4]DAHW (Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe - association allemande de lutte contre la lèpre), Allemagne
[5]Centre médical universitaire Erasmus, Pays-Bas
[6]Université VU, Pays-Bas

Dans de nombreux pays où les maladies tropicales négligées (MTN) à manifestations cutanées sont endémiques, les connaissances dermatologiques des agents de santé de première ligne sont limitées (1). Pour habiliter les agents de santé à diagnostiquer et à prendre en charge les maladies de la peau, y compris les MTN à manifestations cutanées, NLR a développé l'application SkinApp (2). Les premières études ont montré que SkinApp était un outil facile et convivial (3).

La précision diagnostique de l'application SkinApp de NLR, lorsqu'elle est utilisée par des agents de santé, a été évaluée et une étude visant à optimiser l'arbre décisionnel intégré a ensuite été réalisée.

La première étude était une étude transversale en Éthiopie et en Tanzanie, en 2018-2019. Les patients atteints de maladies de la peau ont été vus par deux agents de santé utilisant l'application SkinApp de NLR et par deux dermatologues à titre de référence. La précision du diagnostic a été mesurée ainsi que la sensibilité, la spécificité et la fiabilité inter-évaluateurs.

Pour l'étude de suivi, un plan combinant plusieurs méthodes a été utilisé ; un panel Delphi a répondu à trois tours de questionnaires et des entretiens approfondis ont été menés pour déterminer le niveau de consensus parmi les experts en dermatologie concernant la fréquence et la pertinence des signes et des symptômes des maladies de la peau dans les pays où les MTN à manifestations cutanées sont endémiques. Les participants étaient des professionnels de santé ayant au moins cinq ans d'expérience dans le diagnostic de maladies de peau, y compris les MTN à manifestations cutanées.

Dans la première étude, 443 patients ont été inclus. La taille de l'échantillon (≥ 27) a été atteinte pour cinq (catégories de) maladies de peau : eczéma, teigne du cuir chevelu ou du corps, acné, maladies de la peau liées au VIH/sida et MTN à manifestations cutanées. La sensibilité variait de 23 % (IC : 16,5-30,6 %) pour les maladies cutanées liées au VIH/sida à 76,9 % (IC : 70,6-82,4 %) pour l'eczéma. La spécificité variait de 69,6 % (IC : 66,0-73,0 %) pour l'eczéma à 99,3 % (IC : 98,4-99,7) pour l'acné. La fiabilité inter-évaluateurs a montré une concordance de 58 % parmi les agents de santé et de 96 % parmi les dermatologues.

Cette première étude a montré que la fonctionnalité de l'application SkinApp pourrait être améliorée en ajoutant quatre affections cutanées (folliculite, chéloïdes, noma, urticaire) et en renforçant l'importance relative des signes et des symptômes dans l'arbre décisionnel de l'application SkinApp.

Sur les 271 items présentés dans les questionnaires Delphi, concernant la fréquence des signes et symptômes dans les maladies de la peau, la deuxième étude a montré qu'un consensus a été atteint sur 85 items (31,4 %) au 1er tour (n = 17) et sur 111 items (41,0 %) (n = 9) et 133 items (48,9 %) (n = 10)

respectivement, au 2e et 3e tour. Le degré d'accord le plus élevé a été atteint sur le vitiligo (66,6 %), les maladies bulleuses (70,0 %) et la gale (77,8 %), le degré le plus bas sur la folliculite (16,7 %), la podoconiose (22,2 %) et le psoriasis (27,3 %).

Il est possible d'améliorer encore le support diagnostique de l'application SkinApp de NLR en ajoutant des maladies et en incorporant des modèles de fréquence dans l'arbre décisionnel intégré. Cependant, il semble y avoir un consensus limité parmi les spécialistes sur l'importance relative des signes et des symptômes pour le diagnostic des maladies de peau. D'autres études permettront de mieux comprendre et d'améliorer la valeur ajoutée de l'application à l'appui du diagnostic et de la prise en charge des maladies cutanées.

Depuis, l'application SkinApp de NLR a été intégrée à l'application SkinNTDs de l'OMS, ce qui a conduit à un enrichissement de l'application qui améliore la capacité des agents de santé à prendre en charge les patients atteints de maladies de peau (4). La qualité de l'application SkinNTDs intégrée de l'OMS a été enrichie par l'ajout d'options avancées telles que : paramètres spécifiques au pays et intelligence artificielle.

L'application SkinApp de NLR, désormais intégrée à l'application SkinNTD de l'OMS, est un outil simple et convivial qui peut continuer à être développé en améliorant les fonctionnalités existantes et en en ajoutant.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants pour les précieux commentaires et suggestions de dermatologues expérimentés à différents stades de développement de l'application SkinApp : Ben Naafs, Koos Sanders, Claire Fuller, Tahir Dahiru et d'autres, et nous tenons à remercier les équipes au Nigeria, au Mozambique, en Éthiopie et en Tanzanie, Erik Post, Benita Jansen, Anneke Taal, Amber van Haaster, Marloes Frijters et Wim van Brakel pour leur travail de soutien concernant le développement de l'application SkinApp.

L'application SkinApp a, en partie, été validée dans le cadre du projet PEP4LEP, financé par le programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne (numéro de subvention RIA2017NIM-1839-PEP4LEP). PEP4LEP a également reçu un financement de Leprosy Research Initiative (LRI ; www.leprosyresearch.org ; numéro de subvention 707.19.58). Les donateurs n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du résumé.

En ce qui concerne l'intégration de l'application SkinApp dans l'application Skin NTD de l'OMS, nous sommes reconnaissants envers Kingsley Asiedu et José Antonio Ruiz Postigo du Département de Lutte contre les MTN de l'OMS et Jordi Serrano et son équipe de Universal Doctor.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

MTN, mSanté, maladies de la peau, dermatologie, application mobile, diagnostic

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, leishmaniose dermique post-kala-azar, lèpre, filariose lymphatique, podoconiose, mycétome, onchocercose, gale, pian et affections fongiques.

Intégration de plusieurs maladies et de plusieurs pays

1. Hay R, Estrada R, Grossmann H. Managing skin disease in resource-poor environments - the role of community-oriented training and control programs. Int J Dermatol [Internet]. 2011 May [cité le 29 juin 2018] ;50(5) :558–63. Disponible sur le site : http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-4632.2011.04954.x

2. Taal A, Hussaini T, Gayus BA, Dahiru T, Post E. First-line health care provider performance in the management of common skin diseases using an algorithmic approach as a diagnostic tool in Kano State, Nigeria. Res Rep Trop Med [Internet]. 2015 [mentionné le 22 juin 2017] ; 2015(6). Disponible sur le site : https://www.leprosy-information.org/resource/first-line-health-care-provider-performance-management-common-skin-diseases-using?aresult=0

3. Mieras L, Taal A, Post E, Ndeve A, van Hees C, Mieras LF, et al. The Development of a Mobile Application to Support Peripheral Health Workers to Diagnose and Treat People with Skin Diseases in Resource-Poor Settings. Trop Med Infect Dis [Internet]. 2018 Sept 15 [cité le 1er oct. 2018] ;3(3) : 102. Disponible sur le site : http://www.mdpi.com/2414-6366/3/3/102

4. Frej A, Cano M, Ruiz-Postigo JA, Macharia P, Phillips RO, Amoako YA, et al. Assessing the Quality of the World Health Organization's Skin NTDs App as a Training Tool in Ghana and Kenya: Protocol for a Cross-sectional Study. JMIR Res Protoc [Internet]. 2022 ;11(12) :e39393. Disponible sur le site : https://www.researchprotocols.org/2022/12/e39393

Proposer des soins de plaies modernes et adaptés dans des environnements à faibles ressources

Auteurs : Hubert Vuagnat[1,2], Michele Murdoch[3,4], L. Claire Fuller[3,5], Jannine Ebenso[6], Rie Yotsu[7,8,9], Liesbeth Mieras[10]

Affiliations :

[1]Alliance mondiale pour les soins de plaies et du lymphœdème ; [2]Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse ; [3]International Foundation for Dermatology, [4]Dept. of Dermatology, West Herts Teaching Hospitals NHS Trust, UK ; [5]Dept. of Dermatology, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, UK ; [6]The Leprosy Mission International ; [7]Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, USA, [8]École de médecine tropicale et d'études en santé mondiale, Université de Nagasaki, Nagasaki, Japon ; [9]Dépt. de dermatologie, Centre national pour la santé mondiale et la médecine, Tokyo, Japon ; [10]NLR International

Les difficultés liées à la prestation de soins des plaies dans des environnements à faibles ressources comprennent le diagnostic inadéquat, la connaissance insuffisante du processus de cicatrisation des plaies, les délais importants de cicatrisation, l'infection, la cicatrisation accompagnée d'un handicap et, en conséquence, l'altération de la qualité de vie du patient souvent associée à la stigmatisation.

La présentation comprendra des informations sur les ressources des cours « Enseigner aux enseignants » de l'Alliance mondiale pour les soins de plaies et du lymphœdème (WAWLC). Ils s'appuient sur six principes de base et une liste pour les kits de base de soins des plaies. Des ressources similaires élaborées par Médecins Sans Frontières ont été déployées à Haïti en collaboration avec un infirmier spécialiste des soins de plaies sur une période de trois mois. L'analyse des dossiers des patients a ensuite montré une réduction globale du délai de cicatrisation des plaies de 35 jours à 19 jours.

La promotion d'une éducation simple aux soins de plaies et la fourniture adéquate de kits de soins de plaies par les gouvernements nationaux des pays où les MTN sont endémiques doivent être prioritaires dans la mise en œuvre du cadre stratégique de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte et la prise en charge intégrées des maladies tropicales négligées à manifestations cutanées.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème), podoconiose, mycétome, tungose, pian.

Intégration de plusieurs maladies et de plusieurs pays

Manuel de formation en ligne intégrée pour les agents de santé sur les MTN à manifestations cutanées : une initiative rentable et inclusive

Auteur : Niraj Parajuli

Affiliation :

Département de dermatologie, Académie nationale des sciences médicales, Hôpital Bir, Katmandou, Népal

Introduction

Les MTN cutanées sont un groupe de maladies tropicales avec manifestation cutanée. Il existe 20 MTN cutanées répertoriées par l'OMS. Cependant, toutes ne sont pas répandues dans tous les pays. Il faut donc établir une liste des priorités et les maladies devant faire l'objet d'un plan de lutte et de prise en charge intégrées doivent être déterminées en conséquence. Le Népal a récemment été déclaré non endémique pour la lèpre avec une prévalence inférieure à 1 pour 10 000, mais la prévalence de la gale et d'autres MTN à manifestations cutanées est inconnue. La section de lutte contre la lèpre a été active uniquement pour la prise en charge de la lèpre. Ces dernières années, elle a intégré dans une certaine mesure la leishmaniose cutanée et la leishmaniose dermique post-kala-azar dans la formation des dermatologues et des médecins. La formation des médecins fait partie intégrante de la lutte et de la prise en charge de la lèpre au Népal. La formation dispensée en matière de lèpre par le gouvernement et certaines organisations ne couvre qu'environ 10 % des médecins agréés chaque année. Cela crée une inégalité entre les médecins de la part du gouvernement. La participation des agents de santé eux-mêmes également dans le diagnostic et parfois le traitement d'autres MTN, notamment les dermatophytes et la gale, crée un problème supplémentaire. Une formation sur chacune de ces maladies n'offrirait pas un rapport coût-efficacité favorable et de plus elle ne serait pas inclusive. Nous devons donc, peut-être, envisager de mettre en place une meilleure plateforme en ligne pour la formation et la mise à jour des connaissances chez les agents de santé impliqués dans les MTN à manifestations cutanées.

Objectif

Élaborer une méthode de formation en ligne inclusive et d'un bon rapport coût-efficacité sur les MTN à manifestations cutanées au Népal et dans le monde.

Méthode

Un coût approximatif des formations pour les agents de santé en matière de lèpre, dans le pays, en 2019, a été pris comme référence. De même, les coûts liés à la publication de manuels ont également été inclus. Le montant a été comparé au coût éventuel du développement d'une plateforme en ligne et de sa maintenance.

Résultats

Plus de 50 000 USD ont été dépensés en formation relative à la lèpre, pour les médecins, cette année-là. Ce montant ne prenait pas en compte la formation des agents de santé, qui représenterait un chiffre similaire. De même, les dépenses pour la conception du manuel de formation et son impression s'élevaient à près de 5 000 USD, sans compter le coût de distribution à chaque centre de santé et sans parler des délais de transport. Mais, la formation annuelle a été fournie à moins de 100 médecins, soit 10 % seulement des médecins selon les chiffres du Conseil médical du Népal (NMC) où environ 1000 médecins sont enregistrés chaque année. Cela signifie que près de 900 médecins (90 %) n'ont pas reçu de formation sur la lèpre parmi les diplômés récents. Cela entraîne une disparité dans l'acquisition

des connaissances et accroît encore la non-inclusion. Le contraste est encore plus marqué si l'on considère les nombreuses maladies qui devraient faire l'objet d'une formation comme dans la plateforme Skin-NTDs. Ainsi, une plateforme de formation en ligne intégrée, plus inclusive, homogène et d'un bon rapport coût-efficacité semble nécessaire. Ces cours peuvent être intégrés dans le cadre de la formation obligatoire en étroite collaboration avec le NMC pour les médecins, dans le cadre de la formation médicale continue et du développement professionnel. Cela aidera plus de médecins à recevoir une formation sans frais supplémentaires. Le coût unique de développement de l'application mobile serait d'environ 15 000 USD et son coût de maintenance annuel d'environ 15 000 USD, ce qui est extrêmement rentable par rapport au nombre de médecins qui seraient formés dans un court laps de temps. Ce serait encore plus efficace si nous pouvions créer une plateforme unique pour une utilisation mondiale avec l'intégration de diverses options linguistiques au sein de l'application mobile.

Remerciements

Bitpoint Nepal pour son support technique.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Coût-efficacité, applications, inclusif, intégration, formation en ligne, maladies de la peau

Approche intégrée de la détection précoce et de la prise en charge efficace des MTN à manifestations cutanées en Côte d'Ivoire avec une mission dermatologique, l'application eSkinHealth et la télédermatologie

Auteurs : Koffi Aubin Yao[3] ; Rie Roselyne Yotsu[4,3,4] ; Bamba Vagamon[5,6]; Aka N'guetta[7]

Affiliations :

[1] Hope Commission International, Abidjan, Côte d'Ivoire
[2] Department of Tropical Medicine, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, USA
[3] École de médecine tropicale et d'études en santé mondiale, Université de Nagasaki, Nagasaki, Japon
[4] Département de dermatologie, Centre national pour la santé mondiale et la médecine, Tokyo, Japon
[5] Département de Dermatologie, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Côte d'Ivoire
[6] Institut Raoul Follereau, Adzopé, Côte d'Ivoire
[7] Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire

Contexte

La prévalence des affections cutanées est extrêmement élevée en Afrique subsaharienne, parmi celles-ci figurent les maladies tropicales négligées à manifestations cutanées (MTN à manifestations cutanées) qui peuvent entraîner des handicaps et des malformations à vie si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées assez tôt. Pour parvenir à une détection et à un traitement précoces de ces affections cutanées, Hope Commission International (HCI) avec le soutien de LRI (Leprosy research Initiative), de l'université de Nagazaki et de l'université de Tulane met en œuvre 3 projets en Côte d'Ivoire :

1. Recherche intégrée pour lutter contre l'ulcère de Buruli et d'autres MTN à manifestations cutanées, dans le district sanitaire d'OUMÉ
2. Approche combinée de la détection précoce et de la prise en charge efficace des MTN à manifestations cutanées à Zouan Hounien, en Côte d'Ivoire, avec une mission dermatologique, l'application de santé eskin et la télédermatologie
3. **Projet MIND-the-SKIN :** Boîte à outils numérique innovante et multifonctionnelle pour les affections cutanées, dans les districts sanitaires de Sinfra et Bouaflé, en Côte d'Ivoire et au-delà.

Dans les quatre districts d'Oumé, Sinfra, Bouaflé et Zouan Hounien, la lèpre et l'ulcère de Buruli sont fortement endémiques.

Objectif

L'objectif des projets est d'élaborer une approche intégrée pour la détection précoce et la prise en charge efficace des MTN à manifestations cutanées (lèpre, ulcère de Buruli, pian et FL) avec des missions dermatologiques couplées à des outils de sensibilisation, de santé mobile et de télédermatologie, en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Les méthodologies des projets comprennent 3 composantes :

- Enquêtes auprès des ménages et des centres de santé
- Observation des soins des plaies dans les centres de santé et dans la communauté grâce à un outil de santé mobile
- Organisation de missions dermatologiques
- Et surveillance des maladies avec des outils de m-santé

La surveillance des maladies comporte deux composantes différentes : 1) enquêtes transversales répétées ; 2) détection active des cas et activité de traitement tout au long de l'année par les agents de santé locaux, avec l'aide d'outils de santé mobile et de la télédermatologie. Nous utilisons l'outil de médecine mobile appelé « eSkinHealthApp », qui a été développé en collaboration avec la société informatique japonaise. Non seulement cette application est utilisée pour la télédermatologie, mais elle permet de télécharger des photos de la peau des patients, dans leurs fichiers individuels, et facilite donc la gestion et le suivi.

Principaux résultats de 2020 à 2021

- ***Une enquête de référence sur*** 423 ménages de 67 villages et missions, 1 médecin, 15 infirmiers et 12 agents de santé communautaires nous ont permis de comprendre les ***facteurs*** qui influencent l'accès aux soins de santé pour l'ulcère de Buruli (UB) et d'autres MTN affectant la peau dans le district sanitaire d'Oumé, en Côte d'Ivoire
- Formation d'agents de santé (infirmiers) : 50 agents de santé formés, dans les 4 districts, au diagnostic et au traitement des maladies de la peau et à l'utilisation de l'application E-skin health.
- Formation de 32 agents de santé communautaires dans 2 districts (Sinfra et Bouaflé)
- Enquêtes répétées à l'aide du questionnaire SUS auprès d'infirmiers en soins de santé primaires formés à l'application E-skin
- Révision régulière de l'application avec Tribolite
- Organisation de 5 missions dermatologiques qui ont permis de diagnostiquer environ 3500 maladies, dont 80 % de maladies cutanées
- Suivi des patients :
    - Collecte hebdomadaire de données sur les soins des plaies chez les patients présentant des plaies dans un centre de santé auxiliaire : 12 patients suivis
    - 1199 autres patients, tous atteints d'affections cutanées, ont été suivis à l'aide de l'application e-skin health : 131 à Oumé ; 353 à Zouan-Hounien ;419 à Sinfra et 296 à Bouaflé.

Conclusions

L'approche combinée utilisant, la formation des infirmiers en soins de santé primaires, l'organisation de missions dermatologiques et l'utilisation d'une application de santé mobile apportent une amélioration significative dans la détection précoce et la prise en charge des maladies de la peau en Côte d'Ivoire.

Remerciements

Leprosy research Initiative ; Effect Hope Canada ; Institut national de la santé (États-Unis) ; Tulane University. NO, États-Unis ; Centre national pour la santé mondiale et la médecine, Tokyo, Japon.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème et hydrocèle), gale, pian et maladies fongiques

Séance 3 : Outils de formation – Autre résumé

Une étude exploratoire sur l'enseignement des MTN parmi les jeunes enseignants de médecine et des départements connexes d'une faculté de médecine dans l'Uttarakhand en Inde

Auteurs : Sanjev Dave, Sneha Mittal, Mashroof H Khan, Priti Shalini Sharma

Affiliations :

Tous les auteurs appartiennent au :
Département de médecine communautaire de l'Institut gouvernemental des sciences médicales et de la recherche Soban Singh Jeena, Almora, Uttarakhand (Inde)-263601

Introduction :

Il existe de nombreux moyens de se former sur les maladies tropicales à travers le monde, par exemple au cours de diplômes de médecine interne, de médecine communautaire et de santé publique. Mais la place laissée aux maladies tropicales négligées reste insuffisante dans ces cursus. Il est donc urgent d'explorer les connaissances, l'attitude et les pratiques des jeunes enseignants de médecine et des départements connexes.

Méthodes :

10 jeunes enseignants (2 professeurs, 1 chef de clinique, 4 chefs de clinique assistants, 3 internes) de médecine et départements connexes de la faculté de médecine de l'Uttarakhand en Inde ont été soumis à un questionnaire en ligne sur leurs connaissances, leur attitude et leur pratique sur l'apprentissage des MTN après leur diplôme, au mois de janvier 2023, pendant 15 jours (du 1er au 15).

Résultats :

Les professeurs (20 %) et les internes (30 %) ont consulté des cours sur les MTN sur la plate-forme **Open WHO**, les chefs de clinique ont utilisé **Coursera** (50 %) et personne (100 %) ne connaissait l'existence de cours sur les MTN dispensés par Leprosy Mission India. Personne n'était au courant du programme mondial de lutte contre les MTN du CDC.

Discussion et conclusion :

Notre étude révèle la nécessité d'une action urgente sous la forme de programmes de formation spécifiques, de conférences, de formation médicale continue et de formations certifiantes par le gouvernement de l'Inde et de l'Uttarakhand pour sensibiliser les professeurs, jeunes ou plus anciens, à la prise en charge des MTN.

Remerciements

Les auteurs remercient le président du comité d'éthique et le directeur d'avoir permis l'étude.

MTN à manifestations cutanées ou intégration – Mots-clés

Mots-clés : MTN, PAC, Uttarakhand, formation ouverte

Séance 4 : Surveillance et cartographie intégrées – Présentations

Mardi 28 mars 2023 Président : Ghislain Sopoh		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
14:00 – 14:20	**Présentation d'ouverture** : Importance de la surveillance et de la cartographie – connaissances/expérience actuelle(s) et lacunes	Michael Marks
14:20 – 14:35	Enquête sur l'endémicité du pian dans 47 pays de la Région africaine de l'OMS en 2022 − Résultats	Yves Barogui
14:35 – 14:50	Prévalence des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée et des infections fongiques superficielles dans deux écoles périurbaines et une communauté rurale du Togo	Michael Head
14:50 – 15:05	Prévalence nationale et facteurs de risque de la tungose chez les enfants scolarisés au Kenya : résultats d'une enquête transversale multi-comtés	Lynne Elson
15:05 – 15:20	Surveillance et traitement de la tungose, de la podoconiose et de la gale dans le nord-est de l'Ouganda	Marlene Thielecke
15:20 – 15:40	**Discussions**	**Tous**
15:40 – 15:55	Evaluation du pian dans 24 districts sanitaires de Côte d'Ivoire	Aboa Paul Koffi
15:55 – 16:10	Méthodes intégrées de cartographie des maladies cutanées négligées − Expérience au Malawi	Cristina Galvan Casas
16:10 – 16:25	Cartographie de la charge de la gale dans une communauté aborigène reculée du Territoire du Nord, dans le contexte d'un programme de traitement par administration de masse de médicaments	Victoria Cox
16:25 – 16:40	Mise en place d'un système de surveillance communautaire et intégré des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Cameroun	Earnest Tabah
16:40 – 17:00	**Discussions**	**Tous**

Enquête sur le pian dans la Région africaine (2022)

Auteurs : Yves Thierry Barogui, Yetema Noemie Nikiema Nidjergou, Kingsley Bampoe Asiedu

Affiliations :

Maladies tropicales et à transmission vectorielle, Bureau régional de l' Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
Département de Lutte contre les MTN, Organisation mondiale de la Santé, Siège

Contexte

La résolution WHA66.12 de l'Assemblée mondiale de la Santé, le cadre intégré pour la lutte, l'élimination et l'éradication des maladies tropicales et à transmission vectorielle dans la Région africaine 2022-2030 ainsi que la feuille de route mondiale 2021-2030 pour les maladies tropicales négligées (MTN) ont ciblé l'éradication du pian.

Dans la Région africaine de l'OMS, le pian est mal connu et sa situation épidémiologique actuelle est la suivante :

- la maladie est endémique dans neuf (9) pays ;
- vingt-six (26) pays étaient auparavant des pays d'endémicité, mais leur statut actuel est inconnu ;
- douze (12) pays n'ont pas d'antécédents de pian.

Cette enquête a été menée en 2022 pour aider la Région africaine à mettre en œuvre une stratégie d'éradication du pian, en vue d'atteindre les cibles fixées à l'horizon 2030.

Méthode

Entre février et août 2022, nous avons envoyé un questionnaire normalisé aux 47 États Membres afin de recueillir des informations sur la situation épidémiologique, la surveillance, ainsi que la capacité des pays à diagnostiquer et à prendre en charge les cas de pian. Les réponses reçues ont été analysées en conséquence.

Résultats

Au total, 74,5 % (35 sur 47) des pays ont répondu à cette enquête comme suit :

- la maladie est actuellement endémique dans 9 pays ;
- 19 pays étaient auparavant des pays d'endémicité, mais leur statut actuel est inconnu ;
- 7 pays n'ont pas d'antécédents de pian.

Les principales conclusions sont les suivantes :

- 5 pays sur 7 sans antécédents et qui ont participé à l'enquête n'ont pas signalé de cas depuis 1950 ;
- la surveillance du pian n'est intégrée que dans 12 pays sur 35 (34 %) : les 9 pays d'endémicité confirmée et 3 pays d'endémicité passée ;
- la moitié des pays (19 sur 35) ayant participé à l'enquête ont mentionné le manque d'experts ou d'institutions travaillant sur le pian ;
- malgré la disponibilité de lignes directrices de l'OMS, la plupart des pays (63 %) ne disposent pas de directives techniques nationales sur le pian ;
- des tests de diagnostic sont disponibles dans 7 pays d'endémicité sur 9 ;

- au moins un des deux médicaments pour traiter le pian est inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels dans tous les pays.

Prochaines étapes

En vue d'accélérer les efforts d'éradication du pian :

- il convient que les pays d'endémicité renforcent la surveillance en mettant en œuvre la stratégie de Morges ;
- il convient que les pays d'endémicité passée fournissent des données probantes exhaustives pour appuyer l'interruption de la transmission ou planifier une évaluation ;
- les pays sans antécédents devraient préparer un dossier complet pour certifier la situation de pian non endémique.

Tous les pays sont encouragés à renforcer la surveillance du pian et à intégrer le pian au plan directeur de lutte contre les MTN. Il convient que les pays organisent une enquête sur le pian aux niveaux national et infranational pour promouvoir et mener le processus ascendant d'éradication du pian.

Remerciements

Tous les partenaires soutenant la stratégie d'éradication du pian et le cadre relatif aux MTN à manifestation cutanée

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Pian, maladie tropicale négligée à manifestation cutanée, enquête, éradication, intégration, Région africaine

Prévalence des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée et des infections fongiques superficielles dans deux écoles périurbaines et une communauté rurale du Togo

Auteurs : Bayaki Saka, Panawé Kassang, Piham Gnossike, Michael G. Head, Abla Séfako Akakpo, Julienne Noude Teclessou, Yvette Moise Elegbede, Abas Mouhari-Toure, Garba Mahamadou, Kokoé Tevi, Kafouyema Katsou, Koussake Kombaté, Stephen L. Walker, Palokinam Pitché

Affiliations :

Service de dermatologie, CHU de Lomé, Lomé, Togo
Clinical Informatics Research Unit, Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton, Royaume-Uni
Service dermatologie, CHU de Kara, Kara, Togo
Faculty of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN) à manifestation cutanée sont endémiques et sous-diagnostiquées dans de nombreuses communautés à faible revenu. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des MTN à manifestation cutanée et des infections fongiques dans deux écoles primaires et une communauté rurale du Togo.

Méthode

L'étude transversale s'est déroulée entre juin et octobre 2021. Les deux écoles primaires sont situées à la périphérie de Lomé, la capitale. Le milieu communautaire est celui de Ndjéi, dans le nord-est du Togo. Les sites d'étude ont été sélectionnés à dessein. Les dermatologues ont examiné la peau des participants à l'étude. Le diagnostic des MTN à manifestation cutanée a été posé cliniquement.

Résultats

Au total, 1401 personnes ont été examinées : 954 (68,1 %) personnes de la communauté Ndjéi et 447 (31,9 %) enfants dans les écoles. Des infections cutanées ont été diagnostiquées chez 438 (31,3 %) participants, dont 355 (81 %) en milieu communautaire. On a observé 105 MTN à manifestation cutanée (7,5 %). En milieu scolaire, 20 personnes étaient atteintes de MTN (4,5 % des 447 participants). En milieu communautaire, 85 personnes étaient atteintes de MTN (8,9 %), parmi 954 participants. Dans tous les contextes, 68/1020 (6,7 %) MTN concernaient des enfants et 37/381 (9,7 %) des adultes. En outre, 333 mycoses ont été observées (prévalence de 23,8 %). Les principales MTN à manifestation cutanée diagnostiquées étaient la gale (n = 86 ; 6,1 %) et le pian (suspicion) (n = 16 ; 1,1 %). La prévalence de la gale était de 4,3 % dans les écoles et de 7,0 % dans la communauté rurale. Un cas de lèpre a été diagnostiqué dans chaque école et au sein de la communauté rurale, et un cas suspect d'ulcère de Buruli dans la communauté. En milieu scolaire, 5 (6 %) enfants atteints de MTN à manifestation cutanée ont déclaré avoir subi une stigmatisation, dont 4 ont refusé d'aller à l'école en raison de leur dermatose. À Ndjéi, 44 (4,6 %) personnes ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et 41 (93,2 %) d'entre elles ont manqué au moins une journée d'école ou de travail.

Conclusion

Cette étude montre que la charge de la gale et des infections cutanées, telles que les mycoses superficielles, est élevée dans les milieux scolaires et communautaires ruraux au Togo, et qu'elle s'accompagne d'une stigmatisation. L'amélioration de la promotion de la santé et de l'éducation sanitaire

dans les milieux institutionnels et communautaires peut réduire la stigmatisation et encourager le signalement précoce des cas d'infection cutanée à un établissement de santé.

Remerciements

Le projet a reçu une subvention de développement d'activité de l'Université de Southampton. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du manuscrit.

Article - https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0010697

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Togo, Afrique, maladie tropicale négligée à manifestation cutanée, gale, pian, ulcère de Buruli, lèpre, fongique, mycoses, dermatomycose

Prévalence nationale et facteurs de risque de la tungose chez les enfants scolarisés au Kenya : résultats d'une enquête transversale multi-comtés

Auteurs : Lynne Elson[1,2], Peter Macharia[3], Christopher Kamau[4], Sammy Koech[5], Christopher Muthama[6], Moses Obiero[7], Erastus Sinoti[8], Jacob Kapombe[9], Eliud Mburu[10], Miriam Wakio[11], Jimmy Lore[12], Marta Maia[1,2], Benedict Orindi[1], Phillip Bejon[1,2], Ulrike Fillinger[13]

Affiliations :

[1] KEMRI-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya ; [2] Nuffield Department of Medicine, University of Oxford ; [3] Lancaster Medical School, Lancaster University, Lancaster, Royaume-Uni ; Département de la santé à [4] Muranga, [5] Kericho, [6] Makueni, [7] Nakuru, [8] Samburu, [9] Kilifi, [10] Kajiado, [11] Taita Taveta, [12] Turkana ; [13] International Centre of Insect Physiology and Ecology (icipe), Kenya.

La tungose est une maladie tropicale de la peau, très négligée et causée par la puce chique *Tunga penetrans*, dont la femelle pénètre dans la peau, principalement des pieds. On sait que la maladie est présente dans les zones tropicales des Amériques et de l'Afrique subsaharienne, mais il n'existe pas de données sur la charge de morbidité nationale. Cet article décrit la toute première enquête, représentative à l'échelle nationale, sur la tungose et vise à déterminer la prévalence nationale, la répartition et les facteurs de risque de la maladie au Kenya.

Neuf comtés ont été sélectionnés afin de couvrir les principales zones climatiques et cultures du Kenya. Un échantillonnage aléatoire stratifié a été effectué pour sélectionner 22 écoles primaires à partir de listes existantes dans chaque comté, puis sélectionner jusqu'à 114 élèves âgés de 8 à 14 ans dans chaque école. Tous les élèves ont été examinés afin de rechercher une tungose et les puces incrustées ont été dénombrées. Les enquêtes ont été menées entre mai 2021 et novembre 2022. Un sous-échantillon d'élèves a été interrogé pour les facteurs de risque à l'aide de questionnaires structurés. Des modèles mixtes linéaires généralisés ont été utilisés pour évaluer les associations entre les variables liées au statut de la maladie et aux facteurs de risque.

Au total, 21 246 élèves ont été examinés. La prévalence globale de la tungose était de 1,0 % (IC à 95 % variant entre les comtés de 0,08 à 1,99 %). Sur les 194 écoles étudiées, 34 % comptaient au moins un élève infecté, la prévalence scolaire variant entre 0 % et 25 %. Seulement 7,7 % des écoles avaient une prévalence supérieure à 5 %, ce qui illustre la grande hétérogénéité de la répartition. Parmi les élèves infectés, 27 % avaient plus de 10 puces, une classification recommandée pour la forme grave de la maladie. L'infection était associée au sexe masculin (AOR 2,33 ; IC à 95 % : 1,71-3,16), à l'âge (AOR 0,78 ; IC à 95 % : 0,72-0,85), aux écoles publiques (AOR 7,22 ; IC à 95 % : 1,14-45,7) et à une autre maladie de la peau (AOR 3,06 ; IC à 95 % : 1,95-4,82). Parmi les 605 élèves interrogés, le risque de tungose était associé négativement au statut socio-économique (AOR 0,10 ; IC à 95 % : 0,04-0,28) et au fait de ne jamais utiliser de savon pour se laver les pieds (AOR 6,83 ; IC à 95 % : 1,35-34,6).

Cette étude a montré que la tungose est largement répandue au Kenya et suggère que les interventions devraient se concentrer sur l'atténuation de la pauvreté et l'utilisation quotidienne de savon pour le lavage des pieds.

Remerciements

Wellcome Trust, Royaume-Uni (numéro de subvention 213724/Z/18/Z)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose

Surveillance et traitement de la tungose, de la podoconiose et de la gale dans le nord-est de l'Ouganda

Auteurs : Marlon E. Thielen[1*], Hannah Clabby[2,3], Henry Mwebaza[1], Rebecca A. Ali[3], Felix Reichert[5], Christel Ahrens[6], George Mukose[3], Hermann Feldmeier[7]

Affiliations :
[1] School of Veterinary Medicine and Animal Resources, College of Veterinary Medicine, Animal Resources and Biosecurity, Makerere University, Kampala, Ouganda
[2] Innovations for Tropical Diseases Elimination (IFOTRODE), Jinja, Ouganda
[4] Edinburgh Medical School: Biomedical Sciences, The University of Edinburgh, Royaume-Uni
[5] Department of Infectious Disease Epidemiology, Robert Koch Institute, Berlin, Allemagne
[6] Podo e.V. Réseau pour les personnes atteintes de podoconiose en Éthiopie, Südheide, Allemagne
[7] Institute of Microbiology and Infection Immunology, Charité University Medicine, Berlin, Allemagne

Le district de Napak, au nord-est de l'Ouganda, est caractérisé par de très mauvaises conditions de vie facilitant la propagation de la tungose et de la gale, ainsi que des facteurs géochimiques prédisposant à la podoconiose. Dans cette étude, nous avons cherché à évaluer la prévalence des maladies de la peau et à mettre en œuvre des stratégies de lutte intégrées dans 17 villages du district de Napak.

Notre étude d'intervention a consisté à détecter les cas de maladies de la peau en population, à mettre en place le traitement et la promotion de la santé. Tous les patients diagnostiqués avec une tungose, une gale, une podoconiose ou une combinaison de ces maladies ont été suivis tous les trois mois, entre février 2021 et décembre 2022. Les cas de tungose ont été traités avec une application topique d'une formule de diméticone à faible viscosité (NYDA®). La gale a été traitée deux fois avec de l'ivermectine par voie orale ou une émulsion de benzoate de benzyle, en fonction du poids. Le traitement de la podoconiose comprenait le lavage quotidien des pieds avec du savon, le bain des pieds dans une eau salée et la distribution de chaussures fabriquées par un technicien orthopédique et adaptées spécifiquement aux pieds de chaque patient. La promotion de la santé s'est axée sur le lavage régulier des pieds, le balayage des planchers de maison et le recouvrement de ces derniers avec un mélange de terre et de bouse de vache. Le port régulier de chaussures a été encouragé. Il a été conseillé aux communautés de laver l'ensemble de leurs vêtements et leur literie et de les mettre sous la lumière directe du soleil pendant au moins six heures pour tuer les acariens.

Au départ, 4035 personnes ont été examinées pour rechercher des affections cutanées pathologiques. La tungose a été détectée chez 62,8 % (n = 2534) et la gale chez 40,3 % de la population (n = 1625). Quarante-neuf pour cent (n = 1239) des personnes étaient atteintes simultanément de la tungose et de la gale. Au total, 69 cas de podoconiose ont été identifiés, dont 71 % présentaient également une tungose. Après 22 mois de suivi, la prévalence de la tungose est tombée à 5,7 % et aucun cas de gale n'a été détecté. Chez les patients atteints de podoconiose, la circonférence des jambes et les symptômes tels que les sensations de brûlure, les démangeaisons et la douleur avaient considérablement diminué.

La tungose, la gale et la podoconiose ont été identifiées comme des risques majeurs pour la santé dans le district de Napak. Elles peuvent faire l'objet d'un diagnostic clinique et d'un traitement avec des mesures simples. La prévalence de la tungose et de la gale ainsi que la morbidité de la podoconiose ont diminué

de manière notable avec le traitement et les mesures d'hygiène. La fréquence élevée des comorbidités peut s'expliquer par des facteurs de risque communs, tels que la pauvreté et une mauvaise hygiène corporelle.

Les stratégies de lutte contre les MTN à manifestation cutanée dans les milieux pauvres en ressources devraient viser toutes les maladies cutanées infectieuses et non infectieuses afin d'accroître le rapport coût-efficacité.

Remerciements

Nous remercions les communautés des 17 villages qui ont participé à l'étude, ainsi qu'IFOTRODE (Innovations for Tropical Diseases Elimination) qui a coordonné les activités du projet en Ouganda. L'étude a été financée par Else Kröner-Fresenius-Stiftung (EKFS) et German Doctors.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose, gale, podoconiose

Approche intégrée de lutte contre les maladies tropicales négligées cutanée : Etude pilote en Côte d'Ivoire

Authors: Paul A Koffi, Didier Y Koffi, Elysée G Agodio, Théodore A Yao, A. Amari, Chantal M Tra, M.H Zahiri, M. Assie, Mamadou Kaloga

Affiliations :

Programme National de Lutte contre l'ulcère de Buruli, Côte d'Ivoire
Programme National D'élimination de la Lèpre

Introduction

L'approche de lutte intégrée est la stratégie préconisée par la Côte d'Ivoire pour lutter efficacement et de façon efficiente contre les Maladies Tropicales Négligées à manifestation (MTN) cutanée que sont la lèpre, le pian et l'ulcère de Buruli. La mise en œuvre de cette approche recommandée par l'OMS a débuté par une étude de faisabilité dans trois districts sanitaires Cette étude a fait une analyse SWOT avant de conclure à la faisabilité de l'approche intégrée en Côte d'Ivoire. La problématique de son déploiement à l'échelle et à l'ensemble des interventions de lutte s'est dès lors posée. La Côte d'Ivoire a donc mise en œuvre une phase pilote afin de définir les aspects de l'approche intégrée.

Méthodes

Le projet pilote de lutte intégrée contre les MTN cutanée s'est déroulée de 2019 jusqu'à 2022 et a ciblé 60 villages de 44 aires sanitaires les plus endémiques dans six districts sanitaires de la Côte d'Ivoire choisis sur la base de la co-endémicité aux trois maladies. La population ciblée directement était de 310388 personnes

Trois composantes relatives à (i) la sensibilisation et la détection précoce (ii) à la prise en charge de qualité et (iii) au suivi, la coordination et à l'évaluation ont été déclinées en activités. Les ressources humaines du niveau central, des districts sanitaires et des établissements sanitaires de premiers contacts ont été mobilisées. Les autorités administratives et les leaders communautaires y compris les praticiens de la médecine traditionnelle ont été mobilisés pour leur meilleure implication et appropriation de la lutte intégrée. La logistique nécessaire aux interventions a été acquise. Le plateau technique des structures sanitaires a été renforcé en vue d'assurer une prise en charge globale aux tous les cas y compris les cas compliqués dans les centres de références. Les outils standardisés de l'OMS ont permis la collecte et l'analyse des données.

Résultats

Des séances de sensibilisation intégrée couplée à des animations communautaires intégrées et des visites à domicile dans les ménages des villages ciblés ont permis de toucher 216 740 personnes pour toutes les MTN cutanées, de mobiliser 60 groupements de femme et d'atteindre 270 ménages. 04 campagnes de dépistage actif intégrée mobilisant des ressources humaines pluridisciplinaires ont permis de dépister à la fois des cas d'UB, de lèpre, gale et pian ainsi que d'autres dermatoses dans les mêmes localités. Cela a contribué à la prise en charge de proximité de 228 cas compliqués de l'Ulcère de Buruli, 320 cas de lèpre et à la confirmation sérologique de 125 cas de pian.

Conclusions

Cette étude pilote a permis d'évaluer le modèle de base de la durabilité de l'intégration par le renforcement des capacités, la mobilisation et l'implication d'acteurs communs multidisciplinaires pour sa mise en œuvre. La prochaine étape consistera à l'intégration de toutes les interventions de lutte et à sa mise à l'échelle nationale.

Remerciements

Fondation Anesvad,

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Pian, MTN à manifestation cutanée, endémicité, Côte d'Ivoire

Méthodes intégrées de cartographie des maladies cutanées négligées au Malawi

Auteurs : Cristina Galván Casas[1,2], Laston Sitima[3], Texon Phiri[2,4], Brian O'dhiambo[2]

Affiliations :

[1] Fundación Lucha contra las infecciones, Espagne
[2] DerMalawi Project, Malawi
[3] Ministère de la santé, Malawi
[4] Alinafe Community Hospital, Malawi

Introduction

La charge mondiale des maladies cutanées est élevée. Ces maladies coexistent dans les mêmes groupes de population, peuvent être évitées ou leurs séquelles atténuées par la prévention ou un diagnostic précoce. Beaucoup nécessitent le même traitement.

L'examen cutané permet d'identifier plusieurs affections en une seule visite.

Les activités communautaires de détection active des cas et de traitement représentent une tâche ardue et consommatrice de ressources.

Il est donc nécessaire de disposer d'une approche intégrée pour la formation, la cartographie, l'évaluation, la prévention, la lutte contre la stigmatisation, le traitement et la surveillance.

Le projet DerMalawi est guidé par une approche d'intégration.

Méthodes

Sur la base des activités des cliniques de dermatologie et de télédermatologie, nous avons identifié des besoins qui suggèrent une stratégie de lutte intégrée.

À la demande des autorités sanitaires locales et en étroite collaboration avec ces dernières, le dépistage de masse et l'administration de masse de médicaments contre la gale ont été organisés.

Cette intervention a également permis d'aborder d'autres besoins détectés : la lèpre, les ulcères cutanés et les tumeurs malignes dans la population atteinte d'albinisme.

Une zone de 30 000 habitants a été sélectionnée. Les 14 écoles de la zone ont été visitées et, par la suite, les 94 villages liés à chaque école.

- Les cas de gale et les contacts ont été enregistrés et traités avec les soins de référence.
- Des échantillons destinés à l'analyse moléculaire 16 S des ulcères ont été prélevés (écouvillonnage).
- Chaque cas suspect de lèpre a été enregistré et orienté vers une clinique.
- Les tumeurs malignes et pré-malignes des sujets atteints de xeroderma pigmentosum et d'albinisme ont fait l'objet d'une orientation vers une clinique.

Résultats

La prévalence de la gale est passée de 17,2 % à 2,4 %. La couverture était de 50 %.

59 résultats d'écouvillonnage (ulcères) ont intégré une étude en cours sur l'agent étiologique des ulcères cutanés en Afrique.

9 nouveaux cas de lèpre ont été diagnostiqués, la recherche des contacts a commencé et une sensibilisation a vu le jour, incitant les patients à se rendre dans les cliniques.

31 tumeurs malignes, issues de sujets atteints d'albinisme, ont été traitées.

Discussion

Les chiffres officiels de prévalence sont très différents des chiffres réels ; les mesures à prendre dépendent de ces chiffres.

Le dépistage de masse et l'administration de masse de médicaments consistent à prendre en charge l'ensemble de la population d'une zone géographique, quels que soient les symptômes. Des soins de référence sont offerts à tous les cas et aux contacts disponibles. Les objectifs sont les suivants :

- connaître la prévalence réelle ;
- atteindre les cas et les contacts qui ne consultent pas ;
- réduire le réservoir de parasites dans la population, en limitant la transmission.

Les principales difficultés étaient les suivantes :

- La couverture : la vie à la maison est peu courante et l'absentéisme scolaire est notable. Il est difficile pour les cas de venir pour la seconde dose ou d'accepter d'être examinés lors des tournées suivantes, une fois qu'ils se sentent mieux.
- Le sentiment de violation de la vie privée rend difficile l'examen dermatologique complet et la vérification de l'application de la crème.
- Le dépistage et le traitement sur le terrain demandent énormément d'efforts : temps, ressources humaines, fatigue et conditions de travail difficiles.

Conclusions

1. La prévalence de la gale est un problème public majeur dans la région.
2. Des activités en population sont nécessaires pour pouvoir se rapprocher et diagnostiquer les cas de lèpre et les tumeurs malignes des sujets atteints d'albinisme.
3. Davantage d'études sont nécessaires pour analyser les agents étiologiques des ulcères tropicaux en Afrique.
4. Les équipes doivent être composées de cliniciens et de cliniciennes.
5. Les parties prenantes doivent encourager l'accès au diagnostic et au traitement des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée.
6. Il faut profiter de l'examen cutané pour aborder les affections prévalentes au cours du même acte, et promouvoir les ressources de formation.

Remerciements

Ce programme a reçu l'appui financier des organismes suivants :
- Fondation FCSAI, Ministère espagnol de la santé
- Académie espagnole de dermatologie
- Fundación Piel Sana
- Colegio de Médicos de Madrid, Espagne
- Fundación Mutua Madrileña
- Ayuntamiento e Instituto de educación secundaria de Villanueva de la Cañada, Madrid, Espagne
- Nous remercions la MCSPA (Missionary Community of Saint Paul the Apostle) d'avoir fourni un hébergement et un soutien au projet DerMalawi.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Maladie tropicale négligée à manifestation cutanée, intégration, gale, lèpre, ulcères, tumeurs malignes chez les personnes atteintes d'albinisme

Cartographie de la charge de la gale dans une communauté aborigène reculée du Territoire du Nord, dans le contexte d'un programme de traitement par administration de masse de médicaments

Auteurs : Victoria RV Cox[1,2,3], Catherine Fowler[4], Charlotte LM Cox[5], Alexander Matthews[6], Tayler Cosentino[4], Kurt Brown[6], Valda Bokmarkarry[6], Jayden Stewart[6], Jessie Stewart[6], Michelle Dowden[3], Austen Anderson[8], Crystal N Williams[2], Daniel Engelman[9], Jennifer P Yan[1,10], Anna Ralph[1,11], Bart J Currie[1,11], Joshua R Francis[1,10]

Affiliations :

[1] Global and Tropical Health Division, Menzies School of Health Research, Darwin, NT, Australie
[2] Department of Dermatology, Royal Melbourne Hospital, Melbourne, VIC, Australie
[3] One Disease, Darwin, NT, Australie
[4] Royal Darwin Hospital, Darwin, NT, Australie
[5] Queensland Institute of Dermatology, Brisbane, QLD, Australie
[6] Flinders Medical Centre, Adélaïde, Australie-Méridionale, Australie
[7] Mala'la Health Service, Maningrida, NT, Australie
[8] Department of Dermatology, Royal Perth Hospital, Perth, WA, Australie
[9] Tropical Diseases Research Group, Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, VIC, Australie
[10] Department of Paediatrics, Royal Darwin Hospital, Darwin, NT, Australie
[11] Department of Infectious Diseases, Royal Darwin Hospital, Darwin, NT, Australie

Contexte

On estime que la gale touche 455 millions de personnes dans le monde. Elle représente l'une des 20 maladies tropicales négligées reconnues par l'Organisation mondiale de la Santé. L'infestation parasitaire par les acariens est hyperendémique dans les régions à faibles ressources et la charge de morbidité en Australie septentrionale serait parmi les plus élevées au monde. Cependant, peu d'évaluations récentes de la prévalence ont été menées en Australie septentrionale et on ignore si les évaluations historiques sont encore représentatives de la charge de morbidité. En outre, il est difficile de plaider en faveur de l'allocation de fonds et de ressources gouvernementaux sans informations précises sur cette charge.

Méthodes

Une conception d'étude transversale et observationnelle a consisté à pratiquer un examen cutané simplifié pour tous les résidents consentants d'une communauté aborigène reculée d'Australie septentrionale, afin de déterminer la prévalence de la gale et des affections cutanées courantes. L'évaluation ciblée s'est concentrée sur l'identification des lésions cutanées sur les zones exposées de la tête, du cou, des bras et des jambes (et du tronc chez les jeunes enfants). Trois lésions cutanées typiques ou plus, dans le cadre d'une répartition corporelle caractéristique, indiquaient un diagnostic positif de gale. La prévalence ponctuelle avec des intervalles de confiance à 95 % (loi binomiale) a été calculée pour la gale, l'impétigo, la dermatomycose/maladie fongique, le pityriasis versicolor, les furoncles, la cellulite et la gale croûtée. Une régression logistique a été utilisée pour calculer un odds ratio ajusté afin de déterminer si la présence d'une maladie de la peau était associée à des facteurs sociodémographiques.

Résultats

1306 examens cutanés simplifiés ont été effectués dans une communauté aborigène reculée pendant l'événement Healthy Skin Week, du 14 au 18 novembre 2022. La prévalence ponctuelle de la gale était

de 25,25 % (330 personnes touchées) et la prévalence de l'impétigo était de 7,1 % (93 cas). Aucun cas de gale croûteuse n'a été identifié au cours de la période d'étude.

Conclusion

La gale est endémique dans les communautés autochtones d'Australie septentrionale. Il s'agissait de la première évaluation de prévalence effectuée dans le Territoire du Nord depuis plus d'une décennie et du premier programme de traitement par administration de masse de médicaments mené en tant qu'intervention de santé locale par un service médical aborigène, et non en tant qu'essai clinique. Il s'agit d'une étape importante vers la prise en compte de stratégies de cartographie rapides et efficaces pour estimer la charge de la gale et des affections cutanées courantes ; cette action est cruciale pour concevoir une réponse de santé publique à la charge élevée de la maladie en Australie septentrionale.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements aux agents de santé locaux du service médical aborigène pour leur soutien et leur autorité culturelle dans le cadre de ce projet de recherche. Nous remercions spécifiquement Jessica Gatti et le D^{r} Keith Forrest, aux côtés du personnel du service de santé Mala'la. Nous tenons également à souligner le rôle fondamental que les membres de One Disease, en particulier Michelle Dowden et Meg Scolyer, ont joué dans la conceptualisation de ce projet, ainsi que l'élan positif dans la mise en place d'une relation de longue date avec la communauté.

Nous tenons aussi à souligner les efforts des membres de l'équipe de recherche qui ont mené des évaluations sur le terrain et procédé à la saisie de données : Daniel Cordas, Tayler Cosentino, Charlotte Cox, Robert Duguid, Catherine Fowler, Zoe Francis, Alexander Matthews, Nerida Moore et James White.

La D^{re} Victoria Cox est chercheuse à la Menzies School of Health Research et bénéficie d'une subvention de recherche de l'ACE-NTDs (Australian Centre for the Control and Elimination of Neglected Tropical Diseases).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Gale, impétigo, maladies tropicales négligées, Australie septentrionale, prévalence, administration de masse de médicaments, ivermectine

Élaboration d'un système de surveillance communautaire et intégré des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Cameroun

Auteurs : Earnest N. Tabah[1,2,3], Smith N. Afanji[4], Colin CN Tsago[1], Irine N. Nformi[1,2], Francois Fouda[1], Christian Kouayep-Watat[1], Loic Douanla[1], Alphonse U. Boock[4], Patty M. Ngassa[5], Bonaventure Salvadogo[5], Serges Tchatchouang[6], Sarah Eyangoh[6], Kingsley B. Asiedu[7]

Affiliations :

[1]Comité national de lutte contre le pian, la leishmaniose, la lèpre et l'ulcère de Buruli, Ministère de la santé publique, Yaoundé, Cameroun
[2]Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Dschang, Région de l'Ouest, Cameroun
[3]Initiative de recherche pour la santé tropicale et communautaire, Yaoundé, Cameroun
[4]Projet MTN FAIRMED-OCEAC pour la sous-région d'Afrique centrale
[5]Projet MTN OCEAC-KFW pour la sous-région CEMAC
[6]Centre Pasteur du Cameroun
[7]OMS/CSU/Lutte contre les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé, Siège, Genève

Le Cameroun est un pays d'endémicité pour au moins 15 des 20 maladies tropicales négligées (MTN), dont 9 MTN à manifestation cutanée. Bien qu'un programme national de lutte contre les MTN à manifestation cutanée existe depuis 2009, aucun système de surveillance intégré et fonctionnel n'est en place. Grâce à la possibilité de financement fournie par le projet MTN OCEAC-KFW pour la sous-région CEMAC, un système de surveillance intégré et communautaire des MTN à manifestation cutanée a été établi dans 21 districts sanitaires du Cameroun, de 2020 à 2022.

Des outils intégrés d'enregistrement et de notification, du matériel d'information, d'éducation et de communication, ainsi que des modules de formation sur les MTN à manifestation cutanée ont été élaborés. La plateforme nationale DHIS2 du Cameroun a été configurée pour fournir une notification des MTN à manifestation cutanée. La formation des formateurs, suivie d'une formation en cascade du personnel de soins de santé primaires (SSP) ainsi que des volontaires communautaires, a été menée dans les 21 districts sanitaires. La mise en œuvre de la surveillance intégrée des MTN à manifestation cutanée a commencé immédiatement après la formation. Elle incluait les actions suivantes : suspicion de cas dans les communautés et orientation vers les centres de soins de santé primaires par les volontaires communautaires ; examen clinique de ces cas par le personnel de santé qualifié au centre ; collecte d'échantillons pour les cas nécessitant une confirmation en laboratoire et transmission au laboratoire de référence du Centre Pasteur du Cameroun par la voie du Bureau du programme national. Les cas confirmés de MTN à manifestation cutanée ont été correctement documentés au centre de soins de santé primaires et traités conformément aux directives nationales. Les cas documentés ont été notifiés via la plateforme DHIS2. Les activités de surveillance ont été gérées et supervisées par une équipe d'agents de suivi et d'évaluation aux niveaux national et régional. La surveillance systématique a été renforcée par une recherche active et intégrée des cas, une fois dans chacun des 21 districts sanitaires.

Résultats : une affiche intégrée, un guide de poche pour reconnaître les MTN à manifestation cutanée, un registre communautaire et un formulaire de notification/d'orientation ont été élaborés pour les volontaires communautaires. Un registre intégré des MTN à manifestation cutanée, des formulaires et une collection de photographies ont été élaborés pour l'échelon Centre de soins de santé primaires. Le registre intégré a été configuré sur la plateforme DHIS2 aux fins de notification. 358 personnels de SSP et 1740 volontaires communautaires ont été formés. La notification des cas de MTN à manifestation cutanée via la plateforme DHIS2 est passée de 209 en 2020 à 2279 en 2022. Plus de 850 000 personnes ont été

sensibilisées à ces maladies. La recherche active des cas a permis d'examiner 40 790 personnes, dont 4504 (11 %) étaient atteintes de MTN à manifestation cutanée et 6653 (16 %) présentaient des lésions cutanées sans rapport avec ces maladies. Sur les 21 districts sanitaires, 9 (42,9 %) cas ont été nouvellement confirmés pour le pian et 2 (9,5 %) pour l'ulcère de Buruli. La gale représentait 44,5 % des MTN à manifestation cutanée et les mycoses cutanées superficielles 62,3 % des MTN non cutanées détectées.

L'élaboration et la mise en œuvre réussies d'une surveillance communautaire et intégrée des MTN à manifestation cutanée dans 21 districts sanitaires ont renforcé le système de santé dans le domaine des maladies tropicales négligées. Elles ont révélé la charge réelle, non seulement des MTN à manifestation cutanée, mais aussi d'autres affections cutanées qui touchent les districts sanitaires reculés. Il est nécessaire d'étendre cette expérience à d'autres districts sanitaires du pays. La confirmation du pian dans 9 districts ouvre la voie à la mise en œuvre de la stratégie de Morges dans ces nouveaux districts, en vue d'atteindre l'objectif d'éradication du pian au Cameroun.

Nous concluons qu'une lutte intégrée contre les MTN à manifestation cutanée, telle que recommandée par l'OMS, est tout à fait réalisable et devrait être adoptée par tous les pays d'endémicité.

Remerciements

Nous remercions le projet MTN OCEAC-KFW pour la sous-région CEMAC, qui a financé ces travaux.

Nous remercions également l'OMS qui a fourni une assistance technique et des médicaments pour la prise en charge des cas d'ulcère de Buruli, de lèpre et de pian.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Surveillance, Cameroun

Séance 4 : Surveillance et cartographie intégrées – Affiches

La recherche intégrée des cas de maladie de la peau détecte les infections ulcéreuses polymicrobiennes classées comme leishmaniose cutanée, pian et *Haemophilus ducreyi*, au Ghana

Auteurs : Richard Akuffo[1*], Carmen Sanchez[2], Ivy Amanor[1], Jennifer Amedior[1], Naiki Attram[3], Nana Konama Kotey[4], Daniel Boakye[1], Daniel Arhinful[1], Gabriel Jamal Peazang Ibrahim[1], Joseph Armachie[1], Bismark Sarfo[5], Francis Anto[5], Solomon Gyabaah[6], Paa Gyasi Hagan[7], Thomas Azurago[8], Anthony Ablordey[1], Felicia Owusu-Antwi[9], Abate Beshah[10], Yaw Ampem Amoako[6], Richard Odame Phillips[6], Dorothy Yeboah-Manu[1], Michael Wilson[1], Carmen Chicharro[2], Kingsley Asiedu[11], Jose-Antonio Ruiz-Postigo[11], Javier Moreno[2], Mourad Mokni[12]

Affiliations :

[1] Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Accra, Ghana, [2] Centre collaborateur de l'OMS pour la leishmaniose, Instituto de Salud Carlos III, CIBERINFEC, Madrid, Espagne, [3] U.S. Naval Medical Research Unit 3, détachement au Ghana, Accra, Ghana, [4] Programme national de lutte contre le pian, Ghana Health Service, Accra, Ghana, [5] School of Public Health, University of Ghana, Accra, Ghana, [6] Kumasi Centre for Collaborative Research, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana, [7] University of Ghana Medical School, [8] Ghana Health Service, Accra, Ghana, [9] Bureau de pays du Ghana, Organisation mondiale de la Santé, Accra, [10] WHO/AFRO/NTD, [11] Département Lutte contre les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse, [12] Service de dermatologie de l'hôpital La Rabta, Laboratoire de recherche, LR18SP01, Faculté de médecine, Université al-Manar 2, Tunis, Tunisie

Introduction

La leishmaniose cutanée (LC), l'ulcère de Buruli, l'infection à *Haemophilus ducreyi* et le pian sont des ulcères de la peau causés par *Leishmania spp.*, *Mycobacterium ulcerans.*, *H. ducreyi* et *Treponema pallidum* sous-espèce *pertenue*, respectivement.

Méthodes

Une étude transversale communautaire a été menée en décembre 2021 dans la région d'Oti au Ghana pour étudier les causes des ulcères cutanés indéterminés.

Résultats

Au total, 101 échantillons d'ulcères cutanés ont été prélevés auprès de 101 personnes dans 5 communautés de la région. Tous les participants ont été dépistés sur le terrain en tant que cas potentiels de pian, à l'aide des tests de diagnostic rapide (TDR) Syphilis 3.0 et DPP (Dual Path Platform). Les échantillons de chaque participant ont été systématiquement soumis à l'essai pour rechercher *Leishmania spp.*, *Mycobacterium ulcerans*, *Haemophilus ducreyi* et *Treponema pallidum* sous-espèce *pertenue*, grâce à des méthodes moléculaires d'amplification en chaîne par polymérase (PCR). Deux personnes (2 %) ont présenté une suspicion de pian lors du dépistage par TDR sur le terrain. Sur les 101 échantillons testés, 83 (82,2 %), 68 (67,3 %) et 74 (73,3 %) étaient positifs pour *Leishmania spp.*, *Treponema pallidum* sous-espèce *pertenue* et *H. ducreyi*, respectivement. Aucun des échantillons n'était positif pour *Mycobacterium ulcerans*. *Leishmania spp.*, *Treponema pallidum* sous-espèce *pertenue* et *H. ducreyi* ont été détectés simultanément dans 43 (42,6 %) des ulcères.

Discussion/Conclusions

La détection de la présence simple et combinée des agents pathogènes de la LC, du pian ainsi que de *H. ducreyi* a des implications pour la nomenclature des ulcères cutanés et nécessite l'élaboration de lignes directrices complètes pour le diagnostic et le traitement des ulcères tropicaux dans la zone d'étude. Nous proposons un algorithme de traitement syndromique pour la validation dans les zones d'étude.

Remerciements

Cette étude est le fruit d'une collaboration entre le personnel du Noguchi Memorial Institute for Medical Research, de l'University of Ghana (UG-NMIMR), de l'Instituto de Salud Carlos III (Espagne), de l'Organisation mondiale de la Santé, de Ghana Health Service, de l'University of Ghana Medical School (UGMS), de Kumasi Centre for Collaborative Research (KCCR), de l'U.S Naval Medical Research Unit 3, détachement du Ghana (NAMRU-3) et du Service de dermatologie de l'hôpital La Rabta, laboratoire de recherche, LR18SP01, Faculté de médecine, Université al-Manar 2, Tunis, Tunisie. Cette étude n'a reçu aucun financement externe spécifique. Nous sommes également reconnaissants du soutien et de la coopération des membres des communautés d'étude ainsi que des volontaires des établissements de santé de district locaux.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, pian, *Haemophilus ducreyi*, ulcère de Buruli, région d'Oti, Ghana

Situation de l'élimination de l'onchocercose au Gabon : un regard neuf sur la distribution de cette maladie négligée

Auteurs : Elsa Eyang Assengone, Patrice Makouloutou, Clark Mbou-Boutambe, Felicien Bangueboussa and Larson Boundenga

Affiliations :

Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF, Gabon)
Université de Durham, Département d'Anthropologie (UK)

L'onchocercose est une maladie parasitaire due à un nématode Onchocerca volvulus, transmis à l'homme lors d'un contact itératif avec une simulie infectée. Cette filariose cutanée se manifeste par des très fortes démangeaisons, mais également par une déficience visuelle pouvant aller jusqu'à la cécité d'où son nom de ''cécité des rivières''. A l'heure actuelle, on estime à environ 18 millions le nombre de personnes infectées par cette maladie dont 14,6 millions souffraient d'une atteinte dermique. Cependant, selon l'organisation mondiale de la santé, 99 % des personnes touchées par cette parasitose vivent en Afrique intertropicale, où cette maladie demeure un véritable problème de santé publique.

Ainsi, pour palier à l'impact de cette maladie sur les populations africaines plusieurs programme de lutte et de traitement ont été mis en place et ce sont soldés par des avancées importantes. Toutefois, certains pays n'ont jusqu'alors pas réussi à mettre en place des véritables programmes de lutte contre l'onchocercose. Ce qui est particulièrement le cas des pays où cette maladie coexiste avec la filariose à Loa loa. Cette absence d'une stratégie de lutte basée sur les recommandations de l'OMS pour le traitement de l'onchocercose par l'ivermectine dans certaines zones hypoendémiques coexistantes avec la Loase en Afrique Centrale pourrait constituer un obstacle à l'élimination mondiale de l'onchocercose : cas du Gabon. En effet, la DMM est difficile à mettre en œuvre au Gabon en raison du manque d'informations sur la distribution réelle de la maladie dans le pays.

Des études menées font état des niveaux disparates de transmission dans certains villages du pays. Toutefois, ces études se sont concentrées que sur la même région. Ce qui rend très difficile l'implémentation d'une DMM dans le pays, tant qu'on ne dispose pas des données réelles. Il devient ainsi urgent et crucial de recueillir des données sur la distribution et le niveau d'infection de l'onchocercose au Gabon, afin d'établir une véritable cartographie dans un pays fortement endémique à Loa loa. Ainsi, notre l'objectif dans ce travail était de faire une revue systématique des données disponibles sur l'onchocercose, afin d'avoir un regard nouveau sur la situation actuelle de son incidence. Nos résultats montrent que la distribution de la maladie est hétérogène dans le pays si on considère les départements avec des prévalences qui varient entre 0% et plus de 20%.

Aussi, ils révèlent également que certains villages ayant des niveau d'infection compris entre 10 à 60% pourraient être considéré comme des foyers pour l'onchocercose. En conclusion, nous pensons que l'adhésion du Gabon aux diffèrent programmes d'éradication de l'onchocercose passe par une meilleure connaissance de la bioécologie de la maladie afin que la Gabon ne constitue pas un réservoir de l'onchocercoses pour les pays frontaliers qui fournissent des efforts dans la lutte contre cette parasitose. Ainsi, ce travail contribue à l'effort d'identification des zones à risque dans la perspective de fournir des informations utiles pour la mise en place d'une stratégie de lutte et de traitement de masse visant à éliminer l'onchocercose en tant que problème de santé publique au Gabon.

Remerciements

Nous remercions le CIRMF, les Programme National de Lutte contre le Parasitoses (PNLP) et toutes personnes qui ont participé à l'acquisition et la mise à disposition des données.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Onchocercose, cartographie, prévalence, surveillance, Gabon

Mise à l'essai de l'intégration de la surveillance et de la lutte contre le mycétome au programme éthiopien de lutte contre les maladies tropicales négligées grâce à la surveillance sentinelle et au transfert de connaissances

Auteurs : Ezra Jerome, Megerssa Adeba, Christiana Coyle, Christopher Dickey, Corrinne Joseph Tendo, Angad Kalsi, Kristen Amick, Morgan Roberts, Jaclyn Perhati, Elizabeth Noble, Viveka Jian, Sucheta Waghmare, Epiphany Charles, Fatmata Barrie, Emma Dahill, Ha-Neul Yu

Affiliations :

New York University School of Global and Environmental Public Health; Cornell University

En mai 2016, l'Organisation mondiale de la Santé a ajouté le mycétome à la liste des maladies tropicales négligées (MTN). Le mycétome est une maladie infectieuse chronique, granulomateuse et inflammatoire causée par de vrais champignons (« eumycétome ») ou des bactéries filamenteuses (« actinomycétome »). Le point d'entrée le plus courant de l'agent pathogène est un traumatisme du pied, bien que d'autres parties du corps puissent être infectées. Le mycétome affecte le tissu sous-cutané, formant des gonflements d'aspect tumoral, remplis de petits grains qui contiennent des agrégations de l'agent pathogène. À un stade ultérieur, les agents pathogènes peuvent envahir le tissu osseux, formant des lésions et nécessitant une amputation. Le mycétome implique un taux de morbidité élevé, des conséquences socio-économiques néfastes et une stigmatisation mentale pour les populations touchées, principalement des travailleurs manuels, des agriculteurs et des bergers.

De nombreuses données probantes indiquent l'existence d'organismes à l'origine du mycétome en Éthiopie. Pourtant, en raison de l'absence de mécanismes de notification et de capacités de diagnostic en laboratoire, la charge réelle de la maladie est inconnue. De plus, il n'existe pas de programme structuré de surveillance et de lutte contre le mycétome. Le projet vise à mettre à l'essai une formation concise, dédiée aux agents de santé, afin qu'ils puissent reconnaître et signaler le mycétome, dans le cadre des priorités existantes de l'Éthiopie en matière de santé communautaire.

La Région des nations, nationalités et peuples du Sud (SNNPR) est la région éthiopienne de mise à l'essai pour la formation sur l'identification du mycétome. Les partenaires du Ministère fédéral de la santé et du CRTC-NTDs (Collaborative Research and Training Center for NTDs) de l'Arba Minch University ont désigné des dispensaires et centres de soins primaires comme sites de surveillance sentinelle. En outre, ils ont étudié les systèmes existants d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) utilisés pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée et à déclaration obligatoire, y compris la gale et la filariose lymphatique, aux niveaux communautaire et national. Enfin, ils ont évalué les efforts existants en matière de détection des cas de MTN à manifestation cutanée et de sensibilisation communautaire afin de déterminer la faisabilité de l'intégration des interventions contre le mycétome.

Des définitions de cas ciblées et des boîtes à outils de formation dédiées aux cliniciens et aux agents d'intervention sanitaire ont été élaborées pour les établissements sélectionnés. Les boîtes à outils des agents mettent l'accent sur la collecte des antécédents des patients et des manifestations cliniques, tandis que les boîtes à outils des cliniciens sont axées sur les différences diagnostiques entre les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée, dans le contexte local. Les boîtes à outils seront intégrées aux initiatives existantes jusqu'à ce que le financement soit obtenu.

En tant que programme d'intégration pilote, la collecte de données est essentielle à l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes, susceptibles d'être intégrées aux programmes

d'intervention actuels contre les MTN à manifestation cutanée et en vue de garantir l'adhésion et l'évolutivité. Les boîtes à outils de formation (cliniciens et agents d'intervention communautaire) seront évaluées sous deux angles : l'apprentissage des participants et le transfert de l'apprentissage des participants. L'apprentissage des participants sera évalué au moyen de pré-tests et de post-tests élémentaires, présentés directement avant et immédiatement après les formations afin de mesurer les connaissances existantes des participants et les connaissances acquises grâce à la formation. Le transfert d'apprentissage des participants sera évalué dans les six mois suivant la formation, lorsque les analystes compareront le nombre agrégé d'orientations au nombre de cas diagnostiqués à partir de ces orientations, afin de déterminer la valeur prédictive positive des critères de diagnostic de la boîte à outils appliqués sur le terrain. En fonction de ces résultats, les boîtes à outils seront adaptées pour mieux répondre aux besoins des cliniciens et des agents d'intervention sanitaire ; les résultats de chaque groupe de formation successif façonneront les formations ultérieures de manière itérative. En fin de compte, ces boîtes à outils seront utilisées dans un modèle de formation des formateurs, dans le cadre duquel les cliniciens et les agents d'intervention sanitaire forment des collègues à appliquer des critères diagnostiques, avec pour conséquence une amélioration de la surveillance, de l'identification précoce et de l'orientation des patients atteints de mycétome.

Remerciements

D[r] Ahmed Fahal, Mycetoma Research Center, University of Khartoum; Centers for Disease Control and Prevention : division des maladies mycosiques ; D[r] Wendy van de Sande, Erasmus University, Ministère éthiopien de la santé, Arba Minch University, Arba Minch General Hospital

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

MTN à manifestation cutanée : mycétome, eumycétome (champignon), actinomycétome (bactérie)

Intégration : Éthiopie, SNNPR, programme d'intervention contre les MTN à manifestation cutanée, gale, filariose lymphatique

Étude clinico-épidémiologique rétrospective de la lèpre dans le district de Kolkata (6 derniers mois) : peut-on rêver de l'éradication de la lèpre ?

Auteurs : Sudip Das[1], Shrayan Pal[2]

Affiliations :

[1]Professeur et chef de service, Département de dermatologie-vénéréologie-lèpre, Calcutta National Medical College and Hospital

[2]Résident sénior, Département de dermatologie-vénéréologie-lèpre, Calcutta National Medical College and Hospital

L'élimination de la lèpre a été déclarée en 2002 en Inde ; officiellement, nous sommes dans la phase d'éradication.

Au cours des huit mois de cette étude (avril à novembre 2022) dans le district de Kolkata, 429 nouveaux cas ont été diagnostiqués, parmi lesquels des enfants. Bien que nous ayons parcouru un long chemin, les données montrent que nous devons faire beaucoup mieux dans les années à venir pour atteindre notre objectif d'éradication. Nous avons recueilli un ensemble de données rétrospectives au Calcutta National Medical College, en collaboration avec la cellule de lutte contre la lèpre du gouvernement du Bengale-Occidental.

Nous avons dénombré un total de 429 cas de lèpre nouvellement diagnostiqués au cours des huit derniers mois, parmi lesquels le nombre total de cas de lèpre multibacillaire (MB) était de 414 et le nombre total de cas de lèpre paucibacillaire (PB) était de 15.

Parmi tous les nouveaux cas, les cas déclarés volontairement étaient au nombre de 420, dont 15 cas de lèpre PB et 405 cas de lèpre MB. Parmi tous les nouveaux cas, le nombre total d'hommes était de 314 (seuls 8 cas de lèpre PB et un total de 306 cas de lèpre MB) et le nombre total de femmes était de 109 (une majorité (103) de cas de lèpre MB et 6 cas de lèpre PB).

Le nombre total de cas de lèpre pédiatrique était de 6, dont 3 garçons et 3 filles. Alors que toutes les filles ont été diagnostiquées comme des cas de lèpre MB, un garçon a été diagnostiqué comme cas de lèpre PB et les deux autres garçons ont été diagnostiqués comme cas de lèpre MB.

Parmi les cas nouvellement déclarés, 11 patients résidaient dans des États autres que le Bengale-Occidental et tous ont été diagnostiqués comme étant des cas de lèpre MB.

Au total, 171 patients ont présenté des réactions lépreuses au cours de ces huit mois, dont 157 cas des réactions de type 1 et 14 cas des réactions de type 2. Parmi les 157 réactions de type 1, 154 cas concernaient des patients sous PCT (polychimiothérapie en cours) et 3 cas concernaient des patients ayant terminé un traitement, tous les cas étant des patients atteints de lèpre MB.

Parmi les 14 réactions de type 2, 13 cas concernaient des patients sous PCT et seulement un cas concernait un patient ayant terminé un traitement, tous les cas étant des patients atteints de lèpre MB.

En novembre 2022, le nombre total de patients sous PCT était de 524, dont 400 hommes (8 cas PB et 392 cas MB), 115 femmes (5 cas PB et 110 cas MB) et 9 enfants (2 cas PB et 7 cas MB).

Aucun cas de rechute n'a été signalé au niveau des soins de santé primaires (SSP)/hôpitaux de district.

Les nouveaux cas diagnostiqués avec des difformités liées à la maladie s'élevaient au nombre de 49, dont 45 étaient des cas de difformité de grade I (32 hommes et 13 femmes) et 4 de grade II (3 hommes et 1 femme). Aucun enfant n'a été diagnostiqué avec des difformités.

Conclusions

La plupart des nouveaux cas sont des cas de lèpre MB et nécessiteront une surveillance et un traitement plus longs.

La lèpre pédiatrique est assez importante.

Les auteurs estiment que l'élimination de la lèpre d'ici 2030 pourrait être une chimère si davantage d'efforts concertés ne sont pas déployés.

Remerciements

Données recueillies auprès de la cellule de lutte contre la lèpre du gouvernement du Bengale-Occidental

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, élimination d'ici 2030

Ulcère de Buruli au Japon : mise à jour

Auteurs : Ryo Fukaura[1], Chiaki Murase[1], Rie R. Yotsu[2,3,4], Mariko Sugawara Mikami[5,6], Yuji Miyamoto[7], Manabu Ato[8], Norihisa Ishii[9]

Affiliations :

[1] Department of Dermatology, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japon
[2] Department of Tropical Medicine, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Nouvelle-Orléans, États-Unis d'Amérique
[3] Department of Dermatology, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japon
[4] School of Tropical Medicine and Global Health, Nagasaki University, Nagasaki, Japon
[5] West Yokohama Sugawara Dermatology Clinic, Yokohama, Japon
[6] Department of Environmental Immuno-Dermatology, Yokohama City University Graduate School of Medicine, Yokohama, Japon
[7] Leprosy Research Center, National Institute of Infectious Diseases, Tokyo, Japon
[8] National Institute of Infectious Diseases, Tokyo, Japon
[9] National Sanatorium Tamazenshoen, Tokyo, Japon

Le Japon est l'un des rares pays non tropicaux qui présentent des cas d'ulcère de Buruli. Depuis notre précédent rapport lors de la réunion de l'OMS sur l'ulcère de Buruli et les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée en 2019, 10 nouveaux cas ont été déclarés, soit un total de 83 cas d'ulcère de Buruli depuis le premier rapport en 1982. Les cas sont sporadiques et ont été signalés dans diverses régions du Japon, avec des cas confirmés dans 23 des 47 préfectures (49 %). Des analyses par PCR ont été effectuées dans tous les cas. Parmi ces patients, il a été confirmé que 53 cas (64 %) ont pour origine *Mycobacterium (M.) ulcerans* sous-espèce *shinshuense*, une sous-espèce exclusivement isolée au Japon.

Les 10 nouveaux cas ont été signalés dans 8 préfectures différentes (3 hommes et 7 femmes). La tranche d'âge se situait entre 6 et 89 ans. 9 ulcères étaient de catégorie I et 1 ulcère était de catégorie II. La majorité des cas ont touché les extrémités, avec 3 cas développant des ulcères dans la région de la tête et du cou. La douleur n'était présente que pour 3 cas. 5 cas ont été complètement traités et 5 cas sont toujours en cours de traitement.

La plupart des cas d'ulcère de Buruli au Japon ont été traités avec succès avec une combinaison par voie orale de rifampicine (RMP), de clarithromycine (CAM) et de lévofloxacine (LVFX) (remplacée par la tosufloxacine (TFLX) pour les enfants). Il n'existe pas de recommandations de traitement spécifiques reposant sur la taille des lésions, mais outre les antibiotiques, des traitements peuvent être nécessaires dans les cas graves, notamment le débridement radical, la greffe de peau, ainsi que de nouvelles méthodes de soins des plaies telles que le traitement des plaies par pression négative. La rechute après la chirurgie se produit fréquemment, en raison de bactéries résiduelles.

Récemment, nous avons eu du mal à obtenir des rapports pour tous les cas survenus au Japon. Le LRC (Leprosy Research Center) du National Institute of Infectious Diseases était la seule institution au Japon où l'ulcère de Buruli pouvait être diagnostiqué, ce qui facilitait la collecte et l'analyse des données épidémiologiques. Cependant, les capacités de diagnostic dans les hôpitaux généraux ont considérablement progressé et il est devenu possible de diagnostiquer la maladie plus facilement, et même de confirmer *M. ulcerans* sous-espèce *shinshuense* au cours des dernières années. Certains de ces cas ne sont pas déclarés au LRC, ce qui entraîne une sous-déclaration. Par conséquent, nous présumons que 10 cas sur la période de trois ans ne représentent pas le nombre réel de cas.

Au cours de la réunion, nous présenterons une mise à jour de la situation épidémiologique de l'ulcère de Buruli au Japon, avec des explications cliniques approfondies des cas récemment signalés.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

ulcère de Buruli, Japon, épidémiologie, *Mycobacterium ulcerans*, *shinshuense*

Étude GHSP (Global Healthcare Study on Psoriasis) : épidémiologie et obstacles aux soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Auteurs : Hazel H. Oon[1,2], Johannes A. Didaskalu [3], Mingwei Chen[2], Farah Novoa[4], Bruno de Oliveira Rocha[5], André Carvalho[6], Fernando Valenzuela[7], Lara Valeska Maul[8], Min Zheng[9], Alexander Egeberg[10,11], April W. Armstrong[12], Peter Schmid-Grendelmeier[13], Julia-Tatjana Maul[3,13]

Affiliations :

[1]National Skin Centre, Singapour
[2]Lee Kong Chian School of Medicine, Singapour
[3]Faculté de médecine, Université de Zurich, Zurich, Suisse
[4]Département de dermatologie, Centre médical Jockey Salud, Lima, Pérou
[5]Université fédérale de Bahia, Salvador, BA, Brésil
[6]Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS, Brésil ; Département des sciences de la vie, Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brésil
[7]Département de dermatologie, Université du Chili, Santiago, Chili
[8]Département de dermatologie, Hôpital universitaire de Bâle, Bâle, Suisse
[9]Département de dermatologie, Second Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine
[10]Département de dermatologie, Bispebjerg Hospital, Université de Copenhague, Copenhague, Danemark
[11]Département de médecine clinique, Université de Copenhague, Copenhague, Danemark
[12]Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, Californie, États-Unis d'Amérique
[13]Département de dermatologie, Hôpital universitaire de Zurich, Zurich, Suisse

Introduction

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique et courante de la peau, ayant une incidence négative sur le fonctionnement physique, psychologique et social. Les comorbidités associées, y compris l'arthrite psoriasique, les maladies cardiovasculaires et les maladies psychiatriques, aggravent la charge de la maladie et altèrent le fonctionnement quotidien. Il est crucial que les patients reçoivent un diagnostic en temps opportun et aient accès à un traitement approprié.

Malheureusement, de nombreux patients atteints de psoriasis ne reçoivent pas de soins rapides et optimaux, même dans les pays à revenu élevé. Cet écart dans la prestation de soins de santé peut être encore plus marqué dans les milieux à revenu faible ou intermédiaire, avec des obstacles supplémentaires à la disponibilité et à l'accès au traitement. Les patients peuvent également faire face à des difficultés supplémentaires dans le contexte de retards ou d'erreurs de diagnostic (eczéma, dermatomycose, syphilis, onychomycose). Le psoriasis représente à lui seul 0,19 % de la charge de morbidité individuelle dans l'étude GBD (Global Burden of Disease Study) 2013, dépassant la gale (0,07 %), les infections cutanées virales (0,16 %) et fongiques (0,15 %). L'ampleur de la charge du psoriasis augmente avec l'âge.

Depuis 2019, l'étude GHSP (Global Healthcare Study on Psoriasis) identifie les normes et l'accès aux soins du psoriasis, décrit l'incidence socioéconomique, physique et psychologique du psoriasis au niveau du patient, de l'institution et du pays, et explore la disponibilité et l'accès aux options thérapeutiques ainsi que les obstacles actuels aux soins.

Méthodes

GHSP est une étude transversale multipays et multicentrique, dirigée par des chercheurs. Les dermatologues participants remplissent des questionnaires sur l'accès aux soins de santé généraux et à l'assurance, la prévalence du psoriasis et d'autres maladies majeures de la peau et la disponibilité des

différentes options thérapeutiques. Les données démographiques et socioéconomiques, les caractéristiques de la maladie, les antécédents thérapeutiques et la gravité pour les patients atteints sont recueillis. L'analyse des données permet une comparaison entre pays de la prévalence et de la gravité du psoriasis (PASI, BSA) et du DLQI pour les mesures de la qualité de vie liée à la santé. Les comorbidités associées, y compris l'arthrite psoriasique, les maladies cardiovasculaires, la dépression et l'anxiété, sont enregistrées ; les retards, les erreurs et les absences de diagnostic, ainsi que les obstacles au traitement, sont documentés.

Résultats

Au 15 janvier 2023, 60 chercheurs de 58 centres d'étude répartis dans 11 pays avaient rassemblé 2501 enquêtes auprès des patients ; l'intégration de nouveaux chercheurs est en cours. L'analyse intermédiaire montre des différences dans l'accès au traitement en Amérique latine, aucune différence dans la gravité de la maladie entre les patients assurés par un régime privé et par un régime public au Chili, la prévalence de l'anxiété la plus élevée aux États-Unis [(10,3 % sur 2179 patients ou 13,79 fois plus probable), suivis de la Suisse (2,5 %) et de Singapour (1,6 %)], les dépressions les plus nombreuses au Brésil [15,7 % des patients, suivi du Chili (14,2 %) et des États-Unis (14,0 %)] et aucun cas autodéclaré de trouble mental en Chine. Une augmentation du critère PASI affecte le plus gravement la qualité de vie chez les patients européens (coefficient de corrélation $\rho = 0,47$, $p<0,001$ pour l'Europe).

Discussion

Des données solides sont nécessaires pour suivre les tendances de l'incidence et de la prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'étude GHSP fournit des données de haute qualité pour cartographier le psoriasis à l'échelle mondiale et combler les lacunes géographiques dans les connaissances, le diagnostic et le traitement ; elle soutient ainsi l'élaboration de stratégies visant à améliorer la vie des personnes atteintes de psoriasis.

Conclusions

Dans le cadre de l'expansion prochaine de l'étude GHSP, les maladies cutanées négligées seront incluses et des stratégies intégrées seront mises en œuvre pour améliorer le délai diagnostique, accroître l'accès aux soins et influer sur les décisions en matière d'économie de la santé.

Remerciements

Nous remercions les dermatologues et les patients qui ont participé à l'étude GHSP. En outre, nous remercions l'Université de Zurich et l'Hôpital universitaire de Zurich pour leur soutien.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Psoriasis, cartographie, étude GHSP, diagnostic différentiel, maladies tropicales négligées à manifestation cutanée, intégration

La leishmaniose cutanée : un problème émergent au Népal

Auteurs : Mahesh Shah Shudi[1], Suwash Baral[1], Reejana Shrestha[1]

Affiliations :

[1] Anandaban Hospital, The Leprosy Mission Nepal

Introduction

La leishmaniose cutanée est une maladie à transmission vectorielle, transmise par le phlébotome et causée par les protozoaires du genre *Leishmania*. Selon le relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, en 2021, sur 200 pays, 99 étaient considérés comme pays d'endémicité pour la leishmaniose, dont 89 pour la leishmaniose cutanée, 80 pour la leishmaniose viscérale et 71 pour les deux. Le Népal est considéré comme pays d'endémicité uniquement pour la leishmaniose viscérale, car aucune donnée n'est disponible pour la leishmaniose cutanée. Récemment, les cas de leishmaniose cutanée autochtone ont augmenté au Népal. Nous rapportons les cas de leishmaniose cutanée qui ont été diagnostiqués dans notre centre.

Méthodes

Étude rétrospective des dossiers de patients ayant visité l'hôpital Anandaban, centre de référence pour la prise en charge de la lèpre, de janvier 2014 à décembre 2022. Nous avons examiné les données démographiques et cliniques, les antécédents, les photographies cliniques, l'investigation et le traitement.

Résultats

Au total, 16 cas (10 hommes et 6 femmes), âgés en moyenne de 35,56 ans (intervalle 1-77 ans) ont été examinés. Sur 16 patients, 8 patients présentaient une lésion unique et 8 patients présentaient plusieurs lésions. Parmi eux, 9 patients avaient une lésion uniquement sur le visage, 4 avaient des lésions sur le visage et le bras, 3 patients avaient seulement une lésion extra-faciale, le nez étant le site le plus courant. 6 cas ont fait l'objet d'un diagnostic initial erroné par d'autres centres, 5 comme cas de tuberculose cutanée et 1 comme cas de lèpre, puis traités en conséquence. Tous les patients étaient négatifs au frottis cutané pour recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants. Seuls 3 patients avaient voyagé dans une zone endémique en dehors du Népal et 13 patients n'avaient jamais voyagé en dehors du pays. Tous les patients ont reçu une confirmation histologique comme étant des cas de leishmaniose cutanée. K-39 était positif dans 7 cas et 14 patients ont terminé le traitement : 7 avec la miltéfosine, 4 avec l'amphotéricine B liposomale, 1 avec le stibogluconate de sodium et la cryothérapie, 1 avec le stibogluconate de sodium et l'amphotéricine B, 1 avec le fluconazole voie orale. Deux patients n'ont pas pu venir au centre, car ils vivaient dans une région reculée.

Discussion et conclusion

Les cas de leishmaniose cutanée sont en augmentation au Népal, mais la notification n'est pas optimale ; il convient de veiller à cette lacune. Nous devrions également signaler la présence de la leishmaniose cutanée aux cliniciens et aux pathologistes du Népal, car elle peut facilement faire l'objet d'un diagnostic erroné en tant que tuberculose cutanée ou lèpre, à la fois sur le plan clinique et histologique. Étant donné que la plupart des cas impliquent le visage, un diagnostic tardif peut conduire à la stigmatisation et parfois à la déformation faciale. Il est également nécessaire de procéder au typage de la souche de Leishmania à l'origine de la leishmaniose cutanée au Népal, car le caractère d'endémicité n'est connu que pour la souche *Leishmania donovani*. La lèpre est la principale maladie tropicale négligée à manifestation

cutanée au Népal et de nombreux programmes de lutte lui sont actuellement consacrés. Il serait très utile d'intégrer d'autres MTN à manifestation cutanée, comme la leishmaniose cutanée, à ces programmes, car ils disposent de ressources humaines formées ainsi que d'hôpitaux et de laboratoires bien équipés.

Remerciements

Financement : The Leprosy Mission Nepal
Prof. Werner Kempf, Université de Zurich, Suisse
Prof. Ram Chandra Adhikari, Maharjgunj Medical Campus, Institute of Medicine, Népal

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée

Évaluation de la couverture des services pour la leishmaniose cutanée et du nombre de cas avant et après l'intégration dans les groupes de services de santé en Afghanistan

Auteurs : Abdur Rahman Shirindil[1], Mohammad Shoaib Tamim[2,] Naimullah Safi[3]

Affiliations :

[1]Malaria and other Vector Borne Diseases Program Manager (MVDP), Ministère de la Santé publique
[2]Head of Epidemiology and Surveillance Department, MVDP, Ministère de la Santé publique

La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie tropicale répandue, provoquée par différentes espèces de protozoaires du genre Leishmania, transmis par les phlébotomes. On signale également des voies de transmission secondaires et rares. Le tableau clinique est variable et dépend de divers facteurs méconnus, liés au parasite et à l'hôte. Selon le rapport de l'OMS, la LC et la LV sont endémiques en Afghanistan.

La prise en charge des cas de LC a été pleinement intégrée dans le groupe des services de santé de base (Basic Package of Health Services : BPHS) et dans le groupe des services hospitaliers essentiels (Essential Package of Hospital Services : EPHS) du pays en 2017. Avant l'intégration, le diagnostic et le traitement de la LC n'étaient assurés que par le Programme provincial de lutte contre le paludisme et les autres maladies à transmission vectorielle (Provincial Malaria and other Vector Borne Diseases Program : PMVDP) par le biais de 24 sites sentinelles opérationnels dans 21 provinces d'Afghanistan utilisant un système de surveillance sur papier ; les médicaments contre la leishmaniose étaient fournis par l'OMS.

Après l'intégration, tous les prestataires de soins concernés dans les établissements de diagnostic et les hôpitaux ont été formés à la prise en charge de la leishmaniose et au nouveau système de surveillance. Les ONG mettant en œuvre le BPHS et l'EPHS se sont également chargées de fournir les médicaments contre cette maladie.

Cette étude vise à illustrer l'efficacité de l'intégration de la LC dans le BPHS et l'EPHS en termes de couverture et du nombre de cas traités en Afghanistan.

Il s'agit cependant d'une étude descriptive d'après les données de la surveillance provenant du MVDP. Les données antérieures à l'intégration de la LC ont été extraites du système vertical et celles postérieures à l'intégration viennent du Système de santé pour le paludisme et la leishmaniose (Malaria and Lieshmaniasis Health System : MLIS) et du système d'information sanitaire de district (District Health Information System : DHIS2).

Les informations concernant la prestation des services et la disponibilité des antileishmaniens ont été extraites du système de numérisation du S et E du MVDP. Les données sur les 5 années antérieures et les 5 années postérieures à l'intégration de la LC dans les services de santé ont été comparées sur la base de la couverture des services pour la LC et du nombre de cas. Excel et Epi Info V7.2.1 ont été utilisés pour les analyser.

Au total, 140 112 cas de LC ont été notifiés dans les 24 sites sentinelles de 2012 à 2016 (4 sites centraux et 20 sites provinciaux) avec une moyenne annuelle de 28 022 cas. Les provinces restantes ne fournissaient pas de services contre la leishmaniose à cause du manque de personnel compétent et de sites sentinelles. Avant l'intégration, l'OMS fournissait les médicaments à tous les centres de traitement

de la LC. La couverture des sites sentinelles pour la LC basés dans les provinces était de 62 % (21/34) et tous les services au niveau provincial étaient assurés par le personnel du PMVDP.

Après l'intégration des services de la LC dans le BPHS et l'EPHS, des cas ont été notifiés dans l'ensemble des 34 provinces du pays. Sur la période 2018-2022, au total 225 999 cas ont été notifiés, avec une moyenne annuelle de 45 199 cas. Environ 90 % (539/594) des centres de diagnostic du pays fournissent des services de diagnostic et de traitement. La disponibilité des médicaments contre la leishmaniose au niveau des établissements de santé était de 70 % en 2022.

Les données indiquent une hausse de 38 % du nombre de cas de LC et de 28,7 % de la couverture des services de diagnostic et de traitement après l'intégration.

L'intégration de la leishmaniose cutanée dans le système de santé de l'Afghanistan a augmenté la couverture des services de diagnostic et de traitement et élargi l'accès pour la population. Dans le même temps, le programme d'intégration a conduit à l'approvisionnement en médicaments contre la leishmaniose par les ONG exécutantes. Il faut intensifier les programmes de suivi pour s'assurer que la mise en œuvre des services de lutte contre la leishmaniose soit bien en place et que les ONG concernées disposent des quantités optimales de médicaments au niveau des centres de santé.

Remerciements

Comme cela a été dit, la leishmaniose cutanée pose en Afghanistan un sérieux problème qui s'aggrave de jour en jour, mais nous tenons à remercier l'OMS qui poursuit son aide en fournissant des médicaments et en organisant des ateliers pour le renforcement des capacités.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, intégration, accessibilité, couverture, Afghanistan

Épidémiologie et caractéristiques cliniques des mycoses sous-cutanées dans une population protégée par une assurance commerciale, États-Unis d'Amérique

Auteurs : Jeremy A. W. Gold[1], Kaitlin Benedict[1], Shawn R. Lockhart[1], Shari R. Lipner[2], Dallas J. Smith[1]

Affiliations :

[1] Mycotic Diseases Branch, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, États-Unis d'Amérique
[2] Department of Dermatology, Weill Cornell Medicine, New York, NY, États-Unis d'Amérique

Les mycoses sous-cutanées, telles que l'eumycétome, la chromomycose (y compris les abcès phæohyphomycotiques) et d'autres mycoses profondes (sporotrichose, mucormycose, talaromycose, rhinosporidiose et lobomycose), constituent un groupe diversifié de maladies tropicales négligées fongiques qui se développent généralement après une inoculation cutanée traumatique. Ces infections surviennent principalement dans des pays aux ressources limitées, situés dans des régions tropicales ou subtropicales. Elles peuvent nécessiter un traitement antifongique prolongé, et une intervention chirurgicale si elles ne sont pas diagnostiquées à temps. Elles entraînent une stigmatisation et une morbidité notables. Pour la plupart des mycoses sous-cutanées, il n'existe pas de lignes directrices de l'OMS en matière de traitement et les données américaines sur ces maladies sont rares. Comprendre l'épidémiologie américaine de ces maladies pourrait aider à élaborer des mesures de prévention, à accroître la détection précoce et à stimuler la recherche en vue d'améliorer les stratégies de diagnostic, de surveillance et de traitement. Par conséquent, nous avons estimé la prévalence et décrit les caractéristiques des patients américains diagnostiqués avec des mycoses sous-cutanées entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2021.

Nous avons analysé les bases de données Merative® MarketScan® Commercial et Medicare Supplemental, en utilisant les codes de la CIM-10, pour identifier les patients atteints de mycoses sous-cutanées ainsi que les affections sous-jacentes. Nous avons estimé la prévalence sur 5 ans de chaque mycose et décrit les caractéristiques démographiques et cliniques.

Au cours de la période 2017-2021, parmi ≈ 45 000 000 de patients uniques, la prévalence pour 1 000 000 était la plus élevée pour la chromomycose (14,7), suivie de la sporotrichose (12,4), de la mucormycose (10,4) et de l'eumycétome (5,2) ; la prévalence était <2,0 pour la rhinosporidiose, la talaromycose et la lobomycose. Globalement, la prévalence augmentait généralement avec l'âge ; elle était la plus élevée chez les patients âgés de ≥65 ans. La prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes pour la sporotrichose (13,1 par rapport à 11,6) et l'eumycétome (6,4 par rapport à 4,0). Elle variait selon la région de recensement des États-Unis, avec la prévalence la plus élevée de chromomycose (16,4) et de sporotrichose (14,7) dans le Sud, la prévalence de mucormycose la plus élevée dans l'Ouest (11,9) et la prévalence d'eumycétome la plus élevée dans le Midwest (5,8). Elle était généralement plus élevée dans les zones rurales que dans les zones non rurales, à l'exception de l'eumycétome (2,9 par rapport à 5,5). Un pourcentage plus élevé de patients atteints de mucormycose (43,6 %) étaient dans un état d'immunodépression, par rapport à l'eumycétome (23,3 %), la sporotrichose (16,7 %) et la chromomycose (15,1 %). Les patients atteints de mucormycose ont été plus souvent diagnostiqués initialement en milieu hospitalier (35,4 %) par rapport aux autres mycoses (<10 %, chacune).

Notre analyse fournit un aperçu des mycoses sous-cutanées aux États-Unis, qui ont chacune touché <15 patients protégés par une assurance commerciale pour 1 000 000 au cours d'une période de 5 ans.

La chromomycose était plus répandue que la mucormycose et la sporotrichose, deux affections plus largement reconnues et étudiées aux États-Unis. Cette observation reflète potentiellement l'évolution comparativement indolente de la chromomycose, mais souligne également la nécessité de porter une attention accrue à cette maladie. Le fait que la prévalence de la sporotrichose était la plus élevée dans le sud des États-Unis et la mucormycose dans l'ouest des États-Unis est cohérent avec des études publiées précédemment. La prédominance féminine de l'eumycétome parmi les cas américains contraste avec les données d'autres pays et pourrait refléter des différences dans les comportements de recours aux soins ou d'autres facteurs que cette analyse n'a pas pu évaluer.

Notre analyse est limitée par le manque d'informations sur la race/l'appartenance ethnique, les résultats des analyses en laboratoire (et donc le recours aux codes de la CIM-10), les caractéristiques d'exposition (par exemple, antécédents de voyage) et les patients sans ou avec d'autres types d'assurance. Néanmoins, nos observations soulignent la nécessité d'une sensibilisation clinique, de lignes directrices en matière de traitement, d'une surveillance et d'outils de diagnostic améliorés pour les mycoses sous-cutanées. En effet, malgré leur rareté, elles présentent un risque de maladie débilitante si elles ne sont pas traitées.

Remerciements

Ces travaux n'ont reçu aucun financement spécifique.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Maladies fongiques, chromomycose, eumycétome, mucormycose, sporotrichose, rhinosporidiose, talaromycose, lobomycose

LeishMan, le réseau européen de prise en charge de la leishmaniose, s'associe à l'OMS pour surveiller les cas importés et autochtones en Europe

Auteurs : Gert Van der Auwera[1], Maura Concu[2], Marie-Therese Ruf[2], Hanne Brekke[3], Hedvig Glans[4], Sofia Cortes[5], Saskia van Henten[1], Georgina Isak[6], Leigh Davidsson[6], Stefania Varani[7], Rens Zonneveld[8], Pieter van Thiel[8], Mark Bailey[9], Gundel Harms[10], Sara Karlsson Söbirk[11], Andreas Neumayr[2], Pierre Buffet[12], José Antonio Ruiz Postigo[13]

Affiliations :

[1] Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique
[2] Institut tropical et de santé publique suisse, Allschwil, Suisse ; Université de Bâle, Bâle, Suisse
[3] Centre national de référence pour la parasitologie moléculaire, Département de microbiologie médicale, Hôpital universitaire d'Oslo, Norvège
[4] Département de médecine, Solna, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède
[5] Institut d'hygiène et de médecine tropicale, Université Nova, Lisbonne, Portugal
[6] Agence de santé publique, Suède
[7] Département de médecine et de chirurgie, Alma Mater Studiorum - Université de Bologne, Bologne, Italie
[8] Département de microbiologie médicale et de prévention des infections, section Parasitologie clinique, Centre médical universitaire, Amsterdam UMC, Amsterdam, Pays-Bas
[9] Warwick Medical School, University of Warwick, Royaume-Uni ; Heartlands Hospital, Royaume-Uni ; Royal Centre for Defence Medicine, Royaume-Uni
[10] Institute of International Health, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Allemagne
[11] Microbiologie clinique, prévention et maîtrise des infections, Region Skåne, Suède ; Département de médecine infectieuse, Université de Lund, Suède
[12] Groupe Hospitalier Centre, Hôpital Necker ; Université de Paris ; Institut Pasteur, Paris, France
[13] Département Lutte contre les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

Le nombre de cas de leishmaniose cutanée (LC) et cutanéomuqueuse (LCM) importée et autochtone sur le territoire européen est mal documenté. Depuis 2010, plus de 50 spécialistes des maladies infectieuses et du diagnostic, issus de plus de 30 instituts européens dans 12 pays, se sont associés au sein du réseau informel appelé « LeishMan ». Dans un souci d'harmonisation du diagnostic et du traitement des leishmanioses, les membres de LeishMan signalent les cas dans une base de données commune.

LeishMan recueille des données sur les cas de LC et de LCM depuis 2012. En 2020, le réseau s'est associé à l'OMS pour mettre en place une nouvelle plateforme de base de données liée à l'outil générique de notification de la leishmaniose cutanée de l'OMS (mis en œuvre sur le système DHIS2). Nous recueillons des données sur l'épidémiologie, les caractéristiques cliniques, les tests diagnostiques, les espèces parasitaires et le traitement.

Plusieurs articles ont été publiés sur la base des données recueillies par LeishMan, avec pour sujets la surveillance, le diagnostic, le typage des espèces, ainsi que les caractéristiques cliniques et le traitement stratifiés par espèce. Nous présenterons un aperçu de ces rapports.

La mise en œuvre du nouveau système de collecte de données est en cours, avec le soutien informatique de l'OMS ; toutefois, afin d'en tirer pleinement parti, LeishMan recherche des partenaires supplémentaires pour alimenter la base de données. Cette action permettra d'améliorer davantage le suivi en temps quasi réel de la situation en Europe. Étant donné que les membres actuels de LeishMan sont principalement des instituts d'Europe de l'Ouest et du Nord, nous invitons particulièrement les membres d'Europe de l'Est et des Balkans à rejoindre notre réseau.

Remerciements

Le réseau LeishMan ne reçoit aucun financement spécifique. L'OMS soutient la composante informatique du DHIS2.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée

Surveillance de la leishmaniose tégumentaire dans le nord-est de l'Italie

Auteurs : Stefania Varani[1,2], Tommaso Gritti[1], Valeria Gaspari[3], Annalisa Santi[4], Giorgio Galletti[4], Arianna Rossi[4], Gianluca Rugna[4], Elena Carra[4], Andrea Mattivi[5], Giulio Matteo[5], Giovanna Mattei[5], Gian L. Belloli[5], Margherita Ortalli[1], Gert Van der Auwera[6] et le réseau Skin_Leish_RER

Affiliations :

[1] Département de médecine et de chirurgie, Université Alma Mater Studiorum de Bologne, Bologne, Italie
[2] Unité de microbiologie, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologne, Italie
[3] Unité de dermatologie, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologne, Italie
[4] Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, Brescia, Italie
[5] Autorité sanitaire régionale, Région d'Émilie-Romagne, Bologne, Italie
[6] Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique

La leishmaniose tégumentaire (LT) comprend la leishmaniose cutanée (LC) et la leishmaniose cutanéomuqueuse (LCM). Bien qu'elle soit endémique dans le sud de l'Europe, elle est souvent sous-diagnostiquée et sous-déclarée. Cette étude visait à examiner rétrospectivement les données de patients atteints de leishmaniose tégumentaire dans la région d'Émilie-Romagne (RER), dans le nord-est de l'Italie. Un typage moléculaire sur des échantillons sélectionnés a également été effectué.

Pour mener à bien cette étude, un réseau de 10 unités de diagnostic dans la zone de surveillance (réseau Skin_Leish_RER) a été mis en place, comprenant des spécialistes en parasitologie, dermatologie, maladies infectieuses et pathologie. Tous les cas confirmés de leishmaniose tégumentaire, diagnostiqués dans la région entre 2017 et 2020, ont été collectés. De plus, un typage moléculaire a été effectué sur des biopsies de cas sélectionnés. Deux cibles d'ADN ont été amplifiées par PCR et séquencées : l'espaceur transcrit interne ribosomal 1 (ITS1) et le gène codant pour les protéines de choc thermique (*hsp70*).

Entre 2017 et 2020, un total de 135 cas de leishmaniose tégumentaire ont été relevés, avec un taux d'incidence annuel moyen de 0,76 cas pour 100 000 habitants. La mise en place du réseau Skin_Leish_RER a contribué à récupérer 22 cas (16 %) qui n'ont pas été signalés aux autorités de santé publique. Quatre-vingt-quatre pour cent des cas de leishmaniose tégumentaire ont été considérés comme autochtones et présentaient une répartition géographique définie dans la zone des contreforts de la région. Parmi les formes cliniques, la leishmaniose cutanée était la plus représentée (92 %), tandis que la leishmaniose cutanéomuqueuse a été observée pour 11 cas (8 %). L'analyse d'ITS1 a montré que 92 % des échantillons testés (68/74) concordaient avec *Leishmania infantum*. Nous avons également détecté 4 cas de *L. major* et 2 cas de *L. tropica* ; les 6 cas ont indiqué un voyage dans des pays d'endémicité pour ces espèces de *Leishmania*. De plus, le typage *hsp70* des cas autochtones a montré la présence de variants de séquence de *L. infantum* circulants dans la région sélectionnée.

Cette étude a confirmé que la leishmaniose tégumentaire est une maladie sous-déclarée dans le nord-est de l'Italie. Nous apportons les données probantes d'une répartition géographique distincte des cas de leishmaniose tégumentaire dans la région examinée, ainsi que d'une forte proportion de cas autochtones de leishmaniose cutanéomuqueuse ; tous les cas autochtones ont fait l'objet d'un typage *L. infantum*.

Nos observations suggèrent la nécessité de sensibiliser les cliniciens et les pathologistes à la leishmaniose tégumentaire, de promouvoir la confirmation moléculaire des cas par les laboratoires de référence et d'encourager la mise en place de réseaux de surveillance pour cette maladie négligée.

Remerciements

Cette étude a été financée par la Région d'Émilie-Romagne (fondi LabP3), le Ministère de la santé (Ricerca Corrente 2019, PRC2019016), l'Université de Bologne (fonds RFO).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée

Séance 4 : Surveillance et cartographie intégrées – Affiches

L'expérience et les défis de l'Angola dans la gestion intégrée des MTN à manifestations cutanées

Auteurs : Ernesto Afonso, Clarris Ndongala, Maria Cecília de Almeida, Salomé Amaro, Don Paul Makana

Affiliations :

MINSA, OMS

Introduction

Les maladies tropicales négligées avec des manifestations cutanées sont caractérisées par des lésions cutanées et associées à une défiguration et une invalidité à long terme. Ceux-ci comprennent : la lèpre, l'ulcère de Buruli, la leishmaniose, le mycétome, le pian, l'onchocercose, le lymphœdème et l'hydrocèle résultant de la filariose lymphatique et de la podoconiose.

Du 26 avril au 13 mai, une recherche active intégrée a été réalisée pour le dépistage des maladies tropicales négligées dans la prise en charge des cas à manifestations cutanées, la cible de cet exercice, le premier en Angola, étant des maladies telles que : lèpre, bruli, pian, la trypanosomiase humaine africaine et la dracunculose, organisé par le Programme national de lutte contre la lèpre avec l'appui technique de l'OMS/AFRO. Elle a permis de démêler le réel manque de connaissances sur la situation épidémiologique des dermatoses tropicales en Angola, elle a également permis d'identifier des centaines de personnes atteintes de lésions cutanées spécifiques qui caractérisent une grande variété de pathologies dermatologiques avec besoin immédiat d'approche, de cas gestion, ainsi que pour déterminer les actions nécessaires à la planification des stratégies de contrôle, d'élimination et d'éradication dans le pays.

Méthode

Il s'agit d'une recherche observationnelle, descriptive transversale basée sur les soins avec une composante analytique réalisée par une équipe technique multidisciplinaire de professionnels de la santé, composée de spécialistes angolais et étrangers des MTN, dans la période du 26 avril au 13 mai 2021.

Les données ont été recueillies à l'aide de fiches et de réunions de concertation quotidiennes.

Le développement de la recherche a été précédé de réunions de travail (en ligne et en présentiel) des différentes délégations participantes ; de la RDC, de l'Angola et de l'OMS/AFRO, pour partager des informations sur l'organisation de la surveillance transfrontalière Angola/RDC, la prise en charge intégrée des MTN-GC avec manifestations cutanées, l'harmonisation du calendrier et la confirmation des villages à visiter, ainsi que les aspects logistiques.

Résultats et discussion

Elle s'est déroulée dans 10 villages des provinces de Zaïre et d'Uíge, toutes deux limitrophes de la région du Congo Central de la République démocratique du Congo, avec un univers et un échantillon de 630 individus, 297 femmes et 333 hommes.

Figure 3. Répartition par affection cutanée des cas observés lors de la recherche active de cas dans les zones rurales des régions tropicales de l'Angola

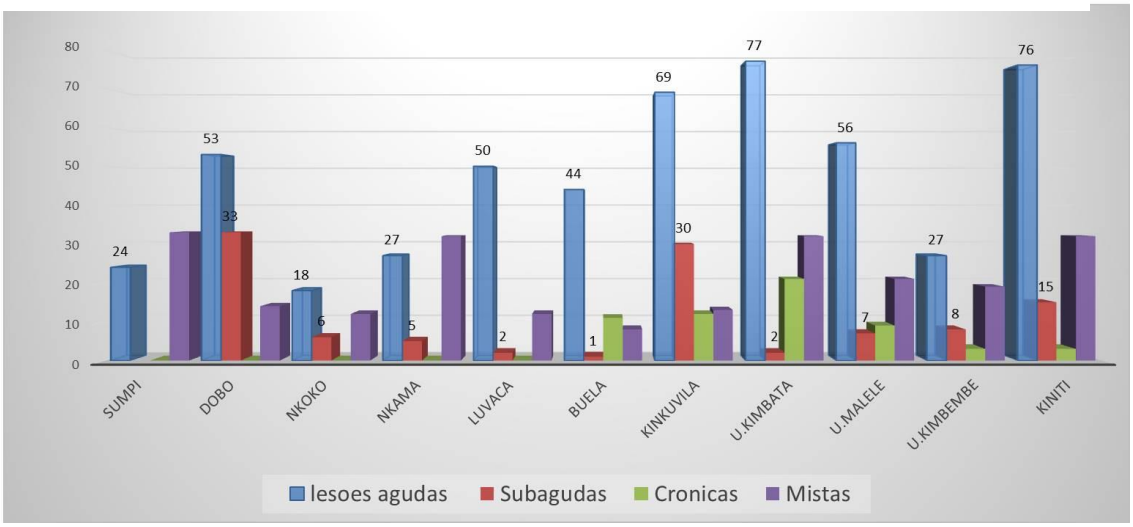


Figure 4. Répartition des dermatoses observées lors de la recherche active de cas dans les zones rurales des régions tropicales de l'Angola

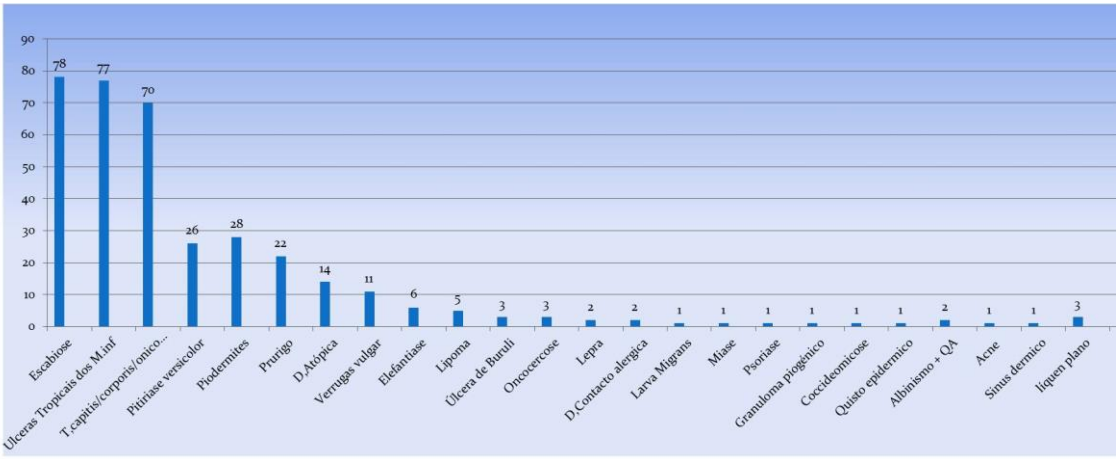
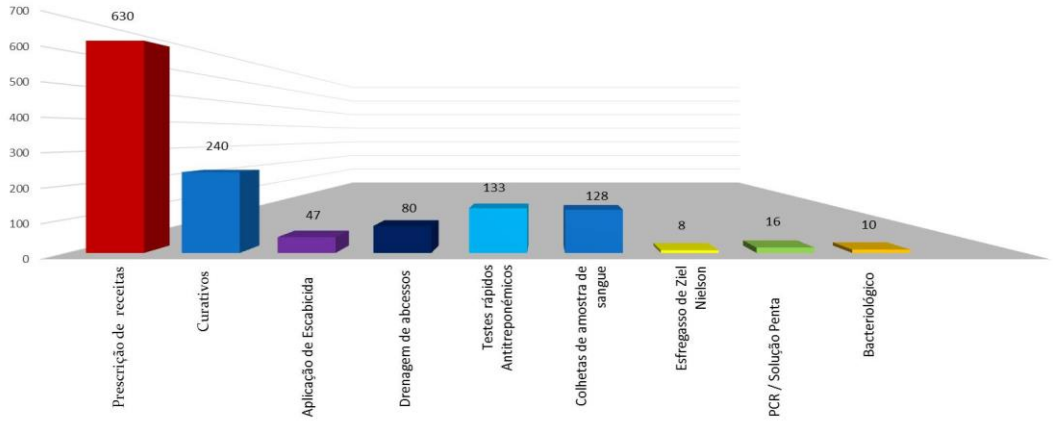


Figure 5. Répartition des actes et examens réalisés lors de la recherche active de dermatoses dans les zones rurales des régions tropicales de l'Angola



Conclusion

Sur la base des lésions cutanées observées dans 10 villages visités, la nécessité de mettre en place un dépistage intégré des cas avec un focus sur les maladies de peau est perçue. Cet exercice a permis de renforcer les capacités des professionnels de santé dans le dépistage intégré des MTN cutanées, a également permis pour la première fois, la confirmation des cas d'ulcère de buruli autochtone et de déterminer la région de Mbanza Congo/Angola, comme étant endémique le ulcère de buruli et autres ulcères tropicaux.

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions Dieu, qui a permis que la mise en œuvre devienne une réalité et un accomplissement dans nos pays et dans nos vies, de réaliser ce vœu de l'OMS/AFRO, en la personne du Dr. Alexandre Teandreboogo. Nous tenons à remercier l'équipe technique de l'OMS/AFRO et de la RDC, qui a partagé ses connaissances sur la prise en charge intégrée des MTN pour la prise en charge intensive des cas avec manifestations cutanées, à l'équipe de professionnels en Angola. Nous sommes reconnaissants à la Sassakawa Health Foundation pour le financement du projet de prise en charge intégrée de la lèpre, de l'ulcère de Buruli et du Pian. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ce travail.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

maladies tropicales négligées avec des manifestations cutanées, surveillance transfrontalière

Évaluation de la prévalence de la tungose au cours de la surveillance des géohelminthiases et de la filariose lymphatique dans la région côtière du Kenya

Auteurs : Sultani Matendechero[2], Gerald Gakuo[1,7], Sammy Njenga[3], Stella Kepha[3], Joseph O. Oloo[1], Collins Okoyo[3], Michael Ofire[4], Lynne Elson[5,6], Wyckliff Omondi[1]

Affiliations :

[1]Division of Vector-Borne & Neglected Tropical Diseases (DVB&NTD), Ministry of Health, Nairobi, Kenya [2]National Public Health Institute (NPHI), Ministry of Health, Nairobi, Kenya [3]Kenya Medical Research Institute (KEMRI), Nairobi, Kenya [4]Amref Health Africa [5]Kenya Medical Research Institute (KEMRI)-Wellcome Trust [6]Nuffield Department of Medicine, University of Oxford [8]7ield Epidemiology and Laboratory Training Program

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) encourage les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) à utiliser une approche intégrée pour la mise en œuvre des enquêtes sur les maladies, au moyen de la collecte de données sur les MTN ayant une épidémiologie et une répartition géographique similaires ; cette approche permet d'éviter le chevauchement d'activités, d'améliorer l'efficacité et de réduire les coûts de mise en œuvre. En raison du manque de ressources, il n'existe actuellement aucune donnée sur la prévalence de la tungose aux échelons national et régional, mais on sait qu'elle est largement répandue et qu'elle a une incidence considérable sur les enfants d'âge scolaire. La présente étude a utilisé une approche intégrée pour évaluer la prévalence de la tungose, conjointement à celle des géohelminthiases et de la filariose lymphatique, au cours de l'enquête d'évaluation de la transmission 1 (TAS 1) dans deux comtés côtiers de Kilifi et Kwale.

Une étude transversale intégrée a été menée dans 330 écoles choisies au hasard, 30 dans chacun des 11 sous-comtés de Kilifi et Kwale, comme recommandé par l'OMS dans les zones où le taux de scolarisation est >75 %. La population étudiée pour TAS 1 comprenait 17 602 enfants âgés de 6 à 7 ans, qui n'étaient pas gravement malades. La présence de l'antigène filarien circulant chez les enfants consentants a été testée à l'aide de la bandelette FTS de test rapide pour la filariose et, en cas de positivité, a ensuite été testée par microscopie pour les microfilaires. Pour les géohelminthiases et la tungose, 60 enfants par école, âgés de 10 à 14 ans, ont été sélectionnés au hasard (12 enfants de chacun des niveaux 4 à 8). Pour les tests de la géohelminthiase, tous les enfants ont été invités à fournir des échantillons de selles ; pour détecter la présence de puces *Tunga penetrans*, chaque enfant a reçu un lavage et un séchage de pieds et bénéficié d'un examen approfondi.

Résultats relatifs à la filariose lymphatique : des résultats positifs pour l'antigénémie de la filariose lymphatique n'ont été signalés que dans le comté de Kilifi, dans deux sous-comtés : Rabai 2/1655 ; 0,12 % (IC à 95 % : 0,03-0,47) et Magarini 1/1624 ; 0,06 % (IC à 95 % : 0,01-0,46). Les résultats des échantillons de sang nocturne prélevés par la suite pour les trois cas positifs étaient tous négatifs.

Résultats relatifs aux géohelminthiases : dans l'ensemble, la prévalence scolaire était modérément faible dans les deux comtés : 6,3 % (IC à 95 % : 5,1-7,9) dans le comté de Kwale et 4,0 % (IC à 95 % : 3,3-4,7) dans le comté de Kilifi. La prévalence la plus élevée a été observée dans le sous-comté de Msambweni (15,1 %, IC à 95 % : 12,2-18,6). La prévalence des géohelminthiases, d'une intensité modérée à forte, n'était que de 0,2 % (IC à 95 % : 0,1-0,2).

Résultats relatifs à la tungose : la prévalence scolaire médiane la plus élevée a été enregistrée dans le sous-comté de Msambweni (6,8 % ; IC à 95 % : 5,2-8,9), suivi de Matuga (5,7 % ; IC à 95 % : 3,7-8,7), Kilifi Sud (5,6 % ; IC à 95 % : 2,5-12,5) et était la plus faible à Kilifi Nord (0,3 % ; IC à 95 % : 0,1-0,7). L'intensité infectieuse la plus élevée a été enregistrée dans le sous-comté de Kinango avec une médiane

de 8,0 (intervalle interquartile : 2,8-8,0) puces incrustées, suivi de Rabai avec 4,0 (intervalle interquartile : 3,0-17,5). Les écoles ayant la prévalence la plus élevée se situaient dans les mêmes zones que les écoles à forte prévalence de géohelminthiases.

L'intégration de la tungose dans les enquêtes pour d'autres MTN s'est avérée faisable et a permis d'évaluer la prévalence de la maladie, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant en raison du manque de ressources.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Organisation mondiale de la Santé et END Fund pour le soutien financier apporté par la voie d'Interconnected Health Solutions et d'Amref Kenya.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose, intégration avec les géohelminthiases et la filariose lymphatique

Intérêt de la PCR (amplification génique) dans le diagnostic précoce de la lèpre à Antananarivo (Madagascar)

Auteurs : M Andrianarison[1], FA Sendrasoa[2], O Raharolahy[3], IM Ranaivo[4], LS Ramarozatovo [3], F Rapelaroro Rabenja[2]

Affiliations :

[1]Département de Dermatologie, Établissement universitaire de soins et de santé publique d'Analakely, Antananarivo
[2]Département de Dermatologie, CHU Joseph Raseta Befelatanana
[3]Département de Dermatologie et de Médecine interne, CHU Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo
[4]Département de Dermatologie, CHU Morafeno Toamasina

Introduction

La lèpre est une infection bactérienne chronique pouvant entraîner de graves difformités en cas de retard dans le diagnostic et le traitement. Avec 1206 nouveaux cas par an, elle n'est toujours pas éradiquée à Madagascar. La méthode standard de diagnostic se base sur la recherche des bacilles dans les frottis cutanés. La PCR n'est pas un outil habituel du diagnostic à Madagascar ; pourtant cette technique serait meilleure pour le diagnostic des formes précoces de la maladie. Le but de cette étude est d'évaluer son utilité dans le diagnostic de la lèpre.

Méthodes

Il s'agit d'une étude d'évaluation transversale rétrospective d'août 2012 à août 2021. Toutes les formes cliniques de la lèpre ont été incluses et adressées au Centre d'Infectiologie Charles Mérieux, le seul centre de biologie moléculaire pour la lèpre à Madagascar. Tous les patients provenaient de trois départements de dermatologie des CHU d'Antananarivo.

Résultats

L'étude a inclus 113 nouveaux cas de lèpre, avec un âge moyen de 34 ans et un rapport de 2,42 entre les sexes. Pour les formes multibacillaires, 72,57 % des patients (N=82) étaient positifs à la PCR, contre 10,62 % (N=12) à la bacilloscopie. Pour les formes paucibacillaires, le taux de positivité à la PCR était de 54,55 % (N=6), tous étant négatifs à la bacilloscopie.

Conclusion

La PCR est plus sensible que la bacilloscopie, en particulier pour le diagnostic des stades précoces de la lèpre. La PCR est devenue une technique de première nécessité pour le diagnostic précoce de la lèpre dans l'ensemble du pays.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Bacilloscopie, diagnostic, lèpre, Madagascar, PCR

Séance 5 : Incapacités, réadaptation, stigmatisation, santé mentale et inclusion – Présentations

Mercredi 29 mars 2023 Président : Christian Johnson		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
09:00 – 09:20	**Présentation d'ouverture** : L'impact psychosocial et économique des MTN à manifestation cutanée – incapacités et stigmatisation connexes – l'utilité de la réadaptation	Wim van Brakel
09:20 – 09:35	Les associations de patients : des partenaires pour les meilleurs soins de santé possible	Jennifer Austin
09:35 – 09:50	Dépression et qualité de vie chez les personnes touchées par le lymphœdème filarien : détermination des facteurs de risque sociodémographiques et cliniques, et impact d'un traitement d'autoprise en charge renforcée	Carrie Barrett
09:50 – 10:05	Le rôle des prestataires de santé informels dans la lutte contre la stigmatisation et la réponse aux besoins en santé mentale des personnes touchées par les MTN cutanées au Liberia	Hannah Berrian
10:05 – 10:20	Impact d'une intervention sociale sur la stigmatisation liée à la podoconiose dans le nord-ouest de l'Éthiopie	Kibur Engdawork
10:20 – 10:40	**Discussions**	**Tous**
10:40 – 10:55	L'impact de la tungose sur le développement neurocognitif, la fréquentation scolaire et la réussite scolaire	Berrick Otieno
10:55 – 11:10	Expérience de la stigmatisation, bien-être mental, dépression et participation sociale chez les personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la filariose lymphatique dans le nord de l'Inde	Wim van Brakel
11:10 – 11:25	Rôle d'une intervention de conversation communautaire pour réduire la stigmatisation liée au lymphœdème des membres inférieurs dans le nord de l'Éthiopie	Abebayehu Tora
11:25 – 11:40	Incapacités et stigmatisation dues au mycétome : des solutions innovantes et originales	Ahmed Fahal
11:40 – 12:00	**Discussions**	**Tous**

Les associations de patients : des partenaires pour les meilleurs soins de santé possible

Auteurs : Jennifer Austin

Affiliations :

International Alliance of Dermatology Patient Organizations (GlobalSkin), Ottawa, Canada

Mettre le patient « au centre » est un principe désormais bien compris et accepté qui consiste à concevoir un service ou une solution autour du patient. Il va donc de soi que les organisations qui soutiennent les personnes vivant avec des affections dermatologiques offrent un large accès aux points de vue des patients, susceptibles d'éclairer de manière significative les politiques, programmes et interventions de santé nationaux et de rendre ceux-ci les plus efficaces possibles. En effet, la feuille de route sur les maladies tropicales négligées (MTN) stipule ce qui suit : « ...la participation de groupes de patients et de personnes atteintes de MTN dans la conception des programmes peut les impliquer et déboucher sur des interventions qui répondent de manière adéquate aux besoins des patients. »

GlobalSkin est un réseau à but non lucratif regroupant 209 associations de patients représentant 67 pays et 57 domaines médicaux en dermatologie. GlobalSkin a été créé pour : (1) faire entendre la voix de la communauté mondiale des patients en dermatologie ; (2) défendre les intérêts communs des personnes atteintes d'affections dermatologiques partout dans le monde ; et (3) unir les parties prenantes de la dermatologie mondiale afin d'apporter des changements transformateurs au bénéfice des patients. En travaillant avec son vaste réseau, GlobalSkin a étudié et documenté les leçons apprises et les meilleures pratiques sur la façon dont les associations de patients peuvent œuvrer de concert avec les principales parties prenantes, y compris les gouvernements régionaux et nationaux, à optimiser les services de santé.

L'étroite collaboration et le processus de co-création avec les associations de patients génèrent des avantages pour les programmes nationaux en permettant pour chaque pays de :

- Identifier les besoins réels, vérifiables, des patients et des communautés
- Tirer parti de l'énergie des associations et des réseaux de patients
- Économiser du temps, de l'argent et des ressources humaines
- Augmenter la probabilité de participation volontaire des patients

Les principaux résultats escomptés de ce type d'implication des associations de patients sont les suivants :

- Renforcer la confiance des patients
- Répondre utilement aux besoins des patients (le bon programme pour les bonnes personnes au bon moment)
- Améliorer les résultats en matière de santé et la satisfaction des patients au sein des systèmes de santé nationaux.

Les meilleures pratiques pour mettre en œuvre cette approche avec succès consistent par exemple à :

- Élaborer des cadres pour un dialogue et un engagement constructifs
- Favoriser la participation des associations de patients en tant que partenaires à part entière
- Promouvoir un échange mondial des meilleures pratiques (GlobalSkin peut servir de référentiel pour les enseignements tirés et les études de cas et être partagé dans le monde entier).

Les types de collaborations avec les associations de patients qui peuvent avoir le plus d'impact sont ceux consistant par exemple à :

- Identifier et combler les lacunes en matière d'éducation et de soutien
- Soutenir les activités de promotion de la santé, y compris le renforcement des capacités et une meilleure sensibilisation
- Aider à créer des matériels pédagogiques/programmes/événements ayant vocation à informer les patients, en se plaçant du point de vue du profane.

Le soutien aux personnes atteintes de MTN représente un défi qui ne peut être relevé par les seuls gouvernements.

Les associations de patients doivent être impliquées et avoir les moyens d'agir en tant que partenaires clés pour établir et renforcer les connaissances, les liens et les circuits de communication avec les patients. Ce sera essentiel pour atteindre les trois piliers de la feuille de route pour les MTN.

Remerciements

GlobalSkin et son réseau d'associations de patients.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Intégration à toutes les maladies et dans tous les pays. Appuie également la feuille de route pour les MTN dans les domaines suivants : (1) Accélération des actions programmatiques, (2) Infrastructure et personnel de santé, (3) Renforcement des capacités et sensibilisation, (4) Intégration des plateformes de prestation dans les systèmes de santé nationaux. Également pertinent pour la couverture sanitaire universelle.

Dépression et qualité de vie chez les personnes touchées par le lymphœdème filarien : détermination des facteurs de risque sociodémographiques et cliniques, et impact d'un traitement d'autoprise en charge renforcée.

Auteurs : Carrie Barrett[1], John Chiphwanya[2], Limbikani Chaponda[2], Dorothy Emmie Matipula[2], Laura Dean[1], Joseph Turner[1], Mark J. Taylor[1], Jonathan M. Read[3] et Louise A. Kelly-Hope[1,4].

Affiliations :

[1]Centre for Neglected Tropical Diseases, Department of Tropical Disease Biology, Liverpool School of Tropical Medicine.
[2]Ministry of Health, Lilongwe, Malawi.
[3]Lancaster Medical School, Lancaster University, Royaume-Uni
[4]Institute of Infection Veterinary and Ecological Sciences, University of Liverpool, Royaume-Uni.

La filariose lymphatique (FL) est une maladie qui peut évoluer et entraîner la formation d'un lymphœdème, une déficience physique progressive et invalidante. Autant les données abondent sur la morbidité physique associée à la filariose lymphatique, autant elles sont beaucoup moins nombreuses sur les impacts psychologiques. Cette étude visait à déterminer : (1) la prévalence de la dépression et de la mauvaise qualité de vie, (2) les facteurs de risque sociodémographiques et cliniques associés, et (3) l'impact d'une intervention de prise en charge du lymphœdème faisant appel à un traitement d'autoprise en charge renforcée. Une étude de cohorte prospective d'adultes atteints de lymphœdème filarien originaires de deux régions du Malawi a été menée pendant six mois. Les patients ont été interrogés au début de l'étude, puis ont été formés pour savoir s'appliquer un traitement d'autoprise en charge renforcée à domicile. Des enquêtes de suivi ont été menées à 3 et 6 mois. La dépression et la qualité de vie ont été respectivement évaluées à l'aide d'un outil d'autoévaluation, le questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9), et d'un questionnaire de qualité de vie spécifique à la FL (LFSQQ). Une régression bêta en analyse univariée a été appliquée pour identifier les facteurs de risque sociodémographiques et cliniques significatifs, ainsi que toute tendance saisonnière. Sur les 311 patients interrogés, 23 % (IC 95 %, 18 %-29 %) ont déclaré souffrir d'une dépression légère/modérée (score PHQ-9 > 5) et 31 % (IC 95 %, 26 %-37 %) d'une baisse modérée/sévère de la qualité de vie (score LFSQQ > 30). On a relevé une association significative entre un nombre plus élevé d'attaques aiguës de filariose pendant le dernier mois et une dépression plus importante et des scores de qualité de vie plus faibles ($p<0,001$). Une réduction significative des scores de dépression et de qualité de vie a été observée au cours des 3 premiers mois suivant le traitement d'autoprise en charge renforcée (OR=0,93, 0,98, $p<0,001$). Cet impact ne s'est pas significativement maintenu après le suivi à 3 mois. En conclusion, nous apportons la preuve que l'application d'un protocole d'autoprise en charge renforcée peut améliorer la santé mentale des personnes souffrant d'un lymphœdème filarien, mais nous pensons que pour maintenir l'impact positif, il faudra poursuivre les activités liées à la prise en charge de la maladie et du handicap et les activités d'intégration qui comportent un soutien psychologique. Pour étudier ces points, des travaux supplémentaires ont été menés à travers une série d'entretiens approfondis avec un sous-groupe de participants touchés par le lymphœdème. L'analyse est en cours et les résultats préliminaires seront présentés.

Remerciements

Nous remercions les participants et saluons le soutien de l'équipe nationale qui a entrepris cette étude sur le terrain. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la Liverpool School of Tropical Medicine et par le National Health Sciences Research Committee du Malawi. Elle a été financée par des

subventions allouées au Centre of Neglected Tropical Disease de la Liverpool School of Tropical Medicine.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

filariose lymphatique, maladies tropicales négligées, santé mentale, dépression, qualité de vie, autoprise en charge

Le rôle des prestataires de santé informels dans la lutte contre la stigmatisation et la réponse aux besoins en santé mentale des personnes touchées par les MTN cutanées au Liberia

Auteurs : Hannah Berrian, Wede Tate, Shahreen Chowdhury, Sally Theobald, Zeela Zaizay, Karsor Kollie, Colleen Parker, Laura Dean et Rosalind McCollum
Contact orateur : Hannah Berrian, hannahberrian@gmail.com

Affiliations :

University of Liberia - Pacific Institute for Research and Evaluation, Monrovia 1000, Liberia
Department for International Public Health, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool L3 5QA, Royaume-Uni
Actions Transforming Lives, Monrovia 1000, Liberia
Neglected Tropical Disease Programme, Ministry of Health Liberia, Monrovia 1000, Liberia
Research Department, Ministry of Health Liberia, Monrovia 1000, Liberia

Les personnes touchées par les maladies tropicales négligées (MTN) cutanées souffrent souvent de troubles mentaux comorbides et de stigmatisation sociale liée aux croyances entourant la cause de leur maladie. Ces croyances ont souvent une composante surnaturelle et/ou spirituelle, ce qui amène souvent les personnes touchées à se faire soigner auprès de prestataires informels (par exemple, des guérisseurs traditionnels ou religieux), ou auprès de prestataires de santé formels et informels pour faire prendre en charge différents aspects de leur maladie. Le traitement biomédical peut alors prendre du retard, et ce retard entraîner une incapacité physique permanente. Les guérisseurs traditionnels et religieux travaillant dans la communauté se servent de leur rôle déjà existant pour apporter un soutien aux personnes touchées. Cependant, il existe peu d'éléments permettant d'identifier les structures appropriées et les possibilités de collaboration entre les prestataires formels et informels dans la prise en charge des MTN. Dans le cadre de l'étude de recherche sur la mise en œuvre REDRESS, nous avons cherché à : étudier la place des prestataires informels dans la prise en charge des MTN au Liberia ; mieux connaître leurs expériences et leurs perceptions de la prise en charge des personnes atteintes de MTN cutanées ; et co-concevoir une intervention visant à renforcer leur coopération, grâce à des approches participatives.

Nos résultats révèlent que les croyances en matière de santé façonnent le recours aux soins au Liberia. Les guérisseurs religieux ont exprimé des sentiments d'empathie envers les personnes atteintes d'affections cutanées et celles souffrant de détresse psychologique. Ils ont indiqué que la stigmatisation était une des raisons pour lesquelles les personnes atteintes dissimulaient leur état. Les guérisseurs aussi bien traditionnels que religieux ont expliqué qu'il était nécessaire d'adopter des approches multiformes pour lutter contre la stigmatisation aux niveaux individuel et communautaire. Ils ont insisté sur la nécessité d'essayer de dissiper les mythes qui alimentent la stigmatisation liée à certains problèmes de santé au niveau communautaire. Les guérisseurs aussi bien religieux que traditionnels ont expliqué que la thérapie par la parole et le conseil faisait partie de leur rôle, en permettant ainsi de donner de l'espoir à des personnes qui semblent être désespérées ou rejetées. Ils ont également exprimé le souhait de collaborer davantage avec le système de santé formel dans le domaine de l'accompagnement des personnes atteintes de MTN cutanées.

En partenariat avec des guérisseurs traditionnels et religieux, nous avons mis au point une journée de sensibilisation à l'intention des prestataires informels, qui mettait l'accent sur la reconnaissance des personnes touchées par les MTN cutanées, sur la dissipation des mythes entourant la cause de ces maladies, sur l'interconnexion des circuits d'orientation, sur la fourniture de services de soutien psychosocial de base et sur une meilleure compréhension de la stigmatisation. À ce jour, 588 prestataires

informels répartis dans trois comtés du Liberia (Lofa, Grand Gedeh et Margibi) ont bénéficié de cette sensibilisation. Après la journée de sensibilisation, les participants ont fait part de leur satisfaction quant aux nouvelles connaissances acquises sur les causes des MTN cutanées et se sont engagés à diffuser ces connaissances au sein de leur communauté, tout en exprimant leur intention d'orienter plus tôt vers l'établissement de santé les personnes présumées atteintes de MTN cutanées et de travailler en collaboration avec les agents de santé.

Nos résultats ont montré que les prestataires informels étaient tout à fait disposés à collaborer avec les prestataires de santé formels pour aider à prendre soin des personnes touchées par les MTN, notamment proposer des stratégies de réduction de la stigmatisation et un accompagnement en santé mentale. Les guérisseurs traditionnels et religieux jouent un rôle clé dans le soutien et la lutte contre la stigmatisation. Les sessions de sensibilisation destinées aux prestataires informels peuvent permettre de combattre les mythes et les idées préconçues, avec la possibilité de réduire la stigmatisation et de donner des informations sur l'orientation vers des services spécialisés. *Pour lutter contre les MTN, la collaboration multisectorielle entre les systèmes de santé formels et informels est essentielle.*

Remerciements

Ces travaux ont été soutenus par le National Institute for Health Research (NIHR), dans le cadre du programme REDRESS du Research for Innovation for Global Health Transformation (NIHR2001129).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

prestataire informel clé ; guérisseur religieux ; guérisseur traditionnel ; prise en charge intégrée des cas ; santé mentale, stigmatisation, recours aux soins ; propos relatifs aux croyances en matière de santé

Impact d'une intervention sociale sur la stigmatisation liée à la podoconiose dans le nord-ouest de l'Éthiopie

Auteurs : Kibur Engdawork[5], Getnet Tadele[1], Papreen Nahar[2], Shahaduz Zaman[2], Gail Davey[1,6]

Affiliations :

[1]Département de sociologie, Université d'Addis-Abeba, Éthiopie [2]Centre for Global Health Research, Brighton and Sussex Medical School, Royaume-Uni

La podoconiose est une maladie tropicale négligée qui provoque un gonflement invalidant du bas des jambes chez les personnes qui marchent pieds nus et qui sont génétiquement prédisposées. Les personnes atteintes de podoconiose font face à une stigmatisation qui recoupe d'autres formes d'impuissance, de dévalorisation et de marginalisation. Bien que plusieurs interventions aient été mises en œuvre pour atténuer la stigmatisation, peu d'informations sont disponibles sur leur efficacité.

Les bénéficiaires de l'intervention sont caractérisés par un faible niveau socio-économique. Nous avons constaté que le genre était un déterminant important de la santé dans la mesure où ce sont généralement les maris qui prennent les décisions de recours aux soins : il y a donc eu davantage de patients de sexe masculin qui ont participé à l'intervention ($\chi 2$ (1) = 3,87, p=0,04). Les attitudes stigmatisantes étaient courantes parmi les participants au sein de la communauté : 62 % des personnes interrogées non touchées n'étaient pas disposées à aider les malades à soigner leurs pieds et dans leur grande majorité (86,5 %), elles n'étaient pas disposées à se marier avec une personne touchée. Ces attitudes se traduisaient par des gestes ou des actes stigmatisants : 85,7 % des patients déclaraient avoir été insultés en raison de leur état, tandis que plus d'un quart (28,6 %) déclaraient avoir été dépossédés de leurs biens. Par conséquent, les niveaux de stigmatisation ressentie étaient élevés parmi les patients. Environ 70 % des personnes touchées par la maladie ont déclaré que leur vie n'était pas satisfaisante, tandis que près de deux personnes sur trois ont déclaré qu'elles se sentaient inférieures aux autres. Les croyances erronées étaient très répandues, parmi lesquelles le fait que la podoconiose serait infectieuse ou héréditaire ; ces deux croyances étaient significativement corrélées avec les attitudes stigmatisantes ($r = -0,21$, $p<0,01$ et $r = -0,16$, $p<0,01$, respectivement). Bien que ces associations aient un niveau de signification statistique limite, les personnes ayant participé à l'intervention entretenaient moins de croyances non scientifiques sur la podoconiose (p=0,06), étaient mieux informées sur les mesures préventives (p=0,08) et étaient moins enclines à adopter des attitudes stigmatisantes (p=0,06). Cependant, il n'y avait pas de différence significative dans la stigmatisation ressentie entre les personnes touchées par la podoconiose ayant participé à l'intervention et celles n'y ayant pas participé. Les résultats qualitatifs laissent penser que les patients souffrent d'une stigmatisation intériorisée et que même si la stigmatisation envers les personnes malades est bien réelle, la communauté ne la considère pas aussi importante que la stigmatisation liée au mauvais œil, à la fistule ou à la tuberculose. Les patients ayant un pouvoir économique ou un statut spirituel plus important étaient moins stigmatisés, quel que soit l'état d'évolution de leur maladie.

Même si l'intervention de l'ONG a permis d'atteindre des populations rurales qui n'avaient jamais eu accès à des services de santé auparavant, et qu'elle a eu tendance à mieux faire connaître la podoconiose et à diminuer les attitudes stigmatisantes au sein de la communauté, elle n'a pas semblé réduire la stigmatisation ressentie par les patients. L'impact du programme sur la stigmatisation pourrait être renforcé si l'accent était davantage mis sur les programmes de soutien psychosocial et d'autonomisation économique axés sur la transformation des rapports hommes-femmes.

Remerciements

Nous tenons à remercier les participants à l'étude, les fonctionnaires locaux et les responsables de la mise en œuvre de l'intervention (IOCC et NaPAN). Ces travaux de recherche ont été financés par le NIHR (NIHR 200140) par l'intermédiaire du programme UK Aid du gouvernement britannique en appui à la recherche en santé mondiale.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Podoconiose, stigmatisation, intervention, éducation en santé, prévention, Éthiopie

L’impact de la tungose sur le développement neurocognitif, la fréquentation scolaire et la réussite scolaire

Auteurs : Berrick Otieno[1*], Lynne Elson[1, 2], Abneel Matharu[3], Naomi Riithi[3], Esther Chongwo[1], Khamis Katana[1], Carophine Nasambu[1], Francis Mutebi[4], Philip Bejon[1,2], Herman Feldmeier[5], Jürgen Krücken[6], Ulrike Fillinger[3], Amina Abubakar[1,7]

Affiliations :

[1] Kenya Medical Research Institute (KEMRI)-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya ; [2] Centre for Tropical Medicine and Global Health, Nuffield Department of Medicine, University of Oxford, Royaume-Uni ; [3] International Centre of Insect Physiology and Ecology (ICIPE), Human Health Theme, Nairobi, Kenya ; [4] School of Veterinary Medicine and Animal Resources, College of Veterinary Medicine, Animal Resources and Biosecurity, Makerere University, Kampala ; [5] Hôpital universitaire de la Charité, Berlin, Allemagne ; [6] Institut de parasitologie et de médecine vétérinaire tropicale, Freie Universität Berlin, Allemagne ; [7] Institute for Human Development, Aga Khan University, Nairobi, Kenya

La tungose est une maladie cutanée tropicale hautement négligée causée par l’infestation par la puce de sable, *Tunga penetrans*. La puce femelle s’enfonce sous la peau, principalement celle des pieds, où elle grossit près de 2000 fois et inflige d’intenses douleurs accompagnées de démangeaisons. Des témoignages isolés indiquent que la douleur et les démangeaisons entraînent à leur tour des difficultés à marcher, de l’absentéisme scolaire, une baisse de la concentration en classe, des troubles du sommeil et une chute des résultats aux examens scolaires. Les objectifs étaient de déterminer l’impact de la tungose sur le développement neurocognitif et la réussite scolaire.

Le développement neurocognitif a été évalué dans le cadre d’une étude menée dans un sous-comté de l’ouest du Kenya et deux sous-comtés de la côte sud du Kenya, dans lesquels 454 élèves âgés de 8 à 14 ans ont été sélectionnés par échantillonnage aléatoire stratifié dans 48 écoles primaires. Les élèves ont été soumis à des tests cognitifs évaluant le langage, le niveau d’alphabétisation, le calcul, les capacités motrices, la mémoire de travail, la flexibilité cognitive, l’intelligence non verbale, l’attention visuelle et l’inhibition de la réponse. Des modèles linéaires généralisés à effets mixtes multiniveaux ont été utilisés pour évaluer les associations entre l’état d’évolution de la maladie et les variables d’impact. La réussite scolaire et l’absentéisme à l’école ont été évalués à partir d’une enquête menée dans neuf comtés, dans laquelle un échantillonnage aléatoire stratifié a été effectué pour sélectionner 95 écoles primaires à partir de listes existantes pour inclure tous les sous-comtés de chaque comté à travers le Kenya et pour sélectionner des élèves âgés de 8 à 14 ans dans chaque école. Les enquêtes ont été menées entre octobre 2021 et novembre 2022. La fréquentation scolaire et les notes aux examens ont été obtenues en consultant les dossiers scolaires du trimestre précédent pour 73 élèves infectés et 539 élèves non infectés.

La tungose était associée à des scores significativement plus faibles en langage (β=⁻0,08, IC 95 % ⁻0,13 - ⁻0,02), flexibilité cognitive (β=⁻6,09, IC 95 % ⁻10,91 - ⁻1,27), niveau d’alphabétisation (β=⁻10,77, IC 95 % ⁻19,29 - ⁻2,26), contrôle de la motricité fine (β=⁻0,75, IC 95 % ⁻1,14 - ⁻0,36) et inhibition de la réponse (β=⁻0,05, IC 95 % ⁻0,09 - ⁻0,01). Les élèves atteints de tungose actuellement scolarisés avaient manqué davantage de jours d’école au cours du trimestre précédent que les élèves non infectés (AOR 1,47, IC 95 % 1,0 - 2,16) après ajustement pour tenir compte du comté, du statut socio-économique et de l’âge. Ils avaient également des notes plus faibles aux examens scolaires de mathématiques que les élèves non infectés, même après ajustement en fonction de l’âge, du sexe, du handicap, du statut socio-économique et de l’absentéisme (AOR 0,24, IC 95 % 0,11-0,51).

Ces études ont démontré pour la première fois que les enfants atteints de tungose avaient de moins bonnes performances dans plusieurs domaines cognitifs et réussissaient moins bien à l'école, ce qui risque d'affecter leurs débouchés futurs en termes d'études et de perspectives économiques.

Remerciements

Ces deux études ont été financées par la Fondation allemande pour la recherche (DFG), Allemagne (numéro de projet 405027164 ; KR 2245/7-1) et le Wellcome Trust, Royaume-Uni (numéro de subvention 213724/Z/18/Z).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose

Expérience de la stigmatisation, bien-être mental, dépression et participation sociale chez les personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la filariose lymphatique dans le nord de l'Inde

Auteurs : Wim van Brakel, Ashok Agarwal, Pradeepta Nayak, Heleen Broekkamp, CP Mishra

Affiliations :

NLR India, Delhi, NLR International, Amsterdam, Université hindoue de Bénarès, Varanasi, Inde

Une étude a été menée dans le district de Jaunpur, Uttar Pradesh, et dans le district de Bokaro, Jharkhand, en Inde, afin d'établir la prévalence et la distribution géographique des personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la filariose lymphatique (FL). La sévérité des déficiences a également été établie. Plus de 11 000 personnes remplissant les critères ont été recensées entre septembre et décembre 2021.

L'étude a examiné dans quelle mesure les femmes et les hommes présentant des incapacités dues à la lèpre ou à la FL perçoivent et subissent la stigmatisation et dans quelle mesure leur bien-être mental et leur participation sociale sont affectés.

Un échantillon aléatoire de plus de 400 personnes a été interrogé sur la perception et l'expérience de la stigmatisation (échelle de stigmatisation SARI), le bien-être mental (WEMWBS), les signes de dépression (PHQ-9) et la participation sociale (échelle de participation simplifiée). Un échantillon de référence communautaire a également été inclus afin de calculer des valeurs de référence localement pertinentes pour les instruments utilisés (n=98).

Des entretiens ont été conduits auprès de 201 personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre et de 240 personnes atteintes d'incapacités dues à la FL, dont 51 % de femmes au total. Le niveau de stigmatisation vécue par les maladies était élevé ; le score SARI moyen était de 16,4 (IC 95 % 14,2-18,7) chez les personnes atteintes de la lèpre et de 10,2 (8,7-11,7) chez les personnes atteintes de filariose lymphatique. Respectivement 45 % et 50 % d'entre elles présentaient un faible bien-être mental. Des signes de dépression modérée à sévère étaient signalés respectivement par 39 % et 38 % d'entre elles, tandis que 41 % de personnes dans les deux groupes de MTN rapportaient des restrictions modérées ou sévères de la participation. Dans le groupe communautaire, seuls 14 % des répondants présentaient un faible bien-être mental, 14 % une dépression modérée (aucun cas moyennement sévère ou sévère) et 6 % une restriction modérée ou sévère de la participation.

L'étude a permis de recenser plus de 11 000 personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la FL dans les deux districts étudiés. Dans un échantillon représentatif, l'expérience de la stigmatisation était importante, jusqu'à 50 % des personnes avaient un faible bien-être mental, plus d'un tiers présentaient des signes de dépression modérée à sévère et 40 % des problèmes modérés à sévères de participation sociale et professionnelle dans les deux groupes de MTN. L'évaluation intégrée utilisant les mêmes outils a très bien fonctionné.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants du financement accordé par la Coalition pour la recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées (COR-NTD) au sein de la Task Force for Global Health, qui est financée principalement par la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Agence des États-Unis pour le développement international et le programme UK Aid du gouvernement britannique.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, filariose lymphatique, évaluation intégrée du handicap, de la stigmatisation et du bien-être mental

Rôle d'une intervention de conversation communautaire pour réduire la stigmatisation liée au lymphœdème des membres inférieurs dans le nord de l'Éthiopie

Auteurs : Abebayehu Tora[1,2], Stephen Bremner[3], Oumer Ali[2,5], Mersha Kinfe[2], Asrat Mengiste[2], Natalia Hounsome[4], Vasso Anagnostopoulou[4], Abebaw Fekadu[2,4,6], Gail Davey[4,6], Maya Semrau[4]

Affiliations :

[1]Département de sociologie, Université de Wolaita Sodo, Wolaita Sodo, Éthiopie
[2]Center for Innovative Drug Development and Therapeutic Trials for Africa (CDT-Africa), Université d'Addis-Abeba, Addis-Abeba, Éthiopie
[3]Department of Primary Care and Public Health, Brighton and Sussex Medical School (BSMS), Brighton, Royaume-Uni
[4]Centre for Global Health Research, Brighton and Sussex Medical School (BSMS), Brighton, Royaume-Uni
[5]Institut de recherche Armauer Hansen, Addis-Abeba, Éthiopie
[6]École en santé publique, Université d'Addis-Abeba, Addis-Abeba, Éthiopie

La conversation communautaire est une stratégie de participation communautaire qui est appliquée dans un contexte de faible niveau d'alphabétisation et de ressources limitées dans le but de lutter contre la stigmatisation en lien avec la santé. En renforçant au niveau communautaire les connaissances sanitaires sur les maladies, la conversation communautaire est censée briser le cercle vicieux du fardeau psychosocial que représente la stigmatisation liée aux MTN cutanées et améliorer l'accès aux services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités (PCMPI). Dans le cadre du projet IMPRESS, une étude quasi-expérimentale a été menée dans trois districts du nord de l'Éthiopie spécialement sélectionnés : un district a servi de site d'intervention pour la conversation communautaire, tandis que dans les deux autres districts, l'intervention de conversation communautaire a été différée pour ne commencer qu'au terme d'une période de suivi de six mois. Des services complets de PCMPI et de santé mentale, comprenant une formation au renforcement des capacités à l'intention du personnel des organisations sanitaires, une recherche des cas et le traitement des patients au niveau des établissements de santé, des soins intégrés en santé mentale et des campagnes de sensibilisation communautaire, ont été dispensés à la fois dans les districts de l'intervention de conversation communautaire et dans les districts témoins sur une période de six mois dans le cadre du projet EnDPoINT dans lequel cette étude s'inscrivait. Les critères de jugement principaux de l'étude IMPRESS rapportés ici étaient la stigmatisation vécue et la stigmatisation intériorisée des patients atteints de lymphœdème, les connaissances de la communauté sur les causes du lymphœdème, les attitudes stigmatisantes envers les patients atteints de lymphœdème, l'exclusion sociale (distance sociale) et le soutien social perçu. L'intervention de conversation communautaire a été mise en œuvre sur une durée de six mois, les critères étant évalués à l'inclusion et au bout des six mois de suivi. Dans les sites d'intervention et les sites témoins, un total de 254 patients atteints de lymphœdème et 759 membres de la communauté sans lymphœdème, qui étaient présents à la fois à l'inclusion et lors du suivi à 6 mois, ont été inclus dans l'analyse. À l'inclusion, les attitudes stigmatisantes, la distance sociale et les niveaux de stigmatisation vécue et de stigmatisation intériorisée étaient plus élevés dans le district d'intervention que dans les districts témoins, et le soutien social apporté aux patients était plus faible. Au fil de l'intervention, dans tous les sites, les connaissances ont augmenté, la distance sociale et les attitudes stigmatisantes ont diminué au sein de la communauté, tandis que la stigmatisation vécue et intériorisée diminuait chez les patients. Cependant, les changements intervenus dans tous ces résultats étaient d'une ampleur plus importante dans les sites où l'ensemble de soins holistiques était mis en œuvre sans conversation communautaire. Cette situation tient peut-être à la qualité médiocre de la mise

en œuvre des sessions de conversation communautaire, et nécessite un examen plus poussé. Cette étude fournit la preuve que l'intervention de conversation communautaire ne permet pas de réduire davantage la stigmatisation lorsque la conversation communautaire est utilisée parallèlement à un ensemble de soins holistiques de santé physique et mentale. Une évaluation économique, qui fera l'objet d'un rapport séparé, sera également importante pour éclairer les politiques. La fourniture de services complets et holistiques de PCMPI peut être suffisante et adaptée pour lutter contre la stigmatisation liée au lymphœdème des membres inférieurs dans un pays à ressources limitées comme l'Éthiopie.

Remerciements

Le projet IMPRESS a reçu le soutien financier du gouvernement britannique à travers le dispositif UK Aid, par le biais du Research and Evidence Division of the Foreign, Commonwealth, and Development Office, dans le cadre de l'aide à la subvention octroyée à la Coalition pour la recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées (COR-NTD). La COR-NTD est financée au sein de la Task Force for Global Health principalement par la Fondation Bill & Melinda Gates, par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et par le programme UK Aid du gouvernement britannique ; référence de la subvention : NTD-SC 170D. Le projet EnDPoINT dans lequel IMPRESS était intégré était soutenu par le National Institute for Health and Care Research (NIHR) Global Health Research Unit on Neglected Tropical Diseases (Bourse 16/136/29) à la Brighton and Sussex Medical School (BSMS), grâce à un financement au titre de l'aide publique au développement (APD).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lymphœdème, conversation communautaire, stigmatisation vécue, stigmatisation intériorisée

Incapacités et stigmatisation dues au mycétome : des solutions innovantes et originales

Auteurs : AH Fahal, Sahar Mubarak Bakhiet

Affiliations :

Centre de recherche sur le mycétome (MRC), Université de Khartoum, Khartoum, Soudan, Centre collaborateur de l'OMS sur le mycétome

Le mycétome présente toutes les caractéristiques des autres maladies tropicales négligées (MTN) cutanées. Il a suscité peu d'attention, malgré les souffrances et les incapacités considérables qu'il est capable d'infliger et ses nombreuses conséquences socio-économiques sur les patients, les familles et les communautés dans les zones d'endémie. C'est une maladie stigmatisante qui entraîne la marginalisation des personnes atteintes, les enfermant dans un cercle vicieux de précarité, de pauvreté et de progression de la maladie. Le mycétome touche généralement les plus démunis dans les communautés pauvres et isolées. La maladie est considérée comme un stigmate social, en particulier chez les femmes et les enfants, qui ont donc tendance à la cacher pendant longtemps, et lorsqu'ils en arrivent à devoir consulter un médecin, la maladie est alors déjà à un stade avancé.

Une analyse de la prise en charge de 10 000 patients atteints de mycétome reçus au Centre de recherche de Khartoum sur le mycétome (MRC), également centre collaborateur de l'OMS sur le mycétome, a révélé que les résultats du traitement étaient médiocres, avec un taux de guérison de 27 % seulement et des taux élevés de récidive (34 %) et d'abandon au suivi (55 %). Le taux d'amputation était de 14 % et le taux d'incapacités et de difformités de 34 %.

Pour surmonter ces problèmes et les difficultés auxquelles se heurtent les patients et leurs familles, le MRC a imaginé plusieurs solutions innovantes pour leur apporter un soutien. L'une d'entre elles est la création du Centre de formation professionnelle et entrepreneuriale pour agir face au mycétome (*Mycetoma Vocational and entrepreneurship Training Center*) (SAA'ID). Il s'agit d'un centre consacré à la formation professionnelle, au développement de l'esprit d'entreprise, et au divertissement, situé au sein du MRC. Il vise à créer un environnement stimulant pour les personnes amputées et les personnes handicapées à cause du mycétome, et pour leurs familles, afin qu'elles apprennent et développent des compétences génératrices de revenus, exercent et améliorent leurs talents, et soient préparées à mener une nouvelle vie où elles seront productives, autonomes et confiantes. La réduction de la pauvreté, de l'illettrisme et de la stigmatisation des patients atteints et de la communauté sont des objectifs importants de SAAI'D. SAA'ID propose divers programmes de formation professionnelle tels que l'artisanat soudanais et l'industrie du cuir, le travail artisanal, la peinture, le graphisme, le travail du bois, la boulangerie, etc. En outre, SAA'ID forme des stagiaires pour leur faire acquérir les compétences nécessaires en développement commercial, afin qu'ils deviennent des entrepreneurs professionnels prêts à créer de petites entreprises en expansion. SAAI'D a formé et a permis la réinsertion d'un grand nombre de patients et de membres de leur famille dans diverses activités professionnelles. SAAI'D a également organisé de nombreuses campagnes de sensibilisation et de plaidoyer, ainsi que des bazars pour vendre les produits des stagiaires.

Le MRC a organisé une campagne sur les prothèses dans un village où le mycétome est endémique, dans lequel un atelier mobile a été installé. Plus de 160 prothèses ont été fabriquées localement et distribuées gratuitement aux personnes dans le besoin.

Nous pensons que ces expériences uniques peuvent être reproduites dans beaucoup d'autres pays à ressources limitées.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Incapacité, réinsertion, stigmatisation, inclusion, mycétome

Séance 5 : Incapacités, réadaptation, stigmatisation, santé mentale et inclusion – Affiches

Intégration des MTN à manifestation cutanée au Nigéria par le biais de groupes d'autoprise en charge intégrés : leçons tirées du projet Ready4PEP

Auteurs : Suleiman H. Abdullahi[1], Tahir Dahiru[1], Anneke Taal[2,3], Karin van Knippenberg[2], Saminu Msheliza4, Ngozi Ekeke[5], Chinwe Eze[5], Lamiya Bilnyonga[1]

Affiliations :

[1]Leprosy and Tuberculosis Relief Initiative Nigeria; [2]NLR Amsterdam, the Netherlands; [3]Erasmus MC, the Netherlands, [4]Leprosy Mission Nigeria, 5. REDAID (GLRA) Nigeria

Introduction

Bien que certains groupes d'autoprise en charge aient existé au Nigeria par le passé, beaucoup ont disparu et les quelques groupes restants fonctionnent à peine ou pas du tout dans de nombreuses zones de gouvernement local. Les groupes d'autosoins sont des associations sociales composées de personnes touchées par la lèpre qui se réunissent régulièrement pour se soutenir mutuellement dans la prévention des incapacités. Ils visent à promouvoir la connaissance de la maladie par les participants, à améliorer le bien-être mental, à prévenir les incapacités, à gérer les complications, à donner aux personnes touchées les moyens de réduire l'autostigmatisation et, plus important encore, à faciliter les amitiés par l'échange d'expériences. Par conséquent, les groupes d'autoprise en charge peuvent être un moyen de parvenir à une zéro discrimination et à zéro incapacités causées par les MTN. Dans le passé, les groupes étaient principalement destinés aux personnes atteintes de la lèpre. Toutefois, compte tenu de la nécessité pour les groupes d'autoprise en charge de ne pas soutenir uniquement les personnes affectées, le projet Ready4PEP Nigeria a introduit des groupes d'autoprise en charge intégrés pour les personnes affectées par des incapacités dues à des MTN à manifestation cutanée.

Méthodes

En 2021 et 2022, la Leprosy and Tuberculosis Relief Initiative Nigeria a mis en place 17 groupes d'autoprise en charge intégrés dans des zones de gouvernement local du projet à travers six États de mise en œuvre. Les personnes touchées par la lèpre, la filariose lymphatique, d'autres MTN à manifestations cutanées et des maladies non transmissibles, avec ou sans incapacités et vivant dans le même village, ont été invitées à faire partie du groupe. Un guide pratique a été élaboré à l'intention des agents de santé, qui reprend les enseignements tirés de la mise en place et de l'encadrement de ces groupes. Les agents de santé ont été formés aux techniques d'animation, à la prévention des incapacités et à l'autonomisation des personnes touchées. Une étude de référence sur le niveau d'incapacité et de la qualité de vie (à l'aide du WHODAS et du WHOQOL) a été réalisée et sera répétée à la fin du projet (2023) afin de suivre les éventuels changements au niveau des membres du groupe.

Résultats

Les dix-sept groupes d'autoprise en charge intégrés nouvellement créés comptent en moyenne 15 membres, dont 35 % de femmes. Parmi eux, 86 % sont touchés par la lèpre et 14 % par la filariose lymphatique, l'onchocercose, le mycétome, l'ulcère de Buruli (UB), le diabète, la drépanocytose et

d'autres maladies.) Des résultats plus détaillés, y compris les résultats WHODAS/WHOQOL, seront fournis.

Discussion

Au cours du travail avec les groupes d'autoprise en charge intégrés, il est devenu évident qu'un lien entre le groupe et l'agent de santé du centre de santé primaire est essentiel pour un soutien de qualité. Bien que certains changements dans la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes touchées aient été constatés, il convient d'y prêter plus d'attention, en particulier lors de l'extension à de nouvelles zones de gouvernement local. En outre, les 17 groupes d'autoprise en charge intégrés semblent compter trop de membres. Certains d'entre eux vivent trop loin des lieux où se déroulent les activités. Il est donc recommandé de diviser les groupes existants en groupes plus petits, fonctionnant plus localement. Par ailleurs, certains groupes ont commencé des activités d'autoprise en charge en apportant des fonds ; l'aide au démarrage sera donc un facteur d'autonomisation économique. Néanmoins, une étape importante a déjà été franchie : le programme national de lutte contre la tuberculose et la lèpre a décidé d'inclure les groupes d'autoprise en charge intégrés dans les nouvelles lignes directrices nationales relatives à la tuberculose, à la lèpre et à l'UB.

Conclusions

Les groupes d'autoprise en charge intégrés constituent une bonne stratégie pour soutenir les personnes touchées par des MTN invalidantes et pour promouvoir l'autogestion de la santé. Ils créent des liens d'amitié, réduisent la stigmatisation/discrimination et contribuent à la découverte de nouveaux cas de MTN au Nigeria. Ils peuvent également servir de point d'entrée pour l'autonomisation économique et la santé mentale. Toutefois, comme l'initiative n'en est qu'à ses débuts, un soutien technique rigoureux et des actions de sensibilisation permettront d'en assurer la pérennité.

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement les membres du groupe d'autoprise en charge intégrés, les agents de santé et l'équipe du projet (LTR, TLMN, REDAID Nigeria), les programmes nationaux et étatiques de lutte contre la tuberculose et la lèpre. Nous remercions également NLR IO pour son soutien technique et le bailleur de fonds

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, filariose lymphatique, incapacités, approche basée dans les communautés, groupes d'autoprise en charges intégrés

Liste des acronymes

WHOQOL : *WHO Quality Of Life* (Qualité de vie de l'OMS)

WHODAS : *WHO Disability Assessment Schedule*

Prise en charge intégrée des MTN cutanées dans l'État de Jigawa au Nigéria

Auteurs : Juliana A. Amanyi-Enegela[a] ; Samuel Omoi[c] ; Nicholas Burn[a] ; Esther Bature[d] ; Maureen Pali[b] ; Rinpan Ishaya[b] ; Innocent Emereuwa[b] ; Christopher Ogoshi[b] ; Joseph Kumbur[c] ; Girija Sankar[a] ; Babar. M. Qureshi[a]

Affiliations :

[a]Inclusive Eye Health and Neglected Tropical Diseases Initiative, CBM Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission e.V., Wellington House, East Road · CB1 1BH, Cambridge ;
[b]HANDS. Adresse : 5A Naomi Jugu Drive, Rayfield, Jos, État de Plateau, Nigéria ;
[c]CBM Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission e.V Nigeria Country Office, 13 Okemesi Crescent, Garki 2, Abuja-FCT ;
[d]24 Tennessee Crescent, Off Panama Street, Maitama Abuja

Les maladies tropicales négligées (MTN) constituent un groupe de maladies infectieuses qui sévissent dans les zones tropicales et subtropicales, dans des milieux aux ressources limitées. Certaines MTN ont des effets débilitants sur l'homme, avec comme conséquences une morbidité et des incapacités irréversibles. La fourniture de services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités (PCMPI) dans le cadre du programme d'élimination de la filariose lymphatique (FL) est l'un des critères requis par l'OMS pour valider l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique dans un pays. La feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées préconise également d'opérer un changement de paradigme et de favoriser une approche holistique, transversale, intégrée et intersectorielle des programmes. Cet article présente les enseignements, les défis et les recommandations qui ressortent de la phase pilote d'un projet global sur les MTN dont l'objectif était de combiner la recherche des cas de morbidité liée aux MTN avec l'administration de masse de médicaments en porte-à-porte et de faire en sorte que des services complets de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités soient fournis dans l'État de Jigawa, au Nigéria.

Le projet a été mis en œuvre au sein d'une population d'environ 500 000 personnes dans la zone de gouvernement local de Birnin Kudu, dans l'État de Jigawa. Une approche intersectorielle a été adoptée pour la planification et la mise en œuvre des parties prenantes, et des activités de sensibilisation communautaire ont été menées pour démystifier les mythes et les idées fausses sur les causes des morbidités associées à la FL et à d'autres MTN. La formation intégrée dispensée aux agents de santé et aux distributeurs communautaires de médicaments avant l'intervention d'administration de masse de médicaments contre l'onchocercose et la FL comportait des éléments permettant d'identifier au cours de cette intervention les morbidités liées aux MTN et de procéder à l'orientation nécessaire. Le personnel infirmer en psychiatrie et les agents de santé de première ligne avait également reçu une formation sur le programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP). Les personnes souffrant de morbidités liées à la FL ou aux MTN ont été orientées vers l'établissement de santé le plus proche au cours de l'administration de masse de médicaments en porte-à-porte. Dans l'établissement de santé, les données sociodémographiques et les caractéristiques des cas présentés ont été utilisées pour vérifier les cas, et les services appropriés ont été fournis tandis que certains cas étaient orientés vers un établissement secondaire pour bénéficier d'examens et d'un soutien supplémentaires. Une évaluation participative et une réunion de synthèse ont été menées à la fin du projet.

Ce projet pilote global sur les MTN a démontré qu'une approche intersectorielle permettait de faciliter l'accès aux principaux services indispensables aux personnes souffrant d'une morbidité liée aux MTN. Sur plus de 206 personnes orientées pour une hydrocèle, 67 (33 %) étaient des cas qui ont été confirmés

et ont bénéficié d'un traitement chirurgical de l'hydrocèle. Quarante et un cas de lymphœdème ont été identifiés, et les patients et les personnes chargées de leurs soins ont été formés à la prise en charge et aux soins à prodiguer à domicile au niveau des membres touchés. La majorité des autres affections cutanées pour lesquelles les personnes atteintes étaient orientées étaient l'eczéma et les infections fongiques. Des personnels spécialisés formés en santé mentale ont évalué les patients souffrant d'une morbidité liée à la FL, dont 27 présentaient des symptômes d'anxiété et de dépression dus à l'isolement social et à la stigmatisation associée aux croyances culturelles sur les cas de morbidité liée à la FL. Ces patients ont bénéficié d'une intervention psychosociale et de conseils. Dans certains cas, des antidépresseurs ont été fournis, tandis que les cas sévères ont été orientés vers un spécialiste dans un établissement secondaire. L'approche intégrée de l'identification des morbidités associées aux MTN, tirant parti de la structure dédiée à l'administration de masse de médicaments, permet une utilisation optimale des ressources. Grâce à la formation des agents de santé communautaires sur les services complets de lutte contre les MTN cutanées, la communauté peut avoir accès à un personnel qualifié, disponible pour offrir des solutions immédiates. Pour créer un changement durable dans la perception de la morbidité liée aux MTN, il est crucial de poursuivre le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale en mettant l'accent sur la lutte contre les mythes associés à la morbidité liée aux MTN et en démystifiant la santé mentale.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude à HANDS et au Ministère de la santé de l'État de Jigawa au Nigéria, pour avoir facilité la création d'un environnement propice au projet.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées, filariose lymphatique, prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités (PCMPI), intégration, global

L’ulcère de Buruli est associé à une détresse psychologique importante et à une réduction de la qualité de vie, chez les patients atteints au Ghana

Auteurs : Yaw Ampem Amoako[1,2,3], Nancy Ackam[1], John-Paul Omuojine[3], Michael Ntiamoah Oppong[1], Abena Owusu-Ansah[1], Harriet Boateng[1], Kabiru Mohammed Abass[4], George Amofa[5], Elizabeth Ofori[6], Portia Boakye Okyere[1], Freddie Bailey[7], David Hurst Molyneux[7], Richard Odame Phillips[1,2,3]

Affiliations :

[1] Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[2] School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[3] Komfo Anokye Teaching Hospital
[4] Agogo Presbyterian Hospital, Agogo, Ghana
[5] Dunkwa Government Hospital, Dunkwa, Ghana
[6] Tepa Government Hospital, Tepa, Ghana
[7] Department of Tropical Disease Biology, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, Royaume-Uni

Introduction

Bien qu’il y ait de plus en plus de données laissant supposer l’existence d’une forte association entre les maladies tropicales négligées (MTN) et les maladies mentales, on manque un peu d’informations sur l’impact de l’ulcère de Buruli sur la santé mentale et sur le fardeau qu’il fait peser sur la qualité de vie (QoL) des personnes atteintes au Ghana. Cette étude a pour but d’évaluer l’impact de l’ulcère de Buruli sur la santé mentale et la qualité de vie des patients atteints de cette infection, active ou passée, et des personnes qui s’occupent d’eux.

Méthodes

Nous avons mené une étude cas-témoins dans trois districts d’endémie au Ghana. Des entretiens en face à face basés sur des questionnaires structurés ont été menés auprès de patients touchés par l’ulcère de Buruli présentant une infection active ou passée, mais aussi auprès des personnes chargées de leurs soins, à l’aide des outils de données suivants : l’échelle de qualité de vie de l’OMS (WHOQoL), l’échelle d’évaluation du handicap de l’OMS (WHODAS), le questionnaire d’autodéclaration (SRQ), le score de limitation fonctionnelle pour l’ulcère de Buruli (BULFS) et l’échelle d’anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques des participants à l’étude. Les groupes de participants ont été comparés à l’aide du test t de Student, et du test du chi-deux ($\chi 2$) ou du test exact de Fisher. Les scores moyens de qualité de vie sont présentés avec leur intervalle de confiance respectif à 95 %. Les données ont été analysées à l’aide du logiciel d’analyse statistique STATA.

Résultats

Les résultats montrent que la détresse psychologique et les séquelles sur la santé mentale étaient plus répandues chez tous les patients présentant un ulcère de Buruli (infection à *M. ulcerans*, active ou passée) et leurs aidants, par rapport aux témoins. La dépression (p=0,003) était plus fréquente chez les participants présentant une infection active (27 %) ou passée (17 %), par rapport aux témoins (0 %). L’anxiété était présente chez 42 % (11/26) et 20 % (6/29) des participants présentant une infection active ou passée, comparativement à 14 % (5/36) des témoins. La qualité de vie était également significativement diminuée chez les cas présentant une infection active, par rapport aux témoins. Dans

le domaine de la santé physique, les scores moyens de qualité de vie étaient respectivement de 54±11,1 et de 56±11,0 (IC 95 % : 49,5-58,5 et 52,2-59,7) pour les participants présentant une infection active et pour les témoins. De même, dans le domaine psychologique, les scores étaient plus bas pour l'infection active que pour les témoins [57,1±15,2 (IC 95 % : 50,9-63,2) vs 64,7±11,6 (IC 95 % : 60,8-68,6)]. Les participants présentant une infection passée avaient des scores de qualité de vie élevés à la fois dans les domaines de la santé physique [61,3±13,5 (IC 95 % : 56,1-66,5)] et de la santé psychologique [68,4±14,6 (IC 95 % : 62,7-74,0)]. Des niveaux importants de limitations fonctionnelles aux membres inférieurs ont été observés chez les patients souffrant d'un ulcère de Buruli avec des lésions actives par rapport à ceux dont l'infection était passée.

Discussion

Cette étude a évalué de manière holistique l'impact de l'ulcère de Buruli sur les patients (infection active et infection passée) et leurs aidants. Ces résultats montrent que l'ulcère de Buruli pèse lourdement sur la santé mentale des patients touchés (infection active et infection passée) et sur celle de leurs aidants, par rapport aux témoins. Une série de limitations fonctionnelles ont été associées à la détresse psychologique chez les patients souffrant d'un ulcère de Buruli (infection active et infection passée). Les facteurs associés aux limitations fonctionnelles chez les malades de l'ulcère de Buruli comprenaient la présence de douleurs, d'ulcères et de cicatrices sèches.

Conclusion

L'ulcère de Buruli est associé à une détresse psychologique importante et à une réduction de la qualité de vie, chez les personnes touchées et leurs aidants au Ghana. Il est nécessaire d'intégrer des interventions psychosociales dans la prise en charge de la maladie.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous les participants à l'étude. Nous souhaitons remercier Mark Osei, médecin et tuteur linguistique professionnel, pour son aide dans la traduction des outils de collecte de données dans la langue locale, le twi. Nos remerciements vont également aux personnels du Skin NTDs Research Group au Kumasi Centre for Collaborative Research pour l'immense soutien qu'ils ont apporté à cette étude. Nous exprimons également toute notre gratitude aux directeurs de district des services de santé (DDHS) ainsi qu'au programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli (PNLUB) pour leur appui.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

ulcère de Buruli, santé mentale

L'outil *Patient-Reported Impact of Dermatological Diseases* (PRIDD) pour la mesure de l'impact des MTN cutanées du point de vue du patient

Auteurs : Jennifer Austin[1], Allison FitzGerald[1], Rachael Pattinson[2], Nirohshah Trialonis-Suthakharan[3], Matthias Augustin[3] et Chris Bundy[2]

Affiliations :

1 International Alliance of Dermatology Patient Organizations (GlobalSkin), Ottawa, Canada
2 School of Healthcare Sciences, Cardiff University, Cardiff, Royaume-Uni
3 Institut de recherche sur les services de santé en dermatologie et en soins infirmiers, Centre médical universitaire de Hambourg-Eppendorf, Hambourg, Allemagne

Lorsque l'alliance GlobalSkin s'est formée en 2015, fondée par des associations de patients du monde entier, celles-ci ont identifié des failles importantes dans leur capacité à défendre les intérêts de leurs patients, faute de données vérifiables disponibles sur les patients. Cette situation est en grande partie due au fait que les mesures existantes des résultats de santé rapportés par les patients (PROM) ne sont pas guidées par la théorie et ne prennent pas en compte tout l'impact des maladies dermatologiques sur la vie des patients - notamment la stigmatisation, la santé mentale et les difficultés d'intégration - et sous-estiment donc le fardeau des patients.

Le projet Global Research on the Impact of Dermatological Diseases (GRIDD) a donc été lancé en 2017 pour développer le PRIDD (*Patient-Reported Impact of Dermatological Diseases*), un nouvel instrument de mesure de l'impact des affections dermatologiques sur la vie des patients. Cette méthodologie novatrice repose sur le recueil du point de vue des patients sur les impacts de leur maladie. Il s'agit du premier projet de recherche mondial basé sur le point de vue du patient et englobant toutes les affections dermatologiques, y compris les MTN cutanées.

GRIDD est une étude utilisant les méthodes mixtes qui est constituée de cinq phases, toutes achevées depuis janvier 2023 : 1) Une revue systématique COSMIN. 2) Une étude qualitative par entretiens pour développer le cadre conceptuel de l'impact et générer des items. 3) Une étude Delphi pour obtenir le consensus des patients sur les éléments (items) d'impact à inclure en priorité dans le PRIDD. 4) Une étude par entretiens cognitifs pour évaluer la validité du contenu de PRIDD, son acceptabilité et sa faisabilité. 5) Des tests psychométriques.

1) Aucune des 36 PROM évaluées dans la revue systématique n'a été recommandée comme « mesure de référence », surtout à cause des contributions insuffisantes des patients au cours du développement. 2) Le cadre conceptuel a décrit l'impact comme un concept multidimensionnel comprenant des impacts physiques, psychologiques, sociaux et sur les responsabilités dans la vie. 3) L'étude Delphi a réduit le pool d'items candidats en le faisant passer de 263 à 27 pour la version préliminaire du PRIDD. 4) Les entretiens cognitifs ont permis de produire une version du PRIDD à 26 items dont la validité de contenu, la faisabilité et l'acceptabilité ont été confirmées par les patients. 5) Une analyse factorielle confirmatoire a affiné le cadre conceptuel.

Le PRIDD était ajusté au modèle de Rasch et satisfaisait les critères COSMIN de validité structurelle, cohérence interne, validité de construction et fiabilité test-retest. Le PRIDD final à 16 items a passé la phase psychométrique et est prêt à être utilisé. Il va maintenant être traduit de l'anglais original en 16 langues.

Le PRIDD a été développé en partenariat avec 2490 patients représentant 90 affections et provenant de 61 pays, afin de répondre aux critères du groupe COSMIN. Le PRIDD permettra de remédier aux lacunes des mesures existantes et d'améliorer considérablement les perspectives des patients, en fournissant des données quantifiables sur l'impact sur les patients, avec comme objectif d'améliorer la prise de décision en matière de soins de santé aux niveaux individuel, national et mondial, et d'accorder une plus grande priorité aux affections dermatologiques, notamment les MTN cutanées.

GlobalSkin lancera son étude mondiale GRIDD au deuxième trimestre 2023, incluant le nouvel instrument de mesure PRIDD, WHO-5, ED-5D, PHQ-9, GAD-7, DLQI et les données démographiques. Un échantillon de plus de 10 000 personnes dans le monde entier atteintes de maladies dermatologiques, y compris les MTN cutanées, sera recruté. Ces données validées décriront pleinement les difficultés auxquelles se heurtent les patients vivant avec des affections dermatologiques, et contribueront à la validation croisée du nouvel instrument de mesure PRIDD. Les données et les connaissances seront regroupées par maladie et par pays afin que les patients et les organisations qui les soutiennent puissent mener des actions de sensibilisation et de plaidoyer fondées sur des données probantes appelant à un meilleur accès aux soins et aux traitements dont ils ont besoin.

Remerciements

Projet de l'International Alliance of Dermatology Patient Organizations (GlobalSkin) à Ottawa au Canada en collaboration avec l'Institut de recherche sur les services de santé en dermatologie et en soins infirmiers, Centre médical universitaire de Hambourg-Eppendorf, à Hambourg en Allemagne et la School of Healthcare Sciences, Cardiff University, à Cardiff au Royaume-Uni. Financé par GlobalSkin grâce aux partenariats énumérés ici : https://globalskin.org/research.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Intégration à toutes les MTN cutanées dans tous les pays. Appuie également la feuille de route pour les MTN dans les domaines suivants : (1) Accélération des actions programmatiques, (2) Infrastructure et personnel de santé, (3) Renforcement des capacités et sensibilisation, (4) Intégration des plateformes de prestation dans les systèmes de santé nationaux. Également pertinent pour la couverture sanitaire universelle.

Coût socio-économique et effets psychosociaux des plaies chroniques, notamment les formes ulcératives des MTN cutanées, dans le district sanitaire de Tiassalé en Côte d'Ivoire

Auteurs : Dognimin Ismael Coulibaly[1,5], Bognan Valentin Koné[5], Didier Koffi[2,5,6], Raymond N'krumah[4,5], Simone Toppino[7], Marija Stojkovic[7], Thomas Junghanss[7], Bassirou Bonfoh[5]

Affiliations :

[1]Unité de formation et de recherche en sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire
[2]Unité de formation et de recherche en biosciences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
[3]Unité de formation et de recherche des Sciences biologiques, Université Péléforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire
[4]Université de Bâle, Bâle, Suisse
[5]Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire
[6]Programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli, Côte d'Ivoire
[7]Division Maladies infectieuses et médecine tropicale, Service des maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire de Heidelberg, Heidelberg, Allemagne

En Côte d'Ivoire, l'accès à la prise en charge des plaies est limité par des facteurs socioculturels et économiques qui retardent le recours aux soins et entraînent le développement de plaies chroniques. Cette étude visait à en évaluer les coûts socio-économiques pour les patients et les ménages, ainsi que les effets psychosociaux sur ces derniers, dans une sous-population vivant dans la zone du système de surveillance sanitaire et démographique (HDSS) de Taabo.

Une enquête transversale mixte qualitative et quantitative a été menée d'août 2019 à mai 2020 auprès de 34 patients porteurs de plaies et traités à l'unité de prise en charge des plaies, dans le cadre de l'étude prospective en cours à trois niveaux (communauté, centre de santé, hôpital de district où se trouve l'unité) portant sur la prise en charge des plaies en communauté. Les données ont été recueillies à l'aide d'un guide pour les entretiens et d'un questionnaire. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel SPHINX tandis qu'une analyse de contenu thématique a été réalisée pour les données qualitatives. Les paramètres analysés étaient les coûts directs et indirects et l'impact psychologique, émotionnel et social sur les patients.

Le sentiment d'isolement et l'exclusion sociale sont source de détresse pour les patients souffrant de plaies chroniques. Cette situation persiste en partie lorsque la prise en charge des plaies chroniques et compliquées se prolonge dans le temps. La durée des soins entraîne une instabilité familiale et la perte du statut social pour les patients adultes, en particulier les femmes, au sein de la communauté. L'abandon de l'école et l'échec scolaire étaient des phénomènes courants chez les enfants d'âge scolaire. Le coût total moyen de la prise en charge complète des plaies était d'environ 48 000 francs CFA. Les dépenses indirectes non médicales (soutien familial, transport, nourriture, perte de production) représentent 47 % du salaire mensuel ivoirien et 59 % du coût total de la prise en charge des plaies.

L'identification et la prise en charge tardives des plaies, y compris des MTN cutanées, représentent une lourde charge financière et psychosociale pour les patients et les ménages. L'étude en cours portant sur le modèle de prise en charge des plaies en communauté explore la stratégie « Repérer et traiter les plaies précocement » pour cibler le problème en amont, au niveau des ménages, afin de réduire la souffrance et le coût, et faire face en aval au problème de l'accès aux soins dans les centres de santé et les hôpitaux de district.

Remerciements

Nous remercions le personnel du centre de santé d'Ahondo et de l'hôpital de district de Taabo, ainsi que tous les patients qui ont participé à cette étude. Nous exprimons nos remerciements à Louisa Warryn et Gerd Pluschke pour leur aide au diagnostic de l'ulcère de Buruli, au personnel médical du Programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli de Côte d'Ivoire, et aux agents recenseurs du système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo.

Nous sommes très reconnaissants au Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire, au Système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo, Taabo, Côte d'Ivoire, et à l'Initiative DELTAS Africa (Afrique One-ASPIRE/DEL-15-008), Abidjan, Côte d'Ivoire, et au Swiss TPH, Bâle, Suisse pour l'appui au projet en matière d'infrastructure. Nous remercions également le Ministère ivoirien de la santé pour son soutien tout au long de l'étude.

Nous avons reçu un financement pour ces travaux de la part de la Fondation Else Kröner-Fresenius (EKFS), numéro de subvention « 2017_HA19 ».

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Plaies chroniques, fardeau social, économique, psychosocial, prise en charge des plaies, MTN cutanées, ulcère de Buruli, pian, filariose lymphatique, affections dermatologiques courantes.

Profil des incapacités des personnes touchées par la lèpre dans le district de Janjgir-Champa au Chhattisgarh, en Inde

Auteure : Joydeepa Darlong

Affiliation :

The Leprosy Mission Trust India

Introduction

La lèpre peut entraîner des déficiences et des incapacités visibles et fonctionnelles si elle n'est pas traitée à ses débuts. Même après la fin de leur traitement, les personnes touchées par la lèpre peuvent continuer à développer de nouvelles incapacités. Bien que la maladie existe depuis des siècles, on manque encore de données crédibles sur la prévalence des incapacités liées aux déficiences spécifiques à la lèpre. Ce facteur constitue l'un des principaux obstacles à la conception d'interventions efficaces. Compte tenu de ce qui précède, cette étude a été menée en vue d'obtenir des données de référence permettant de planifier, de développer et d'évaluer efficacement une étude de suivi d'une intervention visant à réduire la prévalence des incapacités chez les personnes touchées par la lèpre grâce à une autoprise en charge renforcée. Cette étude faisait partie d'un projet de recherche de 5 ans financé par le NIHR dans le cadre du programme RIGHT (Research and Innovation for Global Health Transformation), NIHR200132.

Méthodes

Une étude descriptive transversale à assise communautaire a été menée d'octobre 2021 à avril 2022 dans 3 quartiers du district de Janjgir-Champa. Les données des registres sanitaires du gouvernement ont été utilisées pour recenser et retrouver les personnes touchées par la lèpre enregistrées au cours des 5 dernières années. Celles atteintes de neuropathie et de déficiences ont été incluses dans l'étude. Après obtention du consentement, les données sociodémographiques et cliniques (ulcères et déficiences au niveau des yeux, des mains et des pieds) ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire semi-structuré sur des tablettes électroniques.

Résultats

1695 patients ont été répertoriés dans les registres officiels. Après recherches, 718 ont été exclus pour diverses raisons et 977 ont été inclus pour contrôle. 779 ont été exclus car exempts de déficiences, ce qui en laissait 198 atteints de déficiences. 55 autres personnes atteintes de déficiences, qui ne figuraient pas dans les registres, ont été identifiées et incluses dans l'étude, ce qui portait à 253 le nombre total de personnes atteintes de déficiences liées à la lèpre.

54,9 % des sujets étaient des hommes, 45 % étaient sans instruction et 43,9 % étaient des agriculteurs. 222 (87,7 %) présentaient une incapacité de degré 2. Le score EHF (œil-main-pied) moyen avec écart-type était de 4±2,27.

129 (50,2 %) avaient une déficience de la main, 209 (82,6 %) une déficience du pied. La prévalence des ulcères chez les personnes souffrant de déficience sensorielle était de 31,58 (25,34-38,35 IC) et chez celles ayant des antécédents d'ulcère, elle était de 66,99 (60,16-73,32). La surface moyenne des ulcères du pied était de 2,39 cm^2 ±4,81 (écart-type). S'agissant des autres varcoiables, le pied tombant (OR 3,52, IC 95 % 1,36-9,11), le raccourcissement du pied (OR 2,88, IC 95 % 1,24-6,69), les callosités du pied (OR 2,76, IC 95 % 1,16-6,57) et le trempage quotidien des pieds à effectuer par le malade lui-même (OR 2,87, IC 95 % 1,4-5,86) se sont avérés être des incapacités significatives.

Discussion

27 à 30 % des personnes atteintes de la lèpre peuvent développer des incapacités pendant et après le traitement. La prévalence des incapacités n'est communiquée qu'à partir des informations fournies au moment de l'enregistrement. La prévalence réelle est donc beaucoup plus élevée que les chiffres connus. Ce sous-ensemble de patients ne relève d'aucun système de surveillance et n'a donc pas accès aux soins liés aux incapacités.

Les interventions d'autoprise en charge qui sont menées en communautés sont essentielles pour la prévention, l'identification précoce et la prise en charge du fardeau des incapacités. Donner aux patients les moyens de prendre soin d'eux-mêmes dès le début de la maladie pourrait contribuer à modifier le scénario actuel des incapacités dues à la lèpre.

Conclusions

Il est nécessaire de créer et de renforcer les initiatives liées à la prévention et à la prise en charge des incapacités. La communication sur les cas et la notification doivent être renforcées et des systèmes de surveillance doivent être mis en place. Les initiatives à assise communautaire amélioreront l'accessibilité aux services, ce qui contribuera grandement à améliorer la prise en charge des incapacités chez les personnes touchées par la lèpre.

Remerciements

The leprosy mission Trust India, National Institute of Health Research

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre

Évaluer l'impact de la tungose sur la qualité de vie au Kenya

Auteurs : Lynne Elson[1, 2], Berrick Otieno[1], Abneel Matharu[3], Naomi Riithi[3], Esther Chongwo[4], Francis Mutebi[5], Herman Feldmeier[6], Jürgen Krücken[7], Ulrike Fillinger[3], Amina Abubakar[1,7]

Affiliations :

[1]Kenya Medical Research Institute (KEMRI)-Wellcome Trust, Kilifi, Kenya ; [2] Centre for Tropical Medicine and Global Health, Nuffield Department of Medicine, University of Oxford, Royaume-Uni ; [3] International Centre of Insect Physiology and Ecology (ICIPE), Human Health Theme, Nairobi, Kenya ; [4] Institute for Human Development, Aga Khan University, Nairobi, Kenya ; [5] School for Veterinary Medicine and Animal Resources, College of Veterinary Medicine, Animal Resources and Biosecurity, Makerere University, Kampala ; [6] Hôpital universitaire de la Charité, Berlin, Allemagne ; [7] Institut de parasitologie et de médecine vétérinaire tropicale, Freie Universität Berlin, Allemagne

La tungose est une maladie cutanée tropicale négligée causée par l'infestation par la puce de sable, *Tunga penetrans*. La puce femelle pénètre sous la peau, principalement celle des pieds, où elle grossit de près de 2000 fois et entraîne une inflammation, des douleurs intenses, et des démangeaisons. Une précédente étude portant sur un petit groupe de patients a révélé que la tungose avait un impact sur la qualité de vie des enfants. Dans cette étude, nous avons voulu évaluer cet impact chez un plus grand nombre d'enfants dans deux régions et cultures distinctes du Kenya en utilisant deux instruments différents.

De février 2020 à avril 2021, 176 élèves âgés de 8 à 14 ans atteints de tungose ont été sélectionnés de manière quasi-aléatoire dans 44 écoles primaires publiques d'un sous-comté de l'ouest du Kenya et de deux sous-comtés de la côte sud du Kenya. Chacun d'entre eux a été interrogé à l'aide d'une version de l'outil nommé index de qualité de vie en dermatologie (mDLQI) modifiée pour pouvoir être utilisée dans le cas de la tungose. Pour chaque élève infecté et les 197 élèves non infectés, les personnes qui s'occupaient d'eux ont été interrogées sur leur propre état de santé à l'aide du questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9), et pour qu'ils évaluent la qualité de vie liée à la santé (QVLS) de leur enfant à l'aide de l'instrument de substitution KIDscreen52®. Les personnes s'occupant des enfants ont également été interrogées à propos des facteurs de risque au sein du foyer. Les données du KIDScreen52® ont été traitées conformément aux procédures standard. Des modèles linéaires généralisés à effets mixtes multiniveaux ou des modèles ordonnés en panel ont été utilisés pour évaluer les associations entre l'état d'évolution de la maladie et les variables d'impact.

Parmi les enfants infectés interrogés à l'aide de l'outil mDLQI, 30,3 % d'entre eux ont déclaré que la tungose avait un impact modéré à très élevé (mDLQI 13-27) sur leur qualité de vie. Les domaines de leur vie les plus touchés étaient les sentiments de tristesse et de honte, la capacité à dormir et à se concentrer à l'école. Il n'y avait pas d'association avec la sévérité de la maladie, une maladie peu sévère ayant <11 puces, une maladie sévère ayant >10 puces (rapport des taux d'incidence ajusté (AIRR) 1,06, IC 95 % 0,85-1,32), mais il y en avait avec la dépression de la personne s'occupant de l'enfant (AIRR 1,38, IC 95 % 1,1-1,72), si une personne s'occupant de l'enfant déclarait avoir pris l'enfant dans ses bras (AIRR 0,66, IC 95 % 0,5-0,86) et si l'enfant déclarait n'avoir parlé à personne lorsqu'il n'était pas bien (AIRR 1,61, IC 95 % 1,25-2,09). L'analyse bivariée a révélé une association positive entre le score mDLQI et les niveaux de douleur (IRR 1,43, IC 95 % 1,31-1,57) et de démangeaison (IRR 1,42, IC 95 % 1,29-1,57). La QVLS des élèves, telle que rapportée par les personnes qui s'occupaient d'eux, était négativement associée à la sévérité de la maladie (coefficient β -23,36, IC 95 % -42,71- -4,01). Cependant, ce résultat était brouillé par la dépression de la personne s'occupant de l'enfant (β -40,65, IC 95 % -57,61 - -23,69), le temps que la personne s'occupant de l'enfant a déclaré passer avec lui (β 24,0, IC 95 % 6,85-41,16) et la région où ils habitent (β 29,72, IC 95 % 13,53-45,9). Les domaines de la qualité de vie liée

à la santé associés à la tungose sévère étaient les émotions négatives (β -4,39, IC 95 % -7,24 - -1,55), la perception de soi (β -4,41, IC 95 % -7,03 - -1,78) et le harcèlement (β -6,06, IC 95 % -9,57 - -2,55). Il n'y avait pas d'association entre cette QVLS évaluée par la personne s'occupant de l'enfant et les niveaux de douleur et de démangeaison rapportés par l'enfant. Les réponses aux deux instruments étaient corrélées négativement l'une avec l'autre d'une manière significative (β -4,22, IC 95 % -6,0 - -2,63, $p<0,001$).

Les deux instruments indiquent chacun que la qualité de vie de ces enfants est affectée par la tungose, mais que l'interférence de nombreuses autres difficultés dans la vie des enfants et peut-être une habitude culturelle de ne pas exprimer les émotions négatives influencent leurs réponses.

Remerciements

Cette étude a été financée par la Fondation allemande pour la recherche (DFG), Allemagne (numéro de projet 405027164 ; KR 2245/7-1)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose

Lutter contre la stigmatisation sociale par des campagnes de sensibilisation communautaire au Tigré, dans le nord de l'Éthiopie

Auteurs : Mahlet Gebrehiwot ; Kelemwork Reda ; Isa Dikomitis

Affiliations :

Université de Mekele, Département d'anthropologie
Université Goethe, Institut Frobenius
Kent and Medway Medical School

La leishmaniose cutanée est endémique dans les zones rurales du nord de l'Éthiopie et reste aujourd'hui un problème majeur de santé publique. Les présents travaux de recherche portent sur la façon dont les personnes atteintes de leishmaniose cutanée coexistent et interagissent avec les membres de leur société et avec les autres lorsqu'elles vivent dans d'autres régions. L'étude a été menée pendant une grande partie de l'année 2022 dans deux districts de la région du Tigré, en Éthiopie, à savoir Degua Tembien et Subuha-Saesi. Un travail ethnographique sur le terrain a été effectué pour comprendre comment les gens perçoivent et comprennent la maladie, et y sont sensibilisés, et pour connaître les attitudes de la communauté envers les patients atteints de leishmaniose cutanée.

Les résultats révèlent que la leishmaniose cutanée a eu un impact considérable sur les conditions de vie des personnes atteintes. Elles ont dû faire face à de nombreuses difficultés au travail, à l'école et lorsqu'elles se retrouvaient dans des rassemblements sociaux, comme au marché ou à l'église, et lors d'activités collectives. Le niveau de handicap au travail et de stigmatisation dépend de la taille et de la localisation des lésions ainsi que des croyances populaires sur le mode de transmission. Si la lésion est présente sur les mains, les jambes et le visage, les patients atteints de leishmaniose cutanée ne parviennent pas à accomplir leurs tâches quotidiennes, notamment les activités agricoles, parce qu'ils se blessent, que la lésion saigne et donc parce qu'ils ont mal. Les personnes atteintes de leishmaniose cutanée renoncent d'elles-mêmes à prendre part aux fêtes religieuses et aux événements sociaux tels que le désherbage, le baptême et les manifestations culturelles, parce qu'elles y sont victimes de stigmatisation sociale ou craignent de l'être. Les enfants abandonnaient l'école parce qu'ils étaient maltraités par leurs camarades et ne se sentaient pas suffisamment en confiance pour jouer avec leurs amis. Les patients présentant des lésions actives n'osaient jamais avoir d'interactions sociales, car ils pensaient que les gens seraient choqués, une situation gênante pour eux. Les femmes atteintes de leishmaniose cutanée se sentaient également moins bien dans leur peau, car elles n'étaient pas choisies pour le mariage à cause des lésions disgracieuses, et se retrouvaient exposées à une stigmatisation sociale. Les conclusions de l'étude soulignent la nécessité de mettre en place des interventions destinées à promouvoir un traitement précoce, à sensibiliser les communautés et à réduire la stigmatisation, ce qui, en fin de compte, permettra aux patients atteints de leishmaniose cutanée d'être plus autonomes. Il conviendra d'inclure, parmi les groupes cibles, les agents de vulgarisation sanitaire, les anciens de la communauté, les chefs religieux, les femmes et les jeunes.

Remerciements

Je tiens à remercier le NHIR pour avoir financé mon programme de doctorat et le projet ECLIPSE pour m'avoir donné cette opportunité et pour avoir couvert mes dépenses de travail sur le terrain.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, stigmatisation, conditions de vie, école, lésion, gêne

L'albinisme dans les zones tropicales : une affection cutanée avec une charge physique, mentale et sociale complexe traitée par un réseau d'acteurs complémentaires

Authors: Antoine Gliksohn

Affiliations :

Global Albinism Alliance

L'albinisme est une maladie congénitale rare, génétique, caractérisée par une diminution ou une absence de pigmentation de la peau, des cheveux et/ou des yeux. L'albinisme est présent dans le monde entier, indépendamment de l'origine ethnique ou du sexe. Les données sur la prévalence sont encore rares et approximatives. Dans les sociétés occidentales, la prévalence de l'albinisme est comprise entre 1:14 000 et 1:17 000. Dans les pays africains, elle se situerait entre 1/1 500 et 1/15 000.

L'absence de pigment mélanique chez les personnes atteintes d'albinisme accroît leur vulnérabilité au soleil. Leur peau est plus exposée aux effets chroniques des rayons UV et elles courent un risque plus élevé de développer un cancer de la peau sans mélanome.

Bien qu'il soit possible de prévenir et de guérir le cancer de la peau chez les personnes atteintes d'albinisme, dans les pays tropicaux, où le rayonnement UV est élevé et le statut socio-économique des populations plutôt faible, de nombreuses personnes atteintes d'albinisme développent des cancers de la peau avant l'âge de 30 ans, ce qui a un impact significatif sur leur espérance de vie.

Outre les problèmes de santé physique, dans les pays tropicaux et subtropicaux, où la population a généralement une pigmentation plutôt foncée, les personnes atteintes d'albinisme sont hyper visibles, ce qui contribue à des problèmes sociaux et psychologiques importants. Leur apparence très particulière est la source d'une stigmatisation, d'une discrimination et d'une marginalisation récurrentes. La plupart des discriminations sociales semblent découler d'un manque d'éducation sur l'albinisme au sein des communautés. La connaissance du patrimoine génétique est limitée, ce qui donne lieu à de nombreux mythes et superstitions profondément enracinés. Dans ces mêmes pays, les personnes atteintes d'albinisme sont souvent victimes de pratiques néfastes liées à la sorcellerie et aux attaques rituelles.

Pour relever ces multiples défis, de nombreuses associations locales et nationales de personnes atteintes d'albinisme ont été créées au cours des quarante dernières années, à commencer par la *Tanzania Albinism Society* (Société tanzanienne de l'albinisme), créée en 1978.

À la fin des années 2000, une plus grande couverture médiatique a conduit plusieurs ONG internationales à lancer des programmes sur l'albinisme dans plusieurs pays subsahariens. Certaines d'entre elles se sont concentrées sur l'accès à l'éducation et le plaidoyer. D'autres ont choisi de travailler sur l'accès à la santé, en développant des programmes de dépistage et de traitement du cancer de la peau, ainsi qu'en mettant en place des unités locales de production de crème solaire.

De plus, des efforts de plaidoyer efficaces au niveau mondial ont conduit à l'adoption de plusieurs résolutions de l'ONU, y compris la création en 2015 d'un mandat au sein du HCDH avec la nomination d'un expert indépendant pour traiter des droits des personnes atteintes d'albinisme.

Récemment, plusieurs pays tropicaux ont fait état d'un engagement gouvernemental actif. Le Deux exemples sont le Panama et la Guinée où les efforts de plaidoyer déployés par les associations nationales de lutte contre l'albinisme ont conduit à l'adoption de lois répondant aux besoins particuliers des personnes atteintes d'albinisme, notamment dans le domaine de la santé de la peau.

Enfin, en 2020, une alliance internationale d'organisations de lutte contre l'albinisme a été créée pour mener des actions de plaidoyer au niveau mondial, améliorer les connaissances sur l'albinisme et aider et soutenir les organisations membres.

Aujourd'hui, ces organisations, ainsi que les prestataires de soins de santé et d'autres organisation de société civiles de défense des droits de l'homme et du handicap, forment un écosystème très riche où chacun a un rôle à jouer et où de meilleurs progrès sont réalisés lorsque toutes les parties prenantes travaillent ensemble. Il est intéressant de noter que, quel que soit le pays, le point de départ de toute initiative réussie semble souvent être l'existence d'une association nationale forte représentant et rassemblant la communauté des personnes atteintes d'albinisme.

Remerciements

Donateurs privés, les petites subventions et les services en nature sont des sources de financement

MTN cutanées et/ou intégration

Cancer de la peau dans l’albinisme

Participation sociale des personnes en situation de handicap liée aux maladies tropicales négligées au Bénin en 2022

Auteurs: Yévèdo Borel Tossou[1] ; Paul Helena Biaka[2]; Fifamin Noel Christelle Gbaguidi[1] ; Vignon Bédié[3] ; Esaï Sèdjro Anagonou[1] ; Mark Nichter [4] ; Anna Giné-March[5] ; Roch Christian Johnson [1,6]

Affiliations :

1Centre Interfacultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement Durable (CIFRED), Université d'Abomey-Calavi, Abomey-Calavi, Benin ; 2Fondation Raoul Follereau, Abidjan, Côte d'Ivoire 3Institut Régional de Santé Publique Ouidah, Bénin ; 4School of Antropology University of Arizona ; 5Fondation Anesvad, Bilbao, Espagne ; 6Fondation Raoul Follereau, Paris, France

Introduction

La question du handicap soulève un ensemble de problématiques multi sectorielles qui, non résolus, génèrent des obstacles pour l'intégration des personnes en situation de handicap. Les personnes atteintes des maladies tropicales négligées dépistées à une phase tardive, gardent des séquelles invalidantes qui affectent leur vie sociale et économique à cause des stigmatisations. Notre objectif est d'identifier les facteurs associés à la participation sociale des personnes en situation de handicap liées aux maladies tropicales négligées dans les communes de Ouidah, Lalo, Pobè et de Allada au Bénin en 2022.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale et analytique qui s'est déroulée de 2021 à 2022. La population d'étude est constituée des personnes en situation de handicaps liés aux maladies tropicales négligées dans les communes suscitées et environs. L'échantillon est aléatoire systématique. La variable dépendante est la participation sociale évaluée à l'aide de l'Echelle P. Elle est catégorisée en cinq degrés de restriction définies selon l'OMS, et qui ont été rendus binaires (pas de restriction ou avec restriction). Les variables indépendantes sont celles sociodémographiques, socioéconomique, liées au diagnostic et évolution, liées au soutien, à la perception et à la psychologie.

Résultats

418 personnes étaient en situation de handicap avec 72,2% de restriction de la participation sociale. Les types de maladies tropicales négligées à manifestations cutanées liés aux handicaps étaient l'ulcère de Buruli, la lèpre et la filariose lymphatique. La population d'étude était à prédominance masculine avec un sex ratio de 1,4 ; l'âge moyen était de 36 ± 20 ans (min: 1,5 ans ; max: 90 ans); 70,1% étaient des chrétiens ; 95,7% avaient un revenu bas. Elles étaient célibataires à 43,5%et n'étaient pas instruits à 53,6%. Les types de handicap rencontrés étaient moteur (62,7%), sensoriel (22,7%) ou à type d'infirmité motrice cérébral (8,6%). Les causes du handicap (ORa : 1,22 [1,05-1,42] ; p = 0,011) ; les soins personnels (ORa : 0,38 [0,19-0,71] ; p = 0,003) et l'acceptation du handicap par la famille (ORa : 0,36 [0,15-0,85] ; p = 0,025) étaient les facteurs associés à la participation sociale.

Conclusion

La majorité des personnes en situation de handicap avaient une restriction de la participation sociale. L'acceptation par la famille protégeait contre les restrictions, alors que la cause du handicap en augmentait le risque, témoignant ainsi du fait que la restriction est essentiellement le résultat de la stigmatisation de la communauté. Des interventions de sensibilisations en faveur des personnes en situation de handicap et à l'endroit de la communauté permettront de réduire ces stigmatisations

Remerciements

Ce travail fait partie du projet Disability qui est soutenu par les foundations ANESVAD et Raoul Follereau

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Participation sociale, personne en situation de handicap, maladies tropicales négligées, Bénin

Qualité de vie liée à la santé des adultes atteints de leishmaniose cutanée à l'hôpital ALERT d'Addis-Abeba en Éthiopie

Auteurs : Shimelis Doni[1], Kidist Yeneneh[2], Yohannes Haile Michael[3], Mikyas Gebremichael[3], Sophie Skarbek[4], Samuel Ayele[3], Abay Woday[3], Saba Lambert[1, 5], Stephen L. Walker[5], Endalamaw Gadisa[3]

Affiliations :

[1]Hôpital ALERT, Addis-Abeba, Éthiopie ; [2]Université d'Addis-Abeba, Addis-Abeba, Éthiopie ; [3] Institut de recherche Armauer Hansen, Direction de la recherche sur les maladies tropicales négligées et le paludisme, Addis-Abeba, Éthiopie ; [4]Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Sheffield, Royaume-Uni ; [5]Faculty of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni

La leishmaniose cutanée (LC) est la forme la plus courante de la leishmaniose. La leishmaniose cutanée représente un lourd fardeau pour l'Éthiopie. Les effets de la leishmaniose cutanée sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) des personnes atteintes n'ont pas été formellement évalués en Éthiopie.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie liée à la santé chez les adultes atteints de leishmaniose cutanée active à l'hôpital ALERT d'Addis-Abeba, en Éthiopie, en utilisant la version amharique de l'index de qualité de vie en dermatologie (DLQI).

Une étude transversale a été menée auprès des adultes éligibles atteints de leishmaniose cutanée, au cours de laquelle un personnel de santé formé s'est chargé de faire remplir le questionnaire DLQI.

302 patients atteints de leishmaniose cutanée active ont participé. Le score DLQI médian était de 10 (IQR 8). Il n'y avait pas de différence significative dans les scores DLQI entre les participants hommes et femmes ou entre les habitants des zones rurales et urbaines. Les scores DLQI étaient plus élevés chez les patients diagnostiqués comme ayant une forme diffuse (DCL) de leishmaniose cutanée (médiane 18), que chez ceux ayant une forme localisée (LCL) ou cutanéo-muqueuse (MCL) de la maladie. Le domaine « travail et école » du DLQI était le plus affecté, avec un score égal à 71 % du total des scores possibles, suivi par le domaine « symptômes et sentiments » (54,5 %), tandis que le domaine « relations personnelles » affichait le score le plus bas (22,2 %). Les hommes étaient significativement plus affectés que les femmes dans les domaines des « loisirs » et des « relations personnelles ».

Conclusion : dans notre étude, les participants ont tous déclaré que la leishmaniose cutanée avait un impact sur leur QVLS, avec un effet allant de faible à extrêmement important. Le sous-domaine de l'index DLQI le plus souvent affecté était « travail et école ». Les médecins doivent avoir conscience de la forte prévalence de la QVLS dégradée chez les personnes touchées par la leishmaniose cutanée, et devraient en tenir compte dans le cadre d'une bonne prise en charge. Des conseils doivent être donnés sur la nature de la maladie, les options thérapeutiques ainsi que les résultats cliniques et les complications. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'association entre différents paramètres cliniques et l'effet du traitement sur la QVLS, éventuellement avec des outils plus adaptés à cette maladie.

Remerciements

Ces travaux ont été financés par l'Institut de recherche Armauer Hansen (AHRI) (financement de base : NORAD et Sida). Nous sommes reconnaissants à toutes les personnes qui ont participé à l'étude pour le temps qu'elles nous ont consacré, ainsi qu'aux dermatologues et au personnel du service de dermatologie. Le D[r] Michael Marks a participé aux discussions concernant l'analyse.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, QVLS, DLQI, Éthiopie

Observations ethnographiques sur la prise en charge des plaies dans le milieu de la médecine traditionnelle dans le district d'Atwima Mponua de la région d'Ashanti au Ghana

Auteurs : Edmond Kwaku Ocloo[1,2], Daniel Okyere[1], Emmanuel Afreh Kyei[1,2] Ishaque Siaw-Mintah[1], Adwoa Asante-Poku[1], Jennifer Palmer,[3] Tara Mtuy[3], Dorothy Yeboah-Manu[1], Collins S. Ahorlu[1], Eric Koka[2], équipe SHARP[1,2,3]

Affiliations :

[1]Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon, Ghana
[2]Department of Sociology and Anthropology, University of Cape Coast
[3]London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Les malades tropicales négligées (MTN) cutanées telles que la lèpre et l'ulcère de Buruli sont perçues comme des maladies de pauvres. Des études ont démontré que dans de nombreuses zones d'endémicité, les gens cherchent le plus souvent à se faire soigner d'abord dans les milieux de la médecine traditionnelle avant de venir consulter en établissement de santé. Ce comportement peut être dû, entre autres, aux difficultés financières rencontrées par les patients, au manque d'accès aux établissements de santé ou encore à la piètre attitude du personnel de santé dans ces établissements, lorsqu'ils existent. Cependant, il existe un cruel manque d'informations sur les soins reçus par les personnes touchées dans ces milieux de pratique thérapeutique traditionnelle. Les objectifs de l'étude étaient de comprendre comment les plaies de l'ulcère de Buruli sont prises en charge chez les acteurs de la médecine traditionnelle et de caractériser les interactions entre le tradipraticien et les patients et entre les patients.

Nous avons réalisé une étude ethnographique d'un an qui comprenait des observations directes et des conversations informelles dans le milieu des guérisseurs traditionnels afin de mieux comprendre les interactions entre le guérisseur traditionnel et les patients lors du traitement des plaies dans ce milieu. Dix (10) patients souffrant d'ulcère de Buruli ont été spécialement sélectionnés pour l'étude avec l'aide du guérisseur traditionnel. Avant la collecte des données, le consentement du guérisseur traditionnel et des patients a été demandé.

D'une manière générale, nous avons observé que le guérisseur traditionnel s'occupait des plaies pratiquement toujours de la même façon, par exemple en les pansant à l'aide de matériel non stérilisé (gaze, coton et pansements), en les nettoyant avec du peroxyde d'hydrogène ou encore en les traitant avec des préparations locales à base de plantes. En observant les processus de pansement des plaies, nous avons relevé quelques défaillances en matière de lutte anti-infectieuse, notamment l'utilisation par le guérisseur traditionnel de ciseaux non stérilisés, et la plupart du temps, l'utilisation d'une seule et même paire de gants pour tous les patients. Cependant, nous n'avons relevé aucun signe de préjugé ou de comportement stigmatisant, et nous avons constaté à plusieurs reprises que les guérisseurs sympathisaient avec les patients et faisaient preuve d'empathie pendant le traitement.

Les conversations informelles avec les patients ont révélé que la confiance inconditionnelle dans l'efficacité de la prise en charge traditionnelle des plaies, les croyances locales associées aux causes de la maladie, les témoignages/récits de réussite, le faible coût du traitement, les soins compatissants et respectueux, et la flexibilité du paiement sont quelques-uns des facteurs qui favorisent le recours à la prise en charge traditionnelle des plaies plutôt qu'aux soins de santé formels. Les interactions avec le

guérisseur traditionnel suggèrent qu'il est prêt et disposé à collaborer avec le système de soins formel pour répondre aux besoins sanitaires des patients atteints de MTN cutanées.

Les conclusions de cette étude concordent avec d'autres résultats de recherche selon lesquels le coût des traitements, les étiologies locales, le système d'orientation non professionnel, les attitudes et les comportements des prestataires de soins de santé, entre autres, incitent les patients à choisir les soins dispensés par les guérisseurs traditionnels plutôt que le système de soins formel. Les résultats de cette étude suggèrent que les guérisseurs traditionnels jouent un rôle utile dans le soutien des personnes souffrant d'affections cutanées au sein de la communauté, en assurant à la fois la prise en charge des plaies et un accompagnement psychosocial informel. Cependant, nous avons constaté que des mesures inadéquates de lutte anti-infectieuse pouvaient favoriser la transmission d'autres infections d'un patient à l'autre. Par conséquent, nous recommandons à la direction de la santé du district et aux autres parties prenantes concernées d'explorer des mesures telles que la mise en place d'un réseau de guérisseurs traditionnels dans le district et l'initiation de ces derniers aux bonnes pratiques de prise en charge des plaies et à l'orientation vers les services appropriés si nécessaire, afin d'améliorer les résultats en termes de recours aux soins pour les patients atteints de MTN cutanées.

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les personnes ayant participé à cette étude. Le Skin Health Africa Research Programme est financé par le programme RIGHT (Research and Innovation for Global Health Transformation) [numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/. Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, stigmatisation

Autonomiser les personnes atteintes de leishmaniose cutanée au Brésil, en Éthiopie et à Sri Lanka : une approche décoloniale de la recherche en santé mondiale (ECLIPSE)

Auteurs : Agampodi, Suneth, Agampodi, Thilini, Dikomitis, Lisa, Machado, Paulo, Mulugeta, Afework, Price, Helen, Trad, Leny au nom de l'équipe ECLIPSE

Affiliations :

Université de Rajarata de Sri Lanka, Sri Lanka
Kent and Medway Medical School, Royaume-Uni
Université fédérale de Bahia, Brésil
Université de Mekele, Éthiopie
Keele University, Royaume-Uni

La leishmaniose cutanée est une maladie tropicale négligée stigmatisante qui touche des communautés très marginalisées et mal desservies, partout dans le monde. Les stratégies de lutte contre la maladie sont souvent centrées sur l'approche médicale, ignorant le lourd fardeau psychosocial de cette affection. Nous présentons ici les résultats du programme interdisciplinaire ECLIPSE, d'une durée de cinq ans, qui vise à améliorer le parcours de prise en charge des patients atteints de leishmaniose cutanée et à réduire la stigmatisation dans les communautés les plus défavorisées du Brésil, de l'Éthiopie et de Sri Lanka. ECLIPSE réunit une équipe internationale, interculturelle et multidisciplinaire de plus de 60 chercheurs, dont des anthropologues, des parasitologues, des cliniciens, des psychologues, des spécialistes de la leishmaniose et des chercheurs en santé publique, qui travaillent directement avec les membres des communautés des trois pays pour développer des interventions culturellement appropriées.

L'équipe d'ECLIPSE œuvre en faveur d'un parcours de prise en charge du patient qui soit holistique, centré sur le patient et basé sur un modèle biopsychosocial de la leishmaniose cutanée. Deux types d'interventions sont actuellement co-développés, mis en œuvre et évalués dans chaque pays d'ECLIPSE, qui visent à promouvoir un diagnostic précoce et à encourager le recours aux soins, à réduire l'isolement social et la stigmatisation, à autonomiser les communautés où la leishmaniose cutanée est endémique et à améliorer les circuits de traitement. L'équipe d'ECLIPSE a utilisé une série de méthodes qualitatives et quantitatives ainsi que des théories anthropologiques pour avoir une connaissance plus approfondie des expériences et des points de vue des personnes, des communautés et des professionnels de la santé sur les effets de la leishmaniose cutanée sur la vie quotidienne des personnes touchées et sur ce qui les empêche de consulter, d'obtenir un diagnostic précis et précoce de leur maladie et de recevoir un traitement efficace. Les connaissances acquises servent maintenant à élaborer de nouvelles interventions : des campagnes de promotion de la santé visant à mieux faire connaître la maladie et à réduire la stigmatisation associée à la leishmaniose cutanée dans les communautés touchées afin de faciliter le recours aux soins de santé, et des programmes de formation pour les professionnels de la santé et de l'éducation.

L'équipe d'ECLIPSE s'est fermement engagée à impliquer les membres des communautés dans toutes les activités d'ECLIPSE mises en œuvre dans les pays partenaires. Chaque étape de notre programme de santé mis en application est menée avec les membres des communautés, conformément à notre éthique : « *no research about us, without us* » (pas de recherche sur nous, sans nous). Nous reconnaissons, valorisons et élargissons les connaissances et les perceptions des communautés sur la santé et la maladie, ainsi que sur les facteurs qui facilitent ou entravent le recours aux soins de la leishmaniose cutanée. Cette

reconnaissance place l'engagement et la participation des communautés au cœur d'ECLIPSE. En combinant les connaissances des communautés issues de l'expérience, avec d'autres connaissances (telles que les connaissances biomédicales et anthropologiques), on permet la co-création de nouvelles connaissances, un processus sur lequel s'appuient les interventions d'ECLIPSE.

Remerciements

Le programme ECLIPSE est financé par le National Institute for Health and Care Research (NIHR) (NIHR200135) à travers le dispositif UK Aid du gouvernement britannique en appui à la recherche en santé mondiale. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles du ou des auteurs et pas nécessairement celles du NIHR ou du Department of Health and Social Care (Royaume-Uni).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, stigmatisation, sciences sociales, anthropologie, parcours de prise en charge du patient, interventions

Qualité de vie des patients atteints de gale : étude transversale avec le questionnaire sur la qualité de vie en dermatologie

Auteur : Prajwal Pudasaini

Affiliation :

Civil Service Hospital, Gouvernement du Népal

La gale a une forte prévalence et elle est un grand problème de santé publique dans de nombreuses régions du monde.

Dans certaines zones, elle représente la cinquième dermatose la plus courante, avec un grand nombre de cas observés l'été. À l'échelle mondiale, sa prévalence est d'environ 300 millions de cas, beaucoup d'entre eux survenant en Asie du Sud-Est. Au Népal, le taux de prévalence de la gale est de 5,5 %, avec une prédominance dans les couches socio-économiques inférieures.

Nous avons mené une étude observationnelle prospective chez les patients qui se sont présentés d'avril 2021 à avril 2022 à notre hôpital public avec un tableau clinique correspondant à la gale. Après obtention du consentement éclairé par écrit, l'évaluation de la qualité de vie a été faite au moyen d'un questionnaire auto-administré pour établir l'indice de qualité de vie en dermatologie (DLQI : Dermatology Life Quality Index).

L'analyse finale a inclus 119 patients. Dans ce groupe, 76,5 % étaient de sexe masculin, 61,3 % vivaient seuls et 57,1 % étaient des étudiants. La population de l'étude avait un âge moyen de 24,69 ± 8,74 ans. Près de la moitié (42,8 %) avait eu la gale pendant plus d'un mois.

Pour 51 % des patients, au moins un membre de la famille présentait des symptômes similaires. Quarante-six (38,6 %) avaient des infections bactériennes cliniquement visibles au moment de la consultation et 63 % avaient les quatre membres et le tronc atteints. L'impact global sur la qualité de vie était « très grand », avec un score moyen au DLQI de 12,91 ± 5,93. Les patients de sexe masculin avaient un score légèrement plus élevé. Le sous-domaine des symptômes et du ressenti était le plus impacté, avec une altération de 68 %, tandis que celui des relations personnelles était le moins touché, avec 27 %.

Nos résultats montrent que les patients ayant la gale ont une baisse sensible de leur qualité de vie. Dans notre étude, la majorité des patients atteints était des étudiants de sexe masculin, vivant seuls. Le score total du DLQI, de 12,91dans notre étude, a été plus élevé que celui obtenu lors d'une étude en Chine : DLQI moyen de 10.

Une autre étude similaire au Brésil, utilisant un DLQI modifié, a montré une baisse modérée de la qualité de vie pour la majorité des patients brésiliens.

En résumé, notre étude souligne l'impact élevé de la gale sur la qualité de vie, même en cas de brève durée de la maladie.

Remerciements

Mme Indu Acharya Paudel (infirmière en dermatologie), financement : Aucun

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

DLQI, qualité de vie, gale

Ulcère de Buruli et pian au Ghana : expériences et impacts de la stigmatisation, et stratégies d'adaptation, chez les patients et anciens patients

Auteurs : Ruth Tuwor[1,2], Tara Mtuy[3], Lucy Owusu[2], Michael Oppong[2], Abigail Agbanyo[2], Bernadette Agbavor[2], Yaw Ampem Amoako[2], Richard Phillips[2], Jonathan Dapaah[1], Jennifer Palmer[3], pour la SHARP Collaboration

Affiliations :

[1]Department of Sociology and Social Work, Kwame Nkrumah University of Science and Technology (KNUST), Kumasi
[2]Kumasi Centre for Collaborative Research, KNUST, Kumasi
[3]London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres

Introduction

Depuis plusieurs décennies, la stigmatisation liée aux maladies tropicales négligées (MTN) est reconnue comme une préoccupation mondiale, en particulier pour celles qui présentent des manifestations sur la peau (les MTN dites « cutanées »). Malgré cela, cette stigmatisation reste un problème, car elle contribue à la détérioration de l'état de santé et représente une charge psychosociale importante pour les patients et les personnes qui s'occupent d'eux. Pour autant, les études sont restées concentrées sur la stigmatisation de certaines MTN cutanées particulières dans des contextes sociaux limités. Pourtant, conformément à l'appel de l'OMS en faveur de l'intégration des approches en matière de soins, il serait peut-être crucial de disposer d'un ensemble plus holistique de données probantes comparant les formes et les types de stigmatisation des MTN cutanées qui coexistent dans le même environnement géographique, afin de guider des interventions intégrées visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes touchées dans des milieux spécifiques. Cette étude a donc cherché à explorer de manière holistique la stigmatisation associée à deux importantes MTN cutanées - l'ulcère de Buruli et le pian - dans une sélection de districts du sud du Ghana, afin de mieux connaître les facteurs prédictifs de la stigmatisation communautaire, le vécu des patients, les impacts et les stratégies d'adaptation.

Méthodes

Un plan d'étude utilisant les méthodes mixtes simultanées a été utilisé. Les données ont été collectées sur une période de deux mois (juin-juillet 2022) pour les deux volets de l'étude.

Tout d'abord, en utilisant la méthode d'échantillonnage à plusieurs degrés, un total de trois cent quatre-vingt-quatre (384) membres de la communauté originaires de 16 communautés du district d'Atwima Mponua ont été interrogés et analysés à l'aide de SPSS pour comprendre quelles étaient les connaissances, les croyances et les attitudes de la communauté qui renforçaient la stigmatisation.

En plus de cela, des entretiens en face à face ont été menés auprès de 31 patients présentant des lésions (infection) anciennes ou actives d'ulcère de Buruli (15) ou de pian (16) dans les districts d'Atwima Mponua et d'Upper Denkyira West au Ghana. Les entretiens ont été menés et analysés de manière thématique afin d'explorer les expériences vécues, les effets et les stratégies d'adaptation employées pour gérer la stigmatisation liée à la maladie. Pour trouver les participants, les dossiers des établissements de santé ont été consultés, mais le principe de saturation des données a servi de guide pour réguler le nombre de participants, majoritairement jeunes (24 ans et moins), prenant part à ce volet de l'étude.

Résultats

Notre enquête a révélé que les idées fausses des communautés sur les causes, la transmission, la guérison et la prévention des maladies étaient corrélées aux attitudes stigmatisantes envers les personnes touchées par l'ulcère de Buruli et le pian. D'après les entretiens avec les patients, c'est dans le cas de l'ulcère de Buruli que la stigmatisation était plus marquée, sous des formes variées telles qu'exclusion, injures, moqueries et discrimination. Cependant, les stigmates intériorisés et ressentis étaient plus fréquemment associés au pian qu'à l'ulcère de Buruli. Les personnes touchées ont déclaré que les expériences de stigmatisation qu'elles ont vécues, infligées par la communauté ou par elles-mêmes, ont eu chez elles des répercussions négatives, telles qu'une charge psychosociale, le manque de réussite scolaire et des relations sociales difficiles. Cependant, il a été noté que sous l'effet de la stigmatisation vécue ou crainte, beaucoup de patients se sont fait soigner et ont bien suivi leur traitement ; des constatations qui vont à l'encontre de quelques témoignages dominants du passé, selon lesquels une expérience de stigmatisation était associée à un faible recours aux soins. Les patients ont réagi à la stigmatisation par la dissimulation, la religion, la confrontation, la divulgation sélective et la gestion de l'information.

Discussion/Conclusion

Comme cela a été démontré pour d'autres MTN comme la leishmaniose cutanée, les stratégies d'éducation communautaire (affiches, campagnes, refrains, clips vidéo, etc.), appliquées parallèlement à d'autres interventions, sont cruciales pour promouvoir la connaissance et la perception des maladies par les communautés, et contribuer ainsi à réduire les comportements stigmatisants.

De plus, comme cela a été proposé pour d'autres maladies chroniques associées à une stigmatisation intériorisée comme le VIH, où les interventions de conseil ont permis de réduire l'anxiété et d'encourager l'intégration sociale, nous encourageons l'intégration et le renforcement des mesures psychosociales dans la prise en charge des personnes touchées, car un haut niveau d'auto-stigmatisation était associé aux deux maladies dans l'étude.

Remerciements

Nous souhaitons remercier les personnes et les communautés pour leur participation aux travaux du programme de recherche Skin Health Africa Research Programme.

Le Skin Health Africa Research Programme est financé par le programme RIGHT (Research and Innovation for Global Health Transformation) [numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/

Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, pian, stigmatisation, intégration, macro, micro, intériorisé

Séance 5 : Incapacités, réadaptation, stigmatisation, santé mentale et inclusion – Autres résumés

La podoconiose, une maladie négligée

Auteurs : Aldo Morrone, Mauro Berta, Ottavio Latini, Alessandra Scarabello, Francesco Vaia, Hagos Godefay, Esayas Haregot, Antonio Cristaudo

Affiliations :

IFO San Gallicano (IRCCS), Rome, Italie
Bureau régional de la santé du Tigré, Mekele, Éthiopie
Institut de la recherche en santé du Tigré, Mekele, Éthiopie

La podoconiose, également appelée éléphantiasis endémique non filarien ou éléphantiasis nostras verruqueux, est une maladie géochimique inflammatoire qui survient chez les personnes vivant au contact de sols composés d'argile rouge, provenant de roches volcaniques alcalines. La podoconiose a été identifiée en 2011 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme une maladie tropicale négligée, mais aucune cible mondiale n'a encore été fixée pour son élimination. Ces dernières années toutefois, la recherche scientifique sur la podoconiose a fait des progrès considérables et la détermination des pays d'endémie à lutter contre la maladie s'est accrue, de sorte que son élimination est désormais inscrite au programme d'action mondial en faveur de la santé. Il s'agit d'une maladie chronique et débilitante qui, bien que rarement signalée en dehors des régions d'endémie, est considérée comme un problème de santé majeur dans au moins 10 pays d'Afrique tropicale, d'Amérique centrale et d'Amérique du Nord. Rien qu'en Éthiopie, environ 11 millions de personnes (10 % de la population) sont à risque, et une estimation récente basée sur les données de prévalence dans une zone d'endémie du sud de l'Éthiopie laisse penser qu'entre 500 000 et un million d'individus sont touchés dans ce pays. La stigmatisation sociale des personnes touchées est forte et se traduit par d'importantes limitations sociales, éducatives et religieuses.

L'impact de la podoconiose n'est pas clairement défini à l'heure actuelle, mais les estimations disponibles semblent indiquer qu'à l'échelle mondiale, plus de 4 millions de personnes sont atteintes de podoconiose, principalement dans les pays tropicaux d'Afrique, d'Amérique centrale et du Sud, et d'Asie du Sud-Est. Ce sont les pays d'Afrique tropicale qui supportent le plus lourd fardeau de la maladie. La recherche scientifique a recensé au moins 32 pays où la maladie est endémique ou présumée endémique.

Remerciements

Publié dans le magazine scientifique « Il Dermatologo » sans aucune source de financement

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Podoconiose et intégration, Italie, Éthiopie

Stigmatisation liée à la tungose et pratiques de lutte dans une région d'hyperendémie du nord-est de l'Ouganda

Auteurs : Hannah McNeilly[1], Marlene Thielecke[2], Francis Mutebi[3], Mike Banalyaki[4], Felix Reichert[5], Hermann Feldmeier[6]

Affiliations :

[1]Edinburgh Medical School : Biomedical Sciences, The University of Edinburgh
[2]Institut de médecine tropicale et de santé internationale, Hôpital universitaire de la Charité, Berlin, Allemagne
[3]School of Veterinary Medicine and Animal Resources, College of Veterinary Medicine, Animal Resources and Biosecurity, Makerere University Kampala, Ouganda
[4]Innovations for Tropical Disease Elimination (IFOTRODE), Jinja, Ouganda
[5]Département d'épidémiologie des maladies infectieuses, Institut Robert Koch, Berlin, Allemagne
[6]Institut de microbiologie, maladies infectieuses et immunologie, Hôpital universitaire de la Charité, Berlin, Allemagne

Les maladies tropicales négligées (MTN) cutanées sont à l'origine d'une importante stigmatisation du fait de leur visibilité et de leur association avec la pauvreté et parfois avec l'hygiène. Mais comment la stigmatisation se manifeste-t-elle dans les communautés où la majorité des membres sont touchés ?

Cette étude menée au sein des ménages examine la stigmatisation liée à la tungose et les pratiques de lutte dans le district rural très pauvre de Napak, au nord-est de l'Ouganda, où la tungose est hyperendémique. Nous avons conduit une enquête dans 17 villages auprès des principaux chefs de famille (n=1329) sous la forme d'un questionnaire sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) à l'échelle communautaire, et nous avons procédé à un examen clinique des personnes interrogées pour détecter la présence de tungose. Des questions issues du questionnaire CAP relatives à la stigmatisation et aux pratiques de lutte, ainsi que les données sociodémographiques, ont été sélectionnées pour cette présentation.

La prévalence de la tungose parmi nos répondants était de 61,0 %. La plupart des personnes interrogées n'avaient pas reçu d'éducation formelle (84,7 %) et décrivaient leur situation professionnelle comme un emploi occasionnel (43,2 %), une petite exploitation agricole (14,9 %) ou « aucun métier » (29,1 %). La tungose était perçue comme une maladie grave et débilitante et la stigmatisation liée à la tungose était courante dans ce contexte d'hyperendémie. Les personnes interrogées ont affiché des attitudes de jugement (42,0 %), associant fréquemment la tungose à la paresse, à la négligence et à la saleté, mais aussi des attitudes de compassion (36,3 %), par exemple en se montrant désolées pour les personnes atteintes de tungose ou en déclarant qu'elles avaient besoin d'aide. Bien que les personnes interrogées aient indiqué s'efforcer d'avoir une bonne hygiène corporelle et de garder le sol de leur maison propre (mesures importantes de prévention de la tungose), le manque d'accès à l'eau et au savon était courant. Les pratiques thérapeutiques locales les plus fréquentes étaient l'extraction manuelle dangereuse des puces de sable à l'aide d'instruments tranchants (89,8 %) et l'application de substances diverses et parfois toxiques (58,4 %).

Un accès fiable à des traitements sûrs et efficaces, et à l'eau, est essentiel pour réduire le fardeau de la stigmatisation et de la morbidité associées à la tungose, et pour mettre fin aux tentatives de traitement dangereuses dans ce contexte d'hyperendémie.

Remerciements

De vifs remerciements sont adressés au D[r] George Mukone, notre responsable de projet, ainsi qu'à Rebecca Arono, notre gestionnaire de données, à Proscovia Mukobe, notre infirmière pour l'étude, et à Gertrude Angel Nabbale, assistante sociale, pour leur précieuse contribution. Nous sommes reconnaissants pour la collecte de données effectuée par les agents de santé basés dans les villages en capacité de détecter la tungose (les *Village Tungiasis Health Workers*), et du soutien apporté par les équipes médicales des villages et les dirigeants des conseils locaux. Toutes les activités de collecte de données ont été coordonnées par Innovations for Tropical Disease Elimination (IFOTRODE).

Ces travaux de recherche ont été financés par la Fondation Else Kröner-Fresenius (EKFS), une institution philanthropique qui finance des projets humanitaires en Afrique, et par German Doctors e.V., une ONG dont l'objectif est de fournir des traitements aux personnes vivant dans des environnements pauvres en ressources.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose

Prévenir et prendre en charge les déficiences liées à la lèpre : le recours aux dispositifs d'assistance

Auteurs : Sathish Paul, David Prakash, Suresh, Priyanka

Affiliations :
Schieffelin Institute of Health Research & Leprosy Centre

Les accessoires et appareils fonctionnels sont et doivent être incontournables dans la prise en charge et la prévention des déficiences, des difformités et des ulcères plantaires chez les malades de la lèpre. Dans un centre de référence pour la lèpre tertiaire en Inde, des accessoires et appareils fonctionnels ont été développés et expérimentés pour prévenir et prendre en charge les déficiences et les incapacités. Ces approches innovantes ont aidé les patients atteints de la lèpre à prendre en charge leurs déficiences et à prévenir leur apparition.

En communiquant régulièrement et en explorant les difficultés rencontrées par les patients atteints de la lèpre pour surmonter leurs déficiences, il a été possible d'identifier les domaines clés nécessitant une assistance. Le besoin d'assistance concernait principalement les patients présentant des déficiences les empêchant d'accéder aux services de santé dont ils avaient besoin et de disposer à tout moment de leurs informations de traitement personnelles. La mise au point de dispositifs de décharge efficaces précédée d'une évaluation des pics de pression plantaire, avec des solutions appropriées et rentables, était essentielle pour les patients atteints de la lèpre.

Les soins quotidiens auto-administrés représentant un défi pour les patients souffrant de pieds anesthésiés et d'ulcères, **les téléphones portables et les appels gratuits** ont été utilisés pour améliorer l'adhésion de ces patients. De nouveaux modèles ont été testés à l'aide d'études de simulation sur ordinateur afin de **vérifier l'efficacité de la décharge** d'un pied ulcéré ou anesthésié. Les études de simulation ont permis de mettre au point des prototypes idéaux pour décharger le pied anesthésié touché par la lèpre.

Le pic de pression plantaire est l'un des facteurs clés de l'apparition d'ulcères plantaires en cas d'anesthésie distale du pied. L'identification des **pics de pression plantaire à l'aide de semelles sensorielles tactiles** en temps réel a permis de réduire les pressions plantaires et également de fournir un biofeedback (rétroaction biologique) personnalisé aux patients atteints de la lèpre. Les pics de pression identifiés ont également été utiles pour développer **des semelles et des chaussures personnalisées** à l'aide d'un équipement de conception et de fabrication tridimensionnelles assistées par ordinateur.

Une méthode de **gestion virtuelle des données basée sur l'informatique en nuage**, conçue et développée par l'institut, a permis de faciliter la collecte, le stockage et l'extraction des données des patients, tant par le personnel de santé que par les patients eux-mêmes, quelle que soit leur situation géographique.

Ces cinq méthodes innovantes ont aidé les malades de la lèpre à accéder à leur traitement et à leurs dossiers médicaux depuis n'importe quel endroit proche de leur lieu de séjour. La technologie a permis aux patients de savoir repérer et prévenir les ulcères plantaires en cas de pied anesthésié. Les mesures de décharge conçues et développées ont aidé à protéger le pied exposé au risque d'ulcères, mais aussi à guérir les ulcères qui s'étaient développés.

Les appareils d'assistance innovants et rentables conçus et développés par l'institut ont aidé à la prise en charge du patient en temps réel. Toutes ces approches, si elles sont testées, adaptées et expérimentées davantage, contribueront à rendre la prise en charge des malades de la lèpre plus viable et plus rentable.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Initiative de recherche sur la lèpre (LRI) et les American Leprosy Missions pour le financement de ces projets.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

lèpre, incapacité, dispositifs d'assistance, m-Health, santé mobile

Soutien psychologique de base pour les personnes atteintes de maladies tropicales négligées, dispensé par des pairs - une étude de validation du concept (POC)

Auteurs : Wim van Brakel, Ashok Agarwal, Pradeepta Nayak, Heleen Broekkamp, CP Mishra

Affiliations :

NLR India, Delhi, NLR International, Amsterdam, Université hindoue de Bénarès, Varanasi, Inde

Les personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la filariose lymphatique (FL) sont connues pour faire l'objet de stigmatisation et de discrimination, et beaucoup d'entre elles se trouvent en situation de mal-être mental. Cependant, il existe peu de données probantes sur les interventions à assise communautaire qui abordent ces problèmes.

Notre objectif était d'apporter la preuve du concept selon lequel un soutien psychologique de base dispensé par des pairs peut permettre aux personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la FL d'être moins confrontées à la stigmatisation et de retrouver un meilleur niveau de bien-être mental et de participation sociale.

L'outil de l'OMS relatif aux premiers secours psychologiques (PSP) dans le cadre des épidémies de la maladie à virus Ebola a été adapté pour être utilisé dans le cas d'affections chroniques telles que les maladies tropicales négligées (MTN). L'adaptation a été réalisée par l'équipe en charge de de l'étude, en consultation avec des experts mondiaux. La version adaptée est appelée BPS-N, pour *Basic Psychological Support for Persons affected by NTDs* (en anglais - traduction française : soutien psychologique de base pour les personnes atteintes de maladies tropicales négligées) Le BPS-N a été testé dans le cadre d'une étude d'intervention avant-après dans le district de Bokaro, dans l'État de Jharkhand en Inde. Quinze personnes choisies parmi les pairs pour offrir du soutien, ayant chacune une expérience personnelle du handicap lié à la lèpre ou à la FL, ont été sélectionnées et formées à la démarche BPS-N. Elles ont ensuite apporté un soutien psychologique de base à 87 personnes présentant des signes de dépression, toutes également atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la FL. Des échelles standard ont été utilisées pour mesurer la stigmatisation (échelle de stigmatisation SARI), le bien-être mental (échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburg (WEMWBS)), la dépression (questionnaire sur la santé du patient à 9 items (PHQ-9)) et la participation (échelle de participation simplifiée (PSSS)) des clients à l'inclusion et après l'intervention.

Après 3 mois d'intervention, le niveau moyen de stigmatisation a baissé de 30,3 à 24,0 (p<0,001) ; le mal-être mental a diminué de 47 % à 13 % (p<0,001) ; la dépression modérée à sévère a diminué de 27 % à zéro pour cent (p<0,001). Le niveau des restrictions de participation n'a pas montré de changement significatif (score moyen 20,1 (IC 95 % 17,4-22,8) vs 19,2 (IC 95 % 17,2-21,3), p=0,497).

Nous avons conclu que l'étude a fourni la preuve du concept selon lequel l'intervention BPS-N dispensée par des pairs peut sensiblement améliorer les niveaux de stigmatisation vécue, de bien-être mental et de dépression chez les personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre ou à la FL. Le suivi était trop court pour que cela se traduise par une amélioration de la participation sociale. Ces résultats doivent être confirmés par un essai contrôlé randomisé. Des études sur la mise en œuvre sont également nécessaires pour trouver les meilleurs moyens d'intégrer le soutien psychologique par les pairs dans les systèmes de santé périphériques et pour tester la possibilité d'appliquer ces approches à plus grande échelle.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants du financement accordé par la Coalition pour la recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées (COR-NTD) au sein de la Task Force for Global Health, qui est financée principalement par la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Agence des États-Unis pour le développement international et le programme UK Aid du gouvernement britannique.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, filariose lymphatique ; intervention intégrée

Séance 6 : Transmission – Présentations

Mercredi 29 mars 2023 **Présidente : Lydia Mosi**		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
14:00 – 14:20	**Présentation d'ouverture** : Comprendre la transmission de l'ulcère de Buruli en Australie : progrès et enjeux	Tim Stinear
14:20 – 14:35	Situation de la transmission des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Sri Lanka	Dilini Muthukumari Wijesekara
14:35 – 14:50	Élaboration d'un modèle d'infection humaine contrôlée de l'ulcère de Buruli	Stephen Muhi
14:50 – 15:05	Les pics de transmission des infections à virus de la Ross River/Barmah River et de l'ulcère de Buruli dans l'État tempéré de Victoria sont alignés et fortement influencés par la saison	Paul Johnson
15:05 – 15:20	La connaissance de l'écologie évolutive est importante pour améliorer la compréhension et la prise en charge des maladies mycobactériennes cutanées	Jean-François Guégan
15:20 – 15:40	**Discussions**	**Tous**
15:40 – 15:55	Détection de *Mycobacterium ulcerans* chez *Aedes albopictus* (Skuse 1894) émergeant d'eaux contaminées par *M. ulcerans*	Heather Jordan
15:55 – 16:10	Génomique et apprentissage automatique pour déduire l'origine géographique des cas humains d'ulcère de Buruli	Andrew Buultjens
16:10 – 16:25	Facteurs de risque environnementaux associés à la présence de *Mycobacterium ulcerans* dans l'État de Victoria (Australie)	Bridgette McNamara
16:25 – 16:40	Vaccination des opossums par le BCG contre *Mycobacterium ulcerans*	Daniel O'Brien
16:40 – 17:00	**Discussions**	**Tous**

Comprendre la transmission de l'UB en Australie : progrès et défis

Auteurs : Timothy P Stinear (au nom de l'équipe de recherche « Beating Buruli »)
Affiliations :
Department of Microbiology and Immunology, Doherty Institute, Université de Melbourne, Australie

L'UB est endémique dans les régions rurales d'Australie depuis des décennies. Dans les années 1990, son épidémiologie a changé et les cas ont commencé à augmenter en nombre et à se produire autour de la grande ville de Melbourne et du centre régional de Geelong, dans l'État de Victoria, au Sud-Est de l'Australie. Dans cet État, l'UB est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2004 et les données du Département de la Santé montrent qu'il y a eu en moyenne 300 cas confirmés par an depuis 2017. Notre consortium de recherche a essayé de répondre à la question essentielle de savoir comment l'UB se propage.

En faisant appel à une surveillance structurée des excréments d'animaux sauvages et des moustiques, associée à des tests pour le diagnostic moléculaire de *Mycobacterium ulcerans* (l'agent causal de l'UB), nous avons examiné le rôle des opossums autochtones australiens et des moustiques dans la transmission. Avec des méthodes de modélisation statistique, nous avons cherché à savoir si la surveillance environnementale donnait des informations utiles pour prédire la localisation des futurs cas humains d'UB. Nous avons eu aussi recours à des méthodes métagénomiques pour examiner la variation bactérienne et le contenu des repas de sang des moustiques.

Nous avons observé que 11 % sur >2500 échantillons d'excréments d'opossums collectés dans une zone s'étendant sur 350 km^2 étaient positifs à *M. ulcerans*. En cartographiant l'origine de ces échantillons positifs, nous avons pu observer un regroupement convergent des échantillons d'excréments d'opossums positifs à *M. ulcerans* et des cas humains d'UB. Nous avons formé un modèle statistique à partir des données de l'enquête sur les excréments d'opossums et prédit la probabilité future des cas humains d'UB avec une précision supérieure à celle d'un modèle nul, formé à partir des données sur les cas humains d'UB de l'année précédente. La surveillance des moustiques sur plus de 50 000 individus a dévoilé un lien non aléatoire entre une espèce de moustique et *M. ulcerans* et l'analyse de la répartition spatiale semble également indiquer un chevauchement des cas humains avec les moustiques hébergeant *M. ulcerans*. L'analyse des repas de sang a permis d'identifier les moustiques qui s'étaient alimentés à la fois sur des êtres humains et des opossums, impliquant davantage ces insectes comme des vecteurs potentiels (probablement mécaniques).

Cette étude confirme que l'UB est bien une infection zoonotique dans le Sud-Est de l'Australie, avec les opossums autochtones comme principal réservoir dans la faune sauvage. L'association de *M. ulcerans* avec les moustiques confirme les enquêtes antérieures sur le terrain et, en combinaison avec les repas de sang, elle les implique comme vecteurs entre les opossums et l'être humain. Ces observations ouvrent de nouvelles possibilités d'intervenir dans la transmission de cette maladie, par exemple au moyen de la prévention de l'UB chez les opossums ou de mesures de lutte contre les moustiques.

Remerciements

Cette étude a reçu l'appui du National Health and Medical Research Council of Australia et du Victorian Department of Health.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Situation de la transmission des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée au Sri Lanka

Auteurs : Indeewarie Gunaratna[1], Pubudu Chulasiri[2], Dilini Wijesekara[3]

Affiliations :

[1] Campagne de lutte contre la filariose, Ministère de la Santé
[2] Campagne de lutte antipaludique, Ministère de la Santé
[3] Campagne de lutte contre la lèpre, Ministère de la Santé

Introduction

Trois maladies tropicales négligées au Sri Lanka, la filariose lymphatique (FL), la lèpre et la leishmaniose, s'associent à des manifestations cutanées à différents stades de leur présentation. La lèpre et la FL ont été éliminées en tant que problèmes de la santé publique en 1995 et 2016 respectivement. L'administration de masse de médicaments contre la FL et la polychimiothérapie contre la lèpre, associée à la mobilisation sociale, ont contribué au succès. Néanmoins, on observe depuis lors un faible niveau de transmission continuelle pour ces deux maladies. Le pays s'est lancé dans l'interruption totale de leur transmission d'ici 2030. La leishmaniose, nouvelle maladie émergente au Sri Lanka, en est encore au stade de la lutte et requiert davantage d'attention.

Méthodes

La FL et la lèpre sont combattues par des programmes de lutte dédiés : la Campagne de lutte contre la filariose (« Anti Filariasis Campaign ») et la Campagne de lutte contre la lèpre (« Anti Leprosy Campaign »). Il n'y a pas de programme spécifique pour la leishmaniose. Récemment, cette maladie a été intégrée dans la Campagne de lutte antipaludique (« Anti Malaria Campaign »). Seul le programme de lutte contre la lèpre a été intégré dans les services de santé généraux et les patients sont traités et suivis dans les services de dermatologie des institutions de soins de santé. Des systèmes de surveillance sont maintenus pour les trois maladies, afin d'évaluer leur charge et de suivre les tendances. Les données secondaires sur la surveillance des trois programmes de lutte ont été analysées pour décrire l'épidémiologie et la situation de la transmission. Les résultats sont présentés en nombres et en pourcentages.

Résultats

La FL était endémique dans trois des neuf provinces du pays : Ouest, Nord-Ouest et Sud. Le Sri Lanka maintient un taux de microfilaires en dessous de 0,05 depuis l'arrêt de l'administration de masse des médicaments en 2006. Les indices sur les moustiques montrent des seuils de transmission plus élevés dans quelques localités des anciens districts d'endémie. La notification de cas chez les enfants (20 % en 2022) montre la poursuite de la transmission. Dans leur majorité, les porteurs asymptomatiques sont de sexe masculin (74 % en 2022). Il n'y a pas de différence entre les sexes pour les patients atteints de lymphœdème.

Un peu plus de la moitié (55 %) des cas de lèpre ont été notifiés dans deux provinces : Ouest et Est. En 2020, le nouveau taux de détection des cas s'est établi à 5,53 pour 100 000 habitants, avec une tendance à la baisse. Toutefois, les pourcentages de cas de lèpre chez les enfants (10 %) et d'incapacités de degré 2 (ID2) (5-7 %) sont restés inchangés au cours des deux dernières décennies. Le pourcentage élevé de cas

chez les enfants indique une transmission active de la lèpre dans le pays. Le sexe masculin contribue au plus grand nombre de cas (63 % en 2021).

Au total, 19 361 cas de leishmaniose cliniquement confirmés ont été notifiés au Sri Lanka de 2001 à 2019. Cinq districts des provinces Centre et Centre Nord du Sri Lanka ont déclaré >1 000 cas, soit 84,5 % du total. Avec la notification de 3228 cas en 2022, on observe une tendance à la hausse dans certaines zones. Les indices vectoriels montrent l'abondance des phlébotomes, ce qui a accru la transmission dans les groupes vulnérables.

Discussion et conclusions

Il y a une transmission de faible intensité de la lèpre et de la FL au Sri Lanka depuis des décennies. L'élimination des maladies en tant que problèmes de santé publique ne garantit pas leur disparition naturelle. Des interventions intensives, avec l'intégration dans des organisations sanitaires et d'autres secteurs, sont requises pour obtenir une interruption totale de la transmission. La surveillance des vecteurs de la leishmaniose doit être intégrée dans d'autres programmes de lutte contre les maladies à transmission vectorielle.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Ministère de la Santé pour le maintien des allocations financières à des maladies qui ont été éliminées en tant que problèmes de santé publique dans le pays.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Transmission, filariose lymphatique, lèpre, leishmaniose

Élaboration d'un modèle d'infection humaine contrôlée de l'ulcère de Buruli

Auteurs : Stephen Muhi[1,2,3], Joshua Osowicki[4], Jessica L. Porter[1], Andrew Buultjens[1], Efrosinia O. Krejany[1], Louise M. Judd[1], Daniel O'Brien[1,5], Paul D. R. Johnson[1,6], Marcel Doerflinger[3], Sacha Pidot[1], Marc Pellegrini[3], James McCarthy[1,2], Timothy P. Stinear[1]

Affiliations :

[1] Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, The University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie
[2] Victorian Infectious Diseases Service, Royal Melbourne Hospital, Parkville, Victoria, Australie
[3] Walter and Eliza Hall Institute of Medical Research, Parkville, Victoria, Australie
[4] Murdoch Children's Research Institute, The Royal Children's Hospital, Parkville, Victoria, Australie
[5] Barwon Health, Geelong, Victoria, Australie
[6] Austin Health, Heidelberg, Victoria, Australie

L'ulcère de Buruli est une infection négligée de la peau et des tissus mous, due à *Mycobacterium ulcerans*. Son incidence augmente dans l'État de Victoria (Australie), et on signale désormais sa transmission dans les zones métropolitaines des deux plus grandes villes de l'État, Geelong et Melbourne. Plusieurs vaccins candidats à un stade précoce sont apparus, mais, à part le BCG à *M. bovis*, aucun n'a atteint le stade des essais cliniques. Nous sommes en train d'élaborer un modèle d'infection humaine contrôlée pour l'ulcère de Buruli (UB), avec le but d'accélérer la compréhension de l'immunologie de l'hôte, d'identifier les corrélats de protection et de réponse à la vaccination et de faciliter le développement d'outils de diagnostic et d'interventions thérapeutiques. Jusqu'à présent, nous avons axé nos efforts sur la sélection et la définition des caractéristiques d'une souche qui convienne, et nous avons élaboré une méthode cohérente pour la préparation d'une banque de cellules qui permette de faire face à la lenteur de la croissance de l'organisme (et le risque concomitant de contamination), à sa propension à former de gros agrégats en culture liquide, ainsi que d'un test standardisé de sensibilité aux antibiotiques.

Nous rapportons ici l'identification d'une souche candidate répondant aux critères que nous avons identifiés pour un modèle d'infection humaine contrôlée de l'UB, et un procédé innovant de fabrication permettant la production d'une banque de cellules convenant à la préparation d'inoculums d'épreuve. Les caractéristiques de la souche que nous avons retenue (JKD8049) sont les suivantes : 1) elle n'a pas de lien épidémiologique avec un tableau clinique sévère de la maladie (qu'il s'agisse de l'origine individuelle ou des cas géographiquement associés), 2) elle a un phénotype infectieux typique, 3) elle est sensible à tous les antibiotiques cliniquement pertinents, 4) elle se prête à une voie d'entrée biologiquement plausible (injection sous-cutanée dans le modèle murin), 5) elle peut être cultivée sur un milieu non toxique, sans animaux, sans modification génétique ou chimique, 6) elle peut être précisément dénombrée pour garantir des dosages d'épreuve cohérents, 7) elle garde sa viabilité après cryoconservation, 8) elle produit le principal facteur de virulence en culture *in vitro* (c'est-à-dire la mycolactone), 9) elle maintient un répertoire conservé de gènes codant pour les antigènes des vaccins candidats, et 10) elle reste génétiquement stable au cours de la fabrication et des épreuves. Les processus de contrôle de la qualité sont en cours, avec des études précliniques finales sur modèle murin prévues en 2023, en anticipation de la demande d'autorisation réglementaire pour la production de doses d'épreuve chez l'être humain, conformément aux bonnes pratiques de fabrication et à l'approbation éthique pour commencer les premières études sur l'être humain chez des adultes volontaires en bonne santé. Nous pensons que notre modèle d'infection humaine contrôlée de l'UB a le potentiel d'accélérer tous les aspects de la recherche translationnelle sur l'ulcère de Buruli.

Remerciements

Stephen Muhi reçoit le soutien d'une bourse de troisième cycle accordée par le National Health and Medical Research Council (NHMRC) d'Australie (GNT1191368). Nous aimerions remercier Jim Ackland de Global BioSolutions pour ses conseils concernant la fabrication de la souche.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, *Mycobacterium ulcerans*, vaccin, prévention, épreuve chez l'être humain

Les pics de transmission des infections à virus de la Ross River/Barmah River et de l'ulcère de Buruli dans l'État tempéré de Victoria sont alignés et fortement influencés par la saison

Auteurs : Paul D. R. Johnson[1], Ee Laine Tay[2], Aidan Yuen[2], N. Deborah Friedman[2]

Affiliations :

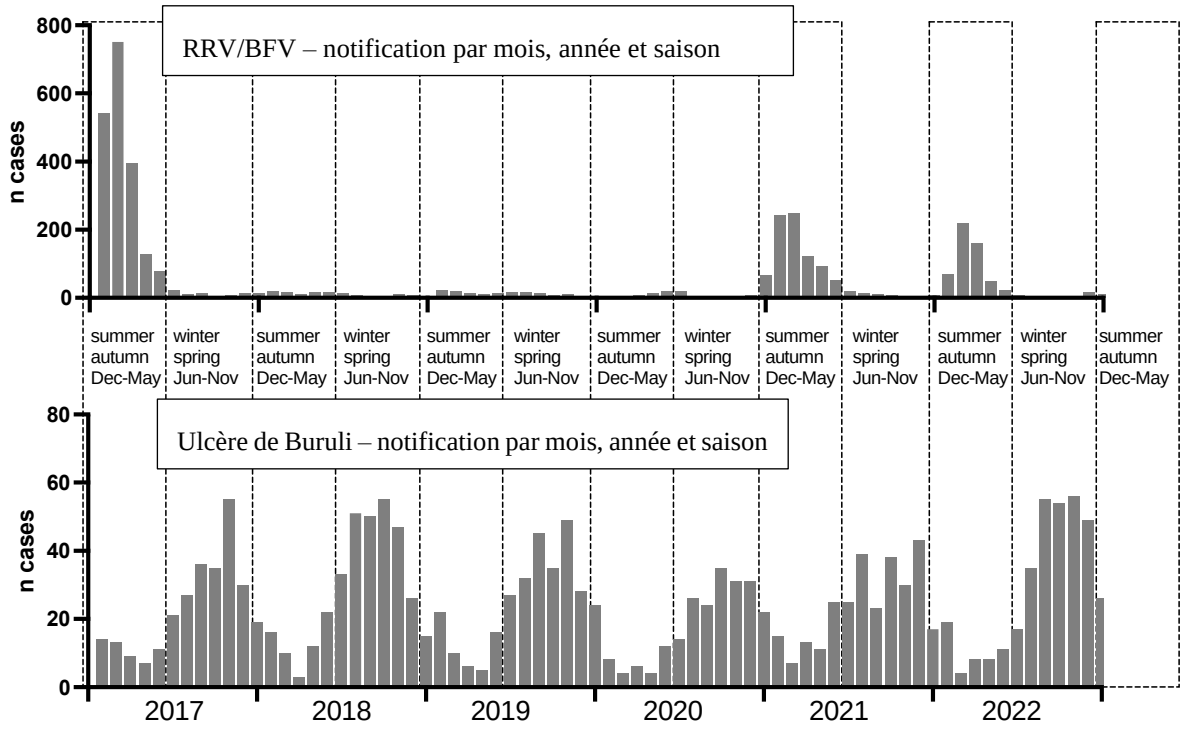
[1]North Eastern Public Health Unit (NEPHU), Austin Health, Melbourne [2]Communicable Diseases section, Health Protection Branch, Victorian Department of Health, Australie.

Les infections à virus de la Ross River et de la Barmah River (RRV/BFV) ont de courtes durées d'incubation et sont transmises à l'être humain par des moustiques[7]. L'ulcère de Buruli (UB) a une durée d'incubation beaucoup plus longue[8] et les investigations se poursuivent sur son mode de transmission. Nous avons analysé les mois et saisons de notification des infections RRV/BFV et de l'UB dans l'État australien de Victoria.

Nous avons accédé aux données générales de l'État sur la notification mensuelle des infections RRV/BFV et de l'UB sur une période de 6 ans (années calendaires 2017-2022 incluses). Les groupes de maladies ont été analysés en termes de mois et de saison de notification. Nous en avons déduit le mois et la saison de la transmission probable à partir des durées d'incubation établies au préalable pour les infections RRV/BFV et l'UB.

[7] Harley et al. 2002; PMID: 11585790

[8] [8] Loftus et al 2017 PMID: 29554096



Dans la période couverte par l'étude, il y a eu 3839 cas de RRV/BFV notifiés. Les cas ont été fortement regroupés par mois et par saison (cf. figure ci-dessus). En été et en automne, il y a eu 3503 notifications de RRV/BFV, contre 336 en hiver et au printemps, soit un ratio de 10,4:1. Pour l'UB, il y a eu 1761 notifications et beaucoup moins de variation au cours des 6 années calendaires. Contraste marquant avec les infections RRV/BFV, l'UB avait une probabilité 2,9 fois plus grande d'être notifié en hiver et au printemps (1307) qu'en été et en automne (454). En revanche, en ajustant les données sur la durée d'incubation beaucoup plus longue préalablement établie pour l'UB (durée médiane de 5 mois) les périodes probables des pics de transmission de ces deux pathologies s'alignent.

Alors que plusieurs mois séparent les pics de notification des infections RRV/BFV et de l'UB dans l'État de Victoria, l'ajustement sur le délai prolongé entre l'exposition à l'UB et sa notification entraîne un alignement des deux pathologies. La transmission des infections RRV/BFV comme de l'UB dans l'État tempéré de Victoria atteint un pic en été et en automne (décembre à mai) et connaît un creux en hiver et au printemps (juin à novembre).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Buruli, transmission, moustique

La connaissance de l'écologie évolutive est importante pour améliorer la compréhension et la prise en charge des maladies mycobactériennes cutanées

Auteurs : Christine Chevillon[1], Loïc Epelboin[2,3], Kayla Fast[4], Heather Jordan[5], Jennifer Pechal[6], Sophie Picq[6], Alex Rakestraw[4,6], Michael Sandel[4], Benoit de Thoisy[7], Paul le Turnier[2], Mark E. Benbow[6,8,9,10], Jean-François Guégan[1,11*]

Affiliations :

[1]UMR Maladies Infectieuses et Vecteurs : Écologie, Génétique, Évolution et Contrôle (MIVEGEC), Université de Montpellier, CNRS, IRD, ESC INRAE, Montpellier, France
[2]Unité des Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Andrée Rosemont de Cayenne et Université de Guyane, Cayenne, Guyane française, France
[3]Centre d'Investigation Clinique Antilles-Guyane, INSERM 1424, Centre Hospitalier de Cayenne, Cayenne, Guyane française, France
[4]Department of Biological and Environmental Sciences, University of West Alabama, Livingston, AL, États-Unis d'Amérique
[5]Department of Biological Sciences, Mississippi State University, Starkville, MS, États-Unis d'Amérique
[6]Department of Entomology, Michigan State University, East Lansing, MI, États-Unis d'Amérique
[7]Laboratoire des Interactions Virus-Hôtes, Institut Pasteur de Guyane, Cayenne, Guyane française, France
[8]Ecology, Evolution and Behavior Program, Michigan State University, East Lansing, MI, États-Unis d'Amérique
[9]AgBioResearch, Michigan State University, East Lansing, MI, États-Unis d'Amérique
[10]Department of Osteopathic Medical Specialties, Michigan State University, East Lansing, MI, États-Unis d'Amérique
[11]UMR Épidémiologie des maladies animales et zoonotiques (EPIA), INRAE, VetAgro Sup, Saint-Genès Champanelle, France
*Auteur présentateur

En écologie des maladies, la recherche étudie le rôle de l'hétérogénéité écologique dans le temps et l'espace pour le maintien et la propagation des agents pathogènes et pour la configuration des traits de leur cycle biologique. Cela a permis de mettre en contraste les cas où les interactions entre l'hôte et l'agent pathogène sont directement responsables de la pathogénie par rapport à d'autres situations, aujourd'hui largement démontrées, où la pathogénie survient à la suite d'un effet secondaire fortuit aux réactions de l'agent pathogène face à des défis écologiques indépendants de l'hôte. En associant une étude bibliométrique et une réinterprétation des données par le prisme de l'écologie des maladies et de la biologie évolutive, nous avons enquêté sur la pertinence de ces scénarios alternatifs pour les espèces de *Mycobacterium*, dont l'agent causal de l'ulcère de Buruli.

Nous avons commencé l'investigation au niveau du genre *Mycobacterium*. Le développement récent de techniques génomiques à haut rendement s'est accompagné de la fusion des isolats de l'environnement dans de grands ensembles de données, alors qu'auparavant la recherche médicale (et vétérinaire) ne s'intéressait exclusivement qu'aux isolats des agents pathogènes de vertébrés. Cela a augmenté drastiquement le nombre de nouvelles espèces mycobactériennes et apporté un nouvel éclairage sur la parenté phylogénétique entre les taxons pathogènes et non pathogènes. Deux caractéristiques importantes émergent au niveau du genre. Premièrement, des espèces de vertébrés de parenté lointaine, comme l'être humain et les poissons, partagent une sensibilité similaire aux infections par diverses espèces de mycobactéries. Deuxièmement, la pathogénie mycobactérienne est apparue de manière récurrente avec la diversification des mycobactéries, c'est-à-dire depuis environ 100 à 400 millions d'années. Cela est conforme avec

l'hypothèse de « l'évolution fortuite de la virulence » : les réponses aux défis écologiques communs ont modelé initialement les traits généraux et plastiques des mycobactéries, retenus ensuite par les bacilles infectant les vertébrés.

Nous avons poursuivi au niveau interspécifique. Dans le complexe *Mycobacterium tuberculosis* (MTBC), la diversité intraspécifique comporte des adaptations aux contextes génétiques humains ou animaux qui ont de fait joué un rôle essentiel pour déterminer l'épidémiologie et la pathogénie de la tuberculose. En revanche, l'élargissement de la nature des échantillons analysés englobant le sol, l'eau et diverses espèces de vertébrés a fait que les études écologiques et épidémiologiques ont sérieusement remis en question les possibilités que l'adaptation de *M. leprae* à l'homme ou l'adaptation de *M. avium paratuberculosis* aux bovins et aux ovins ait joué un rôle dans la sélection de la pathogénie de ces bacilles. Il en résulte donc que l'hypothèse de la virulence fortuite est l'explication la plus probable pour ces bacilles. Maintenant, pour ce qui est des agents pathogènes opportunistes, *M. marinum*, *M. chelonae* et *M. ulcerans*, ils illustrent des cas où la corrélation entre l'abondance mycobactérienne et la pathogénie peut être soit positive, soit négative suivant les conditions environnementales.

Toutes ces observations plaident en faveur de l'idée que la recherche sur les mycobactéries a été fortement biaisée pour ne s'intéresser qu'à plusieurs espèces hôtes de vertébrés importants sur le plan économique ou social, dont l'être humain, en n'abordant pas le problème en dehors de la lumière des projecteurs pour identifier l'existence de réservoirs dans l'environnement et évaluer leur contribution aux cycles de la maladie. Il en découle aussi l'importance de s'intéresser au rôle de la variabilité de l'environnement dans le temps et l'espace pour les paramètres abiotiques, mais aussi pour la diversité des communautés d'espèces avec lesquelles les mycobactéries interagissent dans la nature.

Globalement, ces observations donnent de nouvelles lignes directrices pour mener des études susceptibles d'améliorer la compréhension et la prise en charge des maladies mycobactériennes. Cela vaut aussi pour les nouvelles maladies émergentes, dont le nombre devrait augmenter en raison des changements globaux.

Remerciements

Les auteurs ont reçu l'appui du programme conjoint US NSF-NIH-NIFA Ecology and Evolution of Infectious Disease program [DEB 1911457] et de la bourse « Investissement d'Avenir » de l'Agence Nationale de la Recherche (CEBA ANR-10-LABX-2501).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Intégration de l'ulcère de Buruli, de la lèpre et des autres maladies mycobactériennes

Hypothèse de la virulence fortuite ; virulence adaptative ; transmission ; pathogénie, maladies mycobactériennes

Détection de *Mycobacterium ulcerans* chez *Aedes albopictus* (Skuse 1894) émergeant d'eaux contaminées par *M. ulcerans*

Auteurs : Jillian Masters[1],John Wallace[2],Jonas G. King[3] et Heather Jordan[1]

Affiliations :

[1] Department of Biological Sciences, Mississippi State University, Starkville, MS ;[2] Department of Biological Sciences, Millersville University, Millersville, PA ;[3] Department of Biochemistry, Entomology, Molecular Biology, and Plant Pathology, Mississippi State University, Starkville, MS

Mycobacterium ulcerans est une mycobactérie de l'environnement qui est l'agent causal de l'ulcère de Buruli, maladie cutanée nécrosante présente dans les régions subtropicales du monde. La voie de transmission de *M. ulcerans* est inconnue, mais on a émis l'hypothèse que de nombreux insectes faisaient partie de la dynamique de transmission ou en étaient responsables, notamment ceux de la famille des Belostomatidae (bélostomes), des Naucoridae (naucores) et, en particulier, des culicidés, une famille de moustiques. On a détecté l'ADN de *M. ulcerans* dans des larves et des adultes de moustiques attrapés en milieu sauvage et des études ont montré que la mycolactone peut agir sur le comportement des moustiques. En revanche, il n'y a pas eu d'études de laboratoire utilisant des moyens plus naturels d'exposition des moustiques à *M. ulcerans*, comme ceux ayant éclos et émergé à partir d'eaux contaminées par *M. ulcerans*. Dans cette étude, *Aedes albopictus* a été sélectionné à partir de larves de première génération ayant émergé d'une eau contaminée par *M. ulcerans* et les moustiques ont été élevés jusqu'à la troisième génération pour mesurer la présence de *M. ulcerans* et son abondance aux différents stades de vie et au fil des générations. À la qPCR, on a établi une positivité de la deuxième et de la troisième génération à *M. ulcerans* (22 % et 5,6 % respectivement), ce qui peut impliquer un moyen de dispersion de *M. ulcerans*. *M. ulcerans* a également été détectée dans des échantillons d'eau et d'exuvies. Les données de cette étude ouvrent de nombreuses voies à de nouvelles recherches dans les mécanismes de dispersion et de transmission, ainsi que dans l'écologie de *M. ulcerans*.

Remerciements

Ce travail a reçu l'appui en partie du programme conjoint NSF-NIH-NIFA Ecology and Evolution of Infectious Disease [DEB 1911457] attribué à HRJ. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'interprétation des données ni dans la décision de publier les travaux.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, dispersion de *Mycobacterium ulcerans*

Génomique et apprentissage automatique pour déduire l'origine géographique des cas humains d'ulcère de Buruli

Auteurs : Andrew H. Buultjens [1,2], Janet A. M. Fyfe [3], Maria Globan [3], Jessica L. Porter [1], Ee Laine Tay [5], Torsten Seemann [4], Benjamin P. Howden [2,4,6], Paul D. R. Johnson [1,6], Timothy P. Stinear [1,2]

Affiliations :

[1]Department of Microbiology and Immunology, Doherty Institute for Infection and Immunity, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie
[2]Doherty Applied Microbial Genomics, Department of Microbiology and Immunology, Doherty Institute for Infection and Immunity, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie
[3]Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory, Doherty Institute for Infection and Immunity, Melbourne, Victoria, Australie
[4]Microbiology Diagnostic Unit, Department of Microbiology and Immunology, Doherty Institute for Infection and Immunity, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie
[5]Health Protection Branch, Department of Health & Human Services, Melbourne, Victoria, Australie
[6]Department of Infectious Diseases, Austin Health, Heidelberg, Victoria, Australie

L'ulcère de Buruli (UB) est une infection des tissus sous-cutanés due à *Mycobacterium ulcerans* dont les modes de transmission commencent seulement à être compris. L'exposition à certaines zones géographiques spécifiques est un facteur de risque majeur pour contracter la maladie et plusieurs études basées sur la totalité du génome ont souligné le fort regroupement spatial des génotypes de *M. ulcerans* selon la localisation d'origine. Dans le Sud-Est tempéré de l'Australie, l'UB est en train de devenir un problème important de santé publique, avec une transmission survenant dans de multiples groupes géographiquement distincts. La cartographie des zones d'endémie et la compréhension de leur survenue sont un élément majeur de la réponse de la santé publique et de la recherche face à l'incidence croissante de l'UB.

La reconnaissance des nouvelles zones d'endémie au fur et à mesure de leur apparition permet d'envoyer des messages directement aux médecins locaux et aux populations affectées, ce qui contribue grandement au diagnostic précoce (réduction des dommages). Actuellement, les enquêtes sur l'origine des cas se basent sur les antécédents des patients. Cette méthode peut cependant présenter des difficultés, compte tenu de la durée de l'incubation (médiane de 5 mois) : les patients ont du mal à se souvenir et, souvent, les nouveaux cas ont été en contact avec de multiples zones d'endémie au cours de l'intervalle d'exposition. La génomique bactérienne peut grandement orienter les enquêtes épidémiologiques, mais l'interprétation des diagrammes des liens phylogénétiques peut être subjective.

Ici, nous avons entraîné des modèles d'apprentissage automatique avec des données du génome complet de *M. ulcerans* provenant du séquençage direct d'échantillons de l'environnement et de cultures à partir de cas cliniques. Les génomes bactériens ont été récupérés à partir d'échantillons de l'environnement dans le cadre d'une étude structurée à grande échelle sur le terrain et ils ont servi aux calibrations spatiales pour l'entraînement du modèle. Un modèle entraîné a été ensuite utilisé pour prédire de manière prospective les origines géographiques des cas humains d'ulcère de Buruli avec un niveau d'exactitude de la prévision permettant d'identifier une zone d'endémie. Cette approche génomique donne une méthode de déduction

objective, qui ne se base pas sur les antécédents des patients et qui pourrait améliorer la prise en charge de la maladie et réduire l'incidence de l'ulcère de Buruli.

Remerciements

Ce travail a été financé par la subvention au projet « Beating Buruli in Victoria », en partenariat avec le National Health and Medical Research Council of Australia.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, *Mycobacterium ulcerans*, génomique, apprentissage automatique, attribution de la source

Facteurs de risque environnementaux associés à la présence de *Mycobacterium ulcerans* dans l'État de Victoria (Australie)

Auteurs : Kim R. Blasdell [1], Bridgette J. McNamara [2,3], Daniel P. O'Brien [2,4], Mary Tachedjian [1], Victoria Boyd [1], Michael Dunn [1], Peter T. Mee [5], Simone Clayton [1], Julie Gaburro [1], Ina Smith [6], Katherine B. Gibney [3,7], Ee Laine Tay [4], Emma C. Hobbs [3], Nilakshi T. Waidyatillake [3,8], Stacey E Lynch [5], Timothy P. Stinear [7], Eugene Athan [2,8]

Affiliations :

[1]Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, Geelong, Victoria, Australie
[2]Barwon Health, Geelong, Victoria, Australie
[3]University of Melbourne, Australie
[4]Victorian Department of Health, Melbourne, Victoria, Australie
[5]Agriculture Victoria Research, Bundoora, Victoria, Australie
[6]Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, Canberra, Territoire de la Capitale australienne, Australie
[7]Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, Victoria, Australie
[8]Deakin University, Waurn Ponds, Victoria, Australie

Malgré l'augmentation spectaculaire du nombre des cas d'ulcère de Buruli (BU) dans l'État tempéré de Victoria (Australie) ces dernières années, on ne comprend toujours pas complètement comment l'agent causal de cette maladie, *Mycobacterium ulcerans* (MU), circule dans l'environnement et se transmet à l'être humain. Avec l'expansion de la zone d'endémie à des milieux de plus en plus urbains, dont les régions des deux plus grandes villes de l'État, Melbourne et Geelong, il devient essentiel de mieux déterminer l'écologie locale et l'épidémiologie de l'UB. Cette étude cas-témoins à grande échelle, basée sur les propriétés des cas, a cherché à examiner les relations associant la présence de MU et le fait de contracter l'UB pour l'être humain avec les caractéristiques environnementales à petite échelle, afin de déterminer les facteurs de risque potentiels susceptibles d'aider à orienter la mise au point de futures stratégies d'intervention.

Nous avons recruté un sous-groupe de participants à partir d'une plus large étude cas-témoins fondée sur un questionnaire et menée dans la zone d'endémie de l'État de Victoria, comprenant 115 cas adultes d'UB pris parmi les cas déclarés au Département de la Santé de l'État de Victoria de juin 2018 à juin 2020 et 115 témoins appariés par code postal. Des enquêtes sur l'environnement ont été menées sur les propriétés des participants dans la zone d'endémie. Au cours de chaque enquête, des échantillons de l'environnement (déjections de mammifères, eau, sol, plantes, insectes piqueurs) ont été recueillis et un certain nombre de caractéristiques des propriétés ont été enregistrées (taille, localisation, présence de lignes électriques, etc.). Tous les échantillons ont été analysés par PCR quantitative et d'autres caractéristiques ont été étudiées pour les échantillons de sol (densité de masse, pH, conductivité, salinité). La statistique descriptive a été utilisée pour déterminer si les échantillons positifs à MU étaient trouvés plus souvent dans les propriétés des cas par rapport à celles des témoins et pour déterminer les différences dans les valeurs du Ct de la PCR selon le type d'échantillon. Les relations entre chaque résultat des propriétés (situation MU et cas) avec les variables de l'environnement ont été étudiées initialement par la statistique descriptive, suivie de modèles de régression logistique univariée et multivariée.

Au total, 4 363 échantillons de l'environnement ont été collectés au cours des études sur le terrain, avec 10,9 % (n = 475) positifs à la PCR *IS2404*. Les déjections étaient le type d'échantillons le plus souvent positifs (20,5 %), en particulier celles d'opossums à queue en anneau (23,9 % ; n = 1182) et de renards roux (30,0 % ; n = 20). Globalement, les échantillons de déjections avaient des valeurs statistiquement plus faibles du Ct par rapport à d'autres types d'échantillons et ils ont été le seul type positif à la PCR analysant la viabilité bactérienne. Les échantillons positifs à MU avaient en général une plus grande probabilité d'être trouvés sur des propriétés appartenant à des cas (p=0.007) et ce lien s'est maintenu en limitant l'analyse aux échantillons de déjections positifs à MU (p=0.002) et aux échantillons de déjections d'opossums à queue en anneau positifs à MU (p=0.025) plus spécifiquement. À côté des opossums positifs à MU, les propriétés des cas avaient une plus grande probabilité d'être surplombées par des lignes électriques aériennes et une probabilité moins grande d'avoir *Melaleuca lanceolata* (une plante indigène) que les propriétés témoins. En comparaison, les propriétés positives à MU étaient plus grandes, à des altitudes plus basses et avaient une plus grande probabilité de renfermer des opossums à queue en anneau, de la végétation autochtone, des lignes électriques aériennes et des sols salins que les propriétés négatives à MU.

Nos résultats donnent à penser que les opossums à queue en anneau et les caractéristiques des sites qu'ils utilisent (végétation autochtone, lignes électriques aériennes) jouent un rôle dans la circulation environnementale de MU dans l'État de Victoria. La mise en évidence de bactéries viables dans leurs déjections indique aussi qu'ils pourraient être une source d'infection pour l'être humain. Des interventions sensibilisant le public à ce lien et réduisant le plus possible les interactions entre l'être humain et l'opossum pourraient aider à faire baisser le nombre de cas humains dans l'État de Victoria.

Remerciements

Cette étude a été financée par une subvention de projet en partenariat (Partnership Project Grant) du National Health and Medical Research Council (GNT1152807).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, *Mycobacterium ulcerans*, climat tempéré, Australie, facteurs de risque

Vaccination des opossums par le BCG contre *Mycobacterium ulcerans*

Auteurs : Blasdell K[1], Riddell S[1], Boyd V[1], Muhi S[2,3], Buddle B[4], Athan E[5,6], O'Brien DP[2,5]

Affiliations :

[1]Australian Centre for Disease Preparedness, Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, Geelong, Victoria, Australie.
[2]Department of Medicine and Infectious Diseases, Royal Melbourne Hospital, University of Melbourne.
[3]The Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, University of Melbourne
[4]AgResearch, Hopkirk Research Institute, Palmerston North, Nouvelle-Zélande
[5]Barwon Health, Geelong, Victoria, Australie
[6]Deakin University, Waurn Ponds, Victoria, Australie

Il y a eu ces dernières années une augmentation spectaculaire du nombre des cas d'ulcère de Buruli (UB) dans l'État de Victoria (Australie) et la zone d'épidémie s'est désormais étendue aux régions des deux plus grandes villes de l'État, Melbourne et Geelong. Dans l'État de Victoria, il y a de plus en plus de preuves de la nature zoonotique de *Mycobacterium ulcerans* (MU), l'agent causal de l'UB, les opossums autochtones courants, à queue en anneau, apparaissant comme le réservoir le plus probable et un facteur principal de sa circulation dans l'environnement. La prévention de la transmission de la maladie entre les opossums et la population humaine serait un objectif privilégié pour les interventions de la santé publique contre l'UB. On a associé la vaccination par le BCG à une protection contre l'UB chez l'être humain et des études sur des modèles murins ont établi qu'elle avait une certaine efficacité contre *M. ulcerans*. La vaccination des opossums par le BCG est une des méthodes ayant un potentiel. Des études antérieures ont montré que l'on pouvait vacciner avec succès les opossums à queue en brosse contre une mycobactérie apparentée (*M. bovis*) avec des appâts contenant le BCG. Nous proposons d'étudier le potentiel de la vaccination par des appâts contenant le BCG pour la prévention de l'infection à MU chez les opossums.

Afin d'approfondir l'étude du potentiel du BCG dans la lutte contre *M. ulcerans* chez les opossums, nous sommes en train d'élaborer un modèle de *M. ulcerans* chez l'opossum courant, à queue en anneau. Une expérience d'élevage a permis de déterminer les conditions souhaitables pour garder en captivité des opossums à queue en anneau sur le long terme, en strict confinement, ainsi que des méthodes pour piéger avec succès des opossums sauvages négatifs à *M. ulcerans*. La première expérience proposée prévoit de se procurer six opossums à queue en anneau, négatifs à *M. ulcerans*, de la région de Geelong, de les garder en captivité et de les exposer par épreuve intradermique à une souche australienne de *M. ulcerans*. Ces animaux seront ensuite suivis pour évaluer le succès et la régularité de l'infection et pour établir le délai dans lequel les animaux exposés à l'épreuve commencent à excréter *M. ulcerans* et à développer des signes cliniques. En cas de succès, nous aurons ainsi la base pour élaborer des expériences d'épreuve avec la vaccination par le BCG, afin d'évaluer son efficacité dans la prévention de l'UB chez les opossums.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, *Mycobacterium ulcerans*, BCG, vaccin, transmission, prévention, opossum

Séance 6 : Transmission – Affiches

Télédermatologie au Népal

Auteurs : Anil Kumar Jha[1], Krishna Jha[1], Günter Burg[2] (correspondant)

Affiliations :

[1]DI Skin Health and Referral Center, Maharajgunj, Katmandou, Province de Bagmati, Népal

[2] Département de dermatologie, Hôpital universitaire, Zürich, Suisse

Informations générales

Près de 3 milliards de personnes n'ont pas accès aux soins de base pour les maladies cutanées, en particulier dans les pays en développement, à faible revenu. Sur près de 30 millions d'habitants au Népal, près de 80 % vivent en dehors des grandes villes, dans les régions rurales tropicales et subtropicales (Terai), où l'on constate la prévalence des maladies tropicales négligées (MTN) et où l'accès aux soins médicaux est difficile. Dans ces conditions, la télédermatologie est devenue un outil utile pour dispenser les services de dermatologie et la pandémie de COVID-19 lui a donné un coup d'accélérateur.

Objectifs

L'étude avait pour but d'évaluer la faisabilité de la télédermatologie dans un pays confronté à des difficultés géographiques extrêmes, allant des régions montagneuses aux régions tropicales. En dehors de la satisfaction des patients ayant recours à la télédermatologie, les données cliniques et épidémiologiques ont été évaluées.

Méthodes

Une étude rétrospective, observationnelle, dans un seul centre sur 122 patients utilisant les services de télédermatologie a été faite. Les données démographiques ont été analysées et une enquête par questionnaire a été menée au moyen d'appels téléphoniques.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 33,48 ± 17,89 ans. Sur 122 téléconsultations, 89 patients ont pu être recontactés pour le feedback. Sur ces 89 patients, 81 (91 %) ont trouvé que le service était facile à utiliser, 75 (84,3 %) ont pu exposer leurs problèmes comme lors de consultations en présentiel, 49 (55,05 %) ont considéré la téléconsultation comme équivalente à une visite en personne, 80 (89,9 %) ont été satisfaits et 85 (95,5 %) ont été d'accord pour utiliser de nouveau ce service à l'avenir. Les infections fongiques superficielles ont été le diagnostic le plus courant (24,6 %). Les patients nouvellement inscrits ont été plus satisfaits que ceux consultant pour un suivi (96,36 % des nouveaux cas contre 79,41 % des cas de suivi, $p = 0,01$).

Discussion

Un examen systématique de la littérature, réalisé avant la pandémie de COVID-19, a exposé les recommandations pour améliorer l'efficacité des programmes de télémédecine dans les pays en développement. Dans un article récent, la télémédecine et les projets de santé communautaire en Asie ont été analysés et un exemple de programme au Népal par C.H.E.S.T. (Community Health Education Services by Telehealth) a été présenté, contribuant à la collaboration locale, à la pérennité financière et

au développement intégré de la communauté. Dans le cadre de l'étude actuelle, la télédermatologie a été bien acceptée par les patients et on a obtenu des informations importantes pour sa mise en œuvre dans les pays à faible revenu.

Conclusion

Les services de télésanté ont un rôle prometteur à jouer à l'avenir pour répondre aux demandes de la santé publique dans les pays à faible revenu.

Le présent résumé se base sur la publication suivante : K. Jha K, & A.K. Jha. (2022). Teledermatology and COVID-19 in a resource-limited country such as Nepal. Our Dermatol Online (4), 352-358.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Télédermatologie ; Régions tropicales et subtropicales

Mycobacterium ulcerans n'a pas été détectée par PCR sur la peau humaine dans les zones d'endémie de l'ulcère de Buruli en Australie du Sud-Est

Auteurs : Anita Velink[1,2], Jessica L. Porter[2], Timothy P Stinear[2] et Paul D. R. Johnson[1,2]

Affiliations :

[1]North Eastern Public Health Unit (NEPHU) and Infectious Diseases Department, Austin Health, Melbourne, Australie
[2]Department of Microbiology and Immunology, Doherty Institute, University of Melbourne

Mycobacterium ulcerans (MU) est l'agent causal de l'ulcère de Buruli (UB), une infection géographiquement limitée qui peut entraîner des pertes cutanées, des contractures et des cicatrices définitives. Des cartes de localisation des lésions, compilées à partir de plus de 640 cas dans le Sud-Est de l'Australie, donnent à penser que des insectes piqueurs sont probablement impliqués dans la transmission, mais on ne sait pas clairement si MU est apporté par ces insectes sur leur cible ou si le bacille est déjà présent sur la peau, l'inoculation étant alors un événement opportuniste qui ne dépend pas forcément d'un insecte.

Dans des zones où le Buruli est endémique et d'autres où il ne l'est pas, nous avons invité des volontaires à prélever par écouvillonnage des échantillons de surface cutanée que nous avons soumis à la PCR quantitative IS*2404*. Nous avons validé l'essai de détection par PCR des écouvillons et nous avons défini la plage dynamique avec *M. ulcerans* cultivé en laboratoire et de la peau fraîche de porc.

Cinquante-sept volontaires ont renvoyé les kits autoprélevés de quatre écouvillons (chevilles, mollets, poignets et avant-bras bilatéraux), 10 provenant de zones témoin et 47 de zones d'endémie, à un moment coïncidant avec le pic connu de la transmission du Buruli. Les expériences de validation par la peau de porc ont établi une limite de détection de 0,06 UFC/cm^2 à un cycle seuil (Ct) de 35 pour la qPCR. Tous les écouvillons des volontaires humains ont donné un résultat négatif (Ct $\geq$35).

M. ulcerans n'a pas été détecté sur la peau des êtres humains dans les zones de forte endémie de l'UB.

Remerciements

Nous remercions les volontaires ayant accepté généreusement de participer à cette étude et de recruter des amis et des parents pour nous aider.

Financement

La D^{re} Anita Velink a bénéficié de subventions de Stitching BuG, Marco Polo Fund et Holland Scholarship

Autorisation éthique et enregistrement de l'essai clinique

L'étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche d'Austin Health sous le numéro de référence HREC/17/Austin/58. Cette étude clinique observationnelle a été inscrite dans l'Australia and New Zealand Clinical Trial Registry (ACTRN12619000998145).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Buruli, transmission, moustique, endémie, étude clinique observationnelle, PCR IS*2404*

Facteurs de protection et de risque pour l'ulcère de Buruli dans le Sud-Est de l'Australie.

Auteurs : Bridgette J. McNamara [1,2], Kim R. Blasdell [3], Arvind Yerramilli [1], Ina L. Smith [4], Simone L. Clayton [3], Michael Dunn [3], Ee Laine Tay [5], Katherine B. Gibney [2,6], Nilakshi T. Waidyatillake [2,7], Mohammad A. Hussain [1], Michael Muleme [1], *Daniel P. O'Brien [1,2], *Eugene Athan [1,7]

Affiliations :

Barwon Health, Geelong, Victoria, Australie
University of Melbourne, Australie
Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, Geelong, Victoria, Australie
Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, Canberra, Territoire de la Capitale australienne, Australie
Victoria Department of Health, Melbourne, Victoria, Australie
Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, Victoria, Australie
Deakin University, Waurn Ponds, Victoria, Australie
* Ces auteurs principaux ont tous contribué à égalité à ce travail.

On ne comprend pas pleinement les voies de transmission de l'ulcère de Buruli (UB). Il faut avoir une meilleure connaissance des risques environnementaux et comportementaux selon les régions géographiques et les climats pour orienter les stratégies d'atténuation au niveau mondial. L'incidence de l'UB augmente dans le Sud-Est de l'Australie, avec une propagation à de nouvelles zones géographiques, avec des milieux de plus en plus urbains. Dans cette étude complète cas-témoins dans l'État de Victoria (Australie), nous avons examiné les liens entre l'UB et les facteurs sanitaires, socio-environnementaux et comportementaux pour aider à comprendre les facteurs de risques et de protection, importants pour orienter des interventions et des stratégies de lutte efficaces contre l'UB.

Nous avons recruté 245 cas adultes d'UB parmi ceux qui ont été notifiés au Département de la Santé de l'État de Victoria de juin 2018 à juin 2020 et 481 témoins appariés par code postal dans les zones d'endémie de l'État de Victoria (Australie). Les participants (résidents ou propriétaires de maisons secondaires) ont indiqué dans des questionnaires auto-administrés des données sur les facteurs environnementaux, dont la faune et la flore sauvages, les animaux, les insectes, les sources d'eau, les travaux de terrassement dans la résidence, ainsi que les activités en extérieur et les comportements de prévention. Les odds ratios (OR) ajustés sur l'âge et sur le sexe ont été obtenus par régression logistique conditionnelle, et le regroupement des comportements potentiels de protection a été examiné.

Nous avons observé que la probabilité d'UB était plus élevée chez les personnes ayant un diabète de type 2, OR 2,25 (IC à 95 % 1,13, 4,48), mais plus faible chez ceux ayant des antécédents de vaccination par le BCG (OR 0,60 (0,40, 0,90)). Le travail à l'extérieur en contact avec le sol avait un OR pour l'UB supérieur au travail à l'intérieur dans les zones d'endémie (2,89 (1,01, 8,25)). On a observé une forte corrélation dose-réponse entre le nombre d'opossums dans les propriétés résidentielles et la probabilité de l'UB ; OR 4,58 (1,50, 13,98) chez les résidents ayant 1-2 opossums, OR 6,09 (1,86, 19,90) avec ≥ 5 opossums. L'UB a été associé aux arbres à thé (1,72 (1,10, 2,69)), aux mares (1,69 (0,99, 2,42)) et à l'utilisation d'eau de forage (1,56 (0,98, 2,50)) sur la résidence. L'usage de produits insectifuges, le fait de se couvrir les bras et les jambes lors des activités en plein air et de se laver immédiatement les plaies avaient un effet protecteur ; l'adoption de plusieurs comportements protecteurs s'est associée à une baisse de l'OR pour l'UB (OR 0,22, (0,10, 0,48) pour ≥ 6 protections par rapport à 0-1). Aucun lien n'a

été observé entre l'UB et le fait d'avoir des animaux de compagnie, l'assainissement local, les travaux de terrassement, la présence d'insectes ou la fréquence des morsures d'insectes.

Nos résultats indiquent qu'une combinaison de mesures de prévention, hygiène cutanée, comportements de protection et antécédents de vaccination par le BCG, pourrait apporter une protection contre l'UB dans les zones d'endémie, notamment pour ceux qui sont exposés à un risque accru en raison de leur santé, de leur profession ou de leur environnement. Ces résultats aident à mettre en œuvre des mesures de santé publique fondées sur des bases probantes, afin de lutter contre l'incidence croissante de l'UB dans cette région.

Remerciements

Cette étude a été financée par une subvention de projet en partenariat (Partnership Project Grant) du National Health and Medical Research Council (GNT1152807).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, *Mycobacterium ulcerans*, climat tempéré, Australie, facteurs de risque

Persistance de l'onchocercose et des pathologies dermatologiques et ophtalmologiques associées après 27 ans d'administration de masse de l'ivermectine dans les régions centrales du Ghana

Auteurs : Kenneth Bentum Otabil [1,2,3*], Blessing Ankrah[1], Stephen Agyemang Opoku[4], Dennis Ofori Kyei[4], Rhoda Hagan[4], Richmond Ababio[4], Emmanuel John Bart-Plange[1], Theophilus Nti Babae[1], Prince-Charles Kudzordzi[1], Vera Achiaa Darko[1,5], Joseph G. Bamfo[6], Joseph Ameyaw[7], Abdul Sakibu Raji[2], Amber Hadermann[3], María-Gloria Basáñez[8], Henk D. F. H. Schallig[9], Robert Colebunders[3]

Affiliations :

[1] NeTroDis Research Group, Centre for Research in Applied Biology, School of Sciences, University of Energy and Natural Resources, Sunyani, Bono Region, Ghana
[2] Department of Biological Science, School of Sciences, University of Energy and Natural Resources, Sunyani, Bono Region, Ghana
[3] Global Health Institute, Faculté de Médecine et de Sciences de la santé, Université d'Anvers, Belgique
[4] Department of Medical Laboratory Science, School of Sciences, University of Energy and Natural Resources, Sunyani, Bono Region, Ghana
[5] STU Clinic, Sunyani Technical University, Sunyani, Bono Region, Ghana
[6] Tain District Hospital, Nsawkaw, Bono East Region, Ghana
[7] Happy Family Hospital, Nkoranza, Bono Region, Ghana
[8] London Centre for Neglected Tropical Disease Research, School of Public Health, Imperial College London, Londres, Royaume-Uni
[9] Amsterdam University Medical Centres, Academic Medical Centre at the University of Amsterdam, Department of Medical Microbiology, Experimental Parasitology Unit, Amsterdam, Pays-Bas

Il est nécessaire d'évaluer régulièrement l'efficacité des programmes d'élimination de l'onchocercose pour identifier rapidement et limiter les menaces compromettant les cibles d'élimination de la transmission. Nous avons déterminé la prévalence de l'onchocercose et des pathologies dermatologiques et ophtalmologiques associées dans six communautés d'endémie de la Région de Bono au Ghana, après 27 ans d'administration de masse de l'ivermectine. Dans une étude transversale, 503 participants, âgés d'au moins cinq ans, de six communautés, ont été recrutés ; 256 (50,9 %) étaient de sexe masculin et 247 (49,1 %) de sexe féminin ; l'âge médian de la population de l'étude était de 26 ans (écart interquartile, 13-43). Chez un nombre limité de participants, des biopsies cutanées exsangues pour détecter les microfilaires cutanées et des tests de diagnostic rapide de l'Ov16 ont été faits. La prévalence générale de l'infection par les microfilaires dans les communautés de l'étude a été de 12 % (34/284). La séroprévalence générale d'*Onchocerca volvulus* était de 19,8 % (49/248). Sur les 503 participants, 20,7 % ont signalé un prurit sévère, 14,9 % présentaient une atrophie cutanée, 11,1 % une dermatite papuleuse aiguë, 5,2 % des nodules à la palpation, 4,5 % une dermatite papuleuse chronique, 1,4 % une dépigmentation de la peau et 0,6 % une dermite lichénifiée. Sur les 303 personnes ayant eu un examen de l'acuité visuelle, 13,6 % avaient une déficience visuelle, 5 % étaient aveugles et 43,6 % présentaient une conjonctivite. Les nodules palpables, la dermatite papuleuse chronique, la dépigmentation, la dermite lichénifiée, les déficiences visuelles et le ptérygion avaient un lien significatif avec la présence de microfilaires cutanées et la séropositivité pour Ov16. La persistance des pathologies dermatologiques et ophtalmologiques associées à l'onchocercose montre la nécessité d'inclure la prise en charge de la morbidité dans les programmes d'élimination de cette maladie.

Remerciements

Ce travail a bénéficié d'une petite subvention attribuée à KBO, par la Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene/National Institute of Health Research (Royaume-Uni).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Prévalence, onchocercose, dermatose liée à l'onchocercose, dermatite, nodules, séroprévalence

Évolution moléculaire de *Mycobacterium ulcerans,* sous-espèce *shinshuense*, l'agent causal de l'ulcère de Buruli au Japon

Auteurs : Mitsunori Yoshida[1], Yoshikazu Furuta[2], Yoshitoshi Ogura[3], Masato Suzuki[4], Yuji Miyamoto[1], Hanako Fukano[1], Ryoichi Saito[5], Manabu Ato[1], Tetsuya Hayashi[6], Toshihiko Suzuki[7], Yoshihiko Hoshino[1]

Affiliations :

[1]Département de mycobactériologie, Centre de recherche sur la lèpre, Institut national des maladies infectieuses, Tokyo, Japon
[2]Division Infection et immunité, Institut international de lutte contre les zoonoses, Université d'Hokkaido, Hokkaido, Japon
[3]Division de Microbiologie, Département de médecine infectieuse, École de médecine de l'Université Kurume, Fukuoka, Japon
[4]Centre de recherche sur la résistance aux antimicrobiens, Institut national des maladies infectieuses, Tokyo, Japon
[5]Département de Microbiologie moléculaire, Université de Tokyo de médecine et de soins dentaires, Tokyo, Japon
[6]Département de Bactériologie, Faculté des Sciences médicales, Université de Kyushu, Fukuoka, Japon
[7]Département de Pathogénie bactérienne, Université de Tokyo de médecine et de soins dentaires, Tokyo, Japon

Mycobacterium ulcerans est l'agent causal de l'ulcère de Buruli (UB) et le premier cas a été signalé au Japon en 1980. La mycobactérie isolée à partir de ce patient a été nommée *M. ulcerans, sous-espèce shinshuense* (ci-après *M. shinshuense*), en raison de ses liens étroits avec *M. ulcerans,* mais elle a montré certaines différences phénotypiques avec les méthodes conventionnelles. On notera qu'à ce jour, tous les cas d'UB notifiés au Japon ont été dus à *M. shinshuense,* ce qui implique que celle-ci est une variation géographique de *M. ulcerans*. Pour la caractérisation génétique, nous avons comparé les données de la séquence complète du génome de *M. shinshuense* avec celles de *M. ulcerans* de 19 pays. Nous avons séquencé récemment 43 isolats cliniques de *M. shinshuense* et 14 de *M. ulcerans* et avons combiné les résultats avec les données publiques disponibles sur les séquences complètes de 548 isolats cliniques de *M. ulcerans*. Nous avons identifié sept groupes de séquences (SC : sequence clusters) en utilisant une méthode de regroupement hiérarchique par analyse bayésienne. Nous avons trouvé que SC1, SC4, SC5, SC6 et SC7 étaient composés par *M. ulcerans* présente en Océanie (SC1), en Asie orientale (SC4), en Amérique du Sud (SC5) et en Afrique (SC6 et SC7) respectivement. SC3 contenait des séquences de *M. ulcerans* présente en Océanie et en Asie du Sud-Est et SC2 des séquences de *M. ulcerans* présente en Océanie et en Afrique. Une phylogénie à résolution temporelle laisse penser que le groupe d'Asie orientale (SC4, correspondant au clade *M. shinshuense*) a divergé de l'ancêtre commun avec *M. ulcerans* de toutes les autres régions il y a environ 19 000 ans. L'analyse génomique comparative a révélé que *M. shinshuense* a un chromosome de plus grande taille, davantage de séquences codantes et moins de pseudogènes que *M. ulcerans* en Océanie et en Afrique. Des différences ont été également observées pour les séquences d'insertion : les isolats de *M. shinshuense* tendent à avoir un nombre similaire de copies d'IS*2404* sur le chromosome par rapport à *M. ulcerans* mais un nombre sensiblement plus faible de copies d'IS*2606*. Nous avons aussi observé des différences dans le stade de modification de la N^6-methyladénine chez *M. shinshuense* et *M. ulcerans*, peut-être à cause des mutations spécifiques à la lignée de *M. ulcerans* sur un gène codant pour la méthyltransférase de l'ADN. Ces résultats donnent à penser que *M. shinshuense* a moins évolué de manière réductive que *M. ulcerans* présente dans d'autres régions. En utilisant des données des séquences à lecture courte et longue, une analyse comparative du plasmide de virulence de *M. shinshuense* et *M. ulcerans* d'autres régions est en cours. Lors de cette réunion, nous aimerions présenter les résultats des analyses ci-dessus et en discuter.

Remerciements

Japanese Agency for Medical Research and Development (AMED), Japanese Society for the Promotion of Science (JSPS)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Séance 6 : Transmission – Autres résumés

Coordination intersectorielle pour réduire la transmission des MTN et la morbidité dans l'État du Bihar (Inde)

Auteurs : Shyamala Anand[1], Rajni Kant Singh[2], Amar Singh[2], Suresh Munuswamy[3,] Sunil Anand[1]

Affiliations :

[1] American Leprosy Missions, [2] LEPRA Society India, [3] HiRapid Lab, Public Health Foundation of India

Jagruti (« éveil » en sanscrit) est un projet d'intégration de WASH et des MTN, d'une durée de 3 ans, dirigé par des femmes et s'appuyant sur une technologie numérique dans un bloc administratif de 130 villages pauvres d'endémie des MTN, démunis en matière de WASH et comptant 63 630 foyers pour une population de 380 000 habitants dans l'État du Bihar en Inde. Il est financé par l'ALM, et mis en œuvre par une collaboration entre l'ALM, LEPRA India, et HiRapid Lab, Public Health Foundation of India. Il vise à réduire le risque et l'impact négatif des MTN au moyen du changement des comportements en matière de WASH, de la prévention et des soins des MTN et du plaidoyer pour les services essentiels. L'accès aux services WASH dans ce bloc de villages est insuffisant. Un seul centre de santé communautaire (CSC) dessert toute la population de 380 000 habitants. Chacun des 130 villages compte des personnes souffrant d'incapacités dues à la lèpre et à la filariose lymphatique (FL) ; pourtant, il n'existe pas de soins de santé primaires pour les MTN au CSC. Les parties prenantes publiques et les programmes nationaux de lutte contre la lèpre et les maladies à transmission vectorielle travaillent pour la plupart de manière séparée.

Cent trente femmes locales, une par village, ont été formées et guidées pour devenir des personnes de ressource au niveau communautaire (PRC) pour WASH et les MTN. Elles utilisent un tableau à feuilles d'éducation sanitaire intégrée associant les MTN endémiques à WASH pour l'éducation des familles. Elles se servent d'une plateforme sur smartphone, DHARA (Digital @ Home, Artificial Intelligence-enabled, Real-time Appropriate interventions) pour la collecte universelle des données photographiques géolocalisées des ménages en vue des interventions reposant sur des bases factuelles et du plaidoyer pour les services essentiels. La détection des nouveaux cas de MTN, avec orientation des patients pour la confirmation, le traitement et la prise en charge à domicile des MTN chroniques est en cours. Pour améliorer l'intégration, la coordination et la rationalisation, le projet a intégré les MTN avec les interventions WASH, afin d'en faire un modèle efficace pour la communauté, les autorités locales, les comités de village pour la santé, l'assainissement et la nutrition (Village Health Sanitation & Nutrition committees (VHSNCs), ainsi que les programmes nationaux dans le district.

Depuis 2022, le projet a détecté 81 nouveaux cas de lèpre, 12 nouveaux cas de leishmaniose viscérale et dressé la liste de 62 cas de lèpre avec des incapacités de degré 2 (ID2), 951 cas de FL de stade 3 + lymphœdème et 1808 cas d'hydrocèle dû à la FL, données inconnues du système de santé auparavant. La coordination avec le Département du Développement rural a permis de raccorder à l'eau courante 4324 des 12000 ménages sans accès à l'eau potable dans le cadre du programme Har Ghar Nal Ka Jal du Bihar (l'eau courante dans chaque foyer). La sensibilisation de 31 comités VHSNC a permis à 391 des 22500 ménages sans toilettes d'en construire à l'aide de fonds publics. La coordination avec le département de l'éducation a entraîné l'organisation de cours d'instruction sur les MTN et WASH dans 42 des 255 écoles et couvert 5142 enfants, 200 enseignants et 2500 membres des comités scolaires

d’éducation. La coordination avec l’administration du district pour la couverture de l’assurance maladie du gouvernement a permis à 51 hommes de se faire opérer de leur hydrocèle dans le secteur privé sans encourir de dépenses à leur charge. La coordination avec la société de santé du district (District Health Society) a permis d’opérer 37 cas d’hydrocèle à l’hôpital du district et davantage d’interventions sont prévues.

La coordination intersectorielle est particulièrement importante en Inde où les prestations et les programmes existants du gouvernement peuvent être mis à profit pour les services WASH et les MTN. L’intégration de la prévention, de la détection précoce, du traitement et des soins de longue durée des MTN chroniques, comme la lèpre ou la FL, est un modèle à suivre pour le système de santé en matière d’optimisation de l’utilisation des ressources. Ce sont des approches fondamentales pour réduire le risque de contracter et de transmettre les MTN, ainsi que pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des incapacités dues à des MTN chroniques.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème et hydrocèle), prise en charge intégrée, coordination intersectorielle

Certaines MTN ne doivent plus être négligées grâce à la télédermatologie

Auteurs : Dr Anil Kumar Jha[1], Günter Burg[2](correspondant)

Affiliations :

[1]DI Skin Health and Referral Center, Maharajgunj, Katmandou, Bagmati Province, Népal
[2]Département de Dermatologie, Hôpital universitaire, Zürich, Suisse

Introduction

La télédermatologie a été surtout utilisée à des fins militaires au cours des 60 dernières années et elle a connu un essor important pendant la pandémie depuis 2019. Au Népal cependant, pays ayant des zones rurales difficiles d'accès, elle a déjà été pratiquée au cours des 10 dernières années.

Méthodes

Les Community Health Education Services by Telehealth (C.H.E.S.T.) sont une organisation non gouvernementale créée en 2009 dont la mission consiste à fournir des services de télémédecine et de formation professionnelle aux citoyens népalais vivant dans des zones reculées, sans accès aux soins de santé. C.H.E.S.T. Népal a sélectionné 3 villages pilotes (Gerkhutar (moyenne montagne), Babhangama (plaine subtropicale) et Mudikuwa (montagne)) pour la mise en œuvre de ses services par téléconférence directe et/ou différée. Le programme assure des services hebdomadaires de télédermatologie pour le diagnostic, le traitement et le suivi de diverses dermatoses ; plus de 2000 patients ont consulté depuis 2021.

Résultats

Des rapports anecdotiques seront présentés sur le diagnostic, le traitement et le suivi de MTN, dont des ulcères, la leishmaniose cutanée, la lèpre, le lymphœdème dû à la filariose, le mycétome, la gale, la tungose et des mycoses.

Discussion

Grâce à la télédermatologie, jusqu'à 80 % des patients souffrant de MTN peuvent bénéficier de services fiables et rapides et c'est un outil particulièrement utile dans les zones rurales difficiles d'accès des pays à faible revenu. Le manque de personnel formé et de disponibilité des outils modernes et novateurs de TIC constitue la plus grosse difficulté pour l'efficacité et la pérennité des programmes de télédermatologie.

Conclusions

En dehors des dermatoses générales, de nombreuses MTN ont été diagnostiquées, traitées et suivies dans les centres de télédermatologie comme C.H.E.S.T. Népal dans le passé.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Maladies tropicales négligées (MTN), dermatoses, télédermatologie

Séance 7 : Diagnostic and renforcement des capacités de laboratoire – Présentations

Jeudi 30 mars 2023 Président : Tim Stinear		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
08:00 – 09:00	**Café de bienvenue, et connexion par Zoom des participants en ligne**	
09:00 – 09:20	**Présentation d'ouverture** : Produits de diagnostic – Examen des tests de diagnostic actuels pour les MTN à manifestation cutanée et renforcement des capacités de laboratoire – possibilités, difficultés et priorités	Isra Cruz
09:20 – 09:35	Un réseau de laboratoires en Afrique pour l'ulcère de Buruli : progrès, difficultés et perspectives	Sara Eyangoh
09:35 – 09:50	Diagnostic moléculaire des maladies tropicales négligées cutanées par qPCR utilisable sur le lieu des soins et sur le terrain	Sundeep Vedithi Michael Frimpong
09:50 – 10:05	Mise au point d'un test de diagnostic rapide de l'ulcère de Buruli : difficultés et perspectives	Dziedzom de Souza
10:05 – 10:20	Renforcement des capacités des laboratoires de référence pour le pian au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Ghana	Serges Tchatchouang
10:20 – 10:40	**Discussions**	**Tous**
10:40 – 10:55	Évaluation externe d'assurance de la qualité dans la lutte contre les maladies tropicales négligées : Le projet LAMP4yaws	Sascha Knauf
10:55 – 11:10	Le diagnostic moléculaire des mycétomes	Wendy van de Sande
11:10 – 11:25	Appui d'un laboratoire pour combattre et éliminer les maladies tropicales négligées cutanées au Ghana	Abigail Agbanyo
11:25 – 11:40	Le kit SwiftX™ d'extraction de l'ADN – un outil polyvalent pour l'extraction de l'ADN de divers agents pathogènes des maladies cutanées	Andy Wende
11:40 – 12:00	**Discussions**	**Tous**

Diagnostics – Examen des tests diagnostiques actuels pour les MTN cutanées et renforcement des capacités des laboratoires – opportunités, défis et priorités

Auteur : Isra Cruz

Affiliation :
École nationale de santé publique, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Espagne

Les outils diagnostiques jouent un rôle crucial pour soigner les patients et lutter contre les maladies au niveau des programmes ; des évolutions récentes, dont le lancement de la Liste modèle OMS des dispositifs de diagnostic in vitro essentiels, témoignent d'une dynamique croissante dans ce domaine, notamment pour les maladies tropicales négligées (MTN). La Feuille de route de l'OMS pour les MTN reconnaît l'importance des outils de diagnostic pour accélérer les actions des programmes, l'intégration en étant l'un des piliers. Le cadre proposé de lutte contre les MTN cutanées est un excellent exemple de cette approche. L'intégration des diagnostics, dans leurs aspects cliniques et en laboratoire, de la chaîne d'approvisionnement et de la formation, est essentielle pour l'efficacité des programmes de lutte contre les MTN cutanées, pour la promotion du renforcement des systèmes de santé et pour la couverture sanitaire universelle. Des plateformes communes et des outils multiplex seraient bénéfiques pour l'intégration des diagnostics et plusieurs exemples seront présentés à la réunion, comme l'utilisation d'applications et d'outils basés sur l'IA pour le diagnostic clinique, ainsi que des tests multiplex miniaturisés d'amplification des acides nucléiques pour la confirmation en laboratoire. Des réseaux et actions en collaboration, comme l'Africa Buruli Ulcer Laboratory Network ou l'Africa CDC Laboratory Systems and Networks, soutiennent aussi l'intégration des diagnostics.

Néanmoins, le financement pour les MTN, notamment à l'OMS, a diminué, ce qui entraîne une difficulté pour développer de nouveaux outils de diagnostic visant à combler les lacunes afin d'atteindre les cibles de la Feuille de route. Pour soutenir la priorisation et l'élaboration des dispositifs de diagnostic pour les MTN, l'OMS a mis en place le Groupe consultatif technique sur les produits de diagnostic des MTN (DTAG). Le sous-groupe du DTAG sur les MTN cutanées a élaboré des profils de produits cibles pour un usage prioritaire dans différentes MTN cutanées, comme l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, le mycétome, la gale, le pian et la lèpre, afin d'orienter les chercheurs et l'industrie et d'ouvrir la voie au développement. Un autre sous-groupe du DTAG est axé sur le renforcement des capacités des laboratoires, le travail sur des programmes de formation, l'assurance et le contrôle de la qualité et l'appui à l'intégration. Le DTAG travaille aussi sur d'autres aspects complémentaires qui aideront à relever les défis dans le développement de tests de diagnostic, tels que les biobanques, l'harmonisation des processus d'évaluation et les aspects réglementaires.

Un réseau de laboratoires en Afrique pour l'ulcère de Buruli : progrès, difficultés et perspectives

Auteurs : Sara Eyangoh, Hycenth Numfor, Estelle Marion, Sundeep Chaitanya, des membres et des experts du BU-LABNET*

Affiliations :

1) Centre de coordination du BU-LABNET - Centre Pasteur du Cameroun, P.O. Box 1274 ; 451, Street 2005, Yaoundé
2) Yaoundé, Cameroun

En 2019, l'OMS a créé le BU-LABNET, un réseau de laboratoires africains assurant le diagnostic moléculaire de l'ulcère de Buruli et regroupant 11 laboratoires de neuf pays (Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Libéria, Nigéria, République démocratique du Congo et Togo), coordonnés par le Centre Pasteur du Cameroun. Son objectif était d'introduire un nouveau programme externe d'assurance de la qualité (EAQ) en vue d'améliorer le diagnostic de l'ulcère de Buruli, d'assurer des résultats de qualité pour les patients et de transmettre des données précises à l'OMS.

Avant la mise en place du programme EAQ, nous avons élaboré un mode opératoire normalisé harmonisé et l'avons diffusé à tous les laboratoires membres du réseau. De plus, avec le soutien de partenaires, les laboratoires ont en outre reçu les mêmes réactifs pour les tests PCR de l'ulcère de Buruli afin d'assurer une application standard des modes opératoires normalisés.

Pour les essais d'aptitude, 10 échantillons codés ont été distribués aux 11 laboratoires et on leur a demandé de traiter ces échantillons en appliquant les modes opératoires normalisés du BU-LABNET. Sur les 10 laboratoires africains participants qui ont achevé le programme externe d'assurance de la qualité, sept avaient obtenu des résultats concordant à 100 %, 1 avait des résultats concordant à 90 % et deux avaient des résultats concordant à 70 %. Conformément au système d'assurance de la qualité, les laboratoires ayant obtenu moins de 80 % ont bénéficié d'une résolution en ligne des défaillances et d'un mentorat de la part d'experts du réseau, et ont reçu aussi un nouveau lot d'échantillons préparés pour de nouveaux essais. Une remarquable amélioration des résultats (100 %) a été obtenue après l'exercice de résolution des problèmes par tous les laboratoires dont le fonctionnement était défaillant.

En 2022, le programme EAQ a montré une amélioration globale des 13 laboratoires participants dont les résultats étaient supérieurs à 80 %, des 9 laboratoires dont les résultats concordaient à 100 %, du seul laboratoire dont les résultats concordaient à 91 % et des trois dont les résultats concordaient à 81 %.

Par ailleurs, des visites d'évaluation sur le terrain ont été réalisées dans tous les laboratoires dans le cadre du développement en cours des capacités en vue d'accentuer l'excellence des résultats des laboratoires du réseau. Dans l'ensemble, nous avons trouvé un personnel motivé et des infrastructures satisfaisantes. Toutefois, l'entretien, l'étalonnage et la certification des équipements demeuraient problématiques.

Depuis leur lancement en 2019, deux nouveaux laboratoires au Ghana et au Nigéria ont rejoint le BU-LABNET. Le personnel de deux autres laboratoires (Congo-Brazzaville et République centrafricaine) a suivi une formation d'une semaine au test PCR de diagnostic de l'ulcère de Buruli au Centre Pasteur du Cameroun.

Le principal enjeu pour le réseau est de maintenir les approvisionnements de réactifs et de consommables et de coordonner les transferts d'échantillons avec les programmes nationaux de lutte contre l'ulcère de Buruli.

Conformément à l'approche de l'OMS relative aux MTN cutanées, nous étendons le réseau pour intégrer d'autres maladies telles que le pian, la leishmaniose cutanée, le mycétome et la lèpre dans le même plateau de biologie moléculaire.

Remerciements

À l'OMS, à la American Leprosy Mission, à la Fondation française Raoul Follereau, à ANESVAD, aux membres, aux experts et au Conseil consultatif de BU-LABNET.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, diagnostic, réseau, programme EAQ

Diagnostic moléculaire des maladies tropicales négligées cutanées par qPCR utilisable sur le lieu des soins et sur le terrain

Auteurs : Sundeep Vedithi[1,2], Diana D[3] & Madhusmita Das[3], Michael Frimpong[4], Sara Eyangoh[5], Antony Ablordey[6] & Richard Philips[4]

Affiliations :

[1]Department of Medicine, University of Cambridge, Biomedical Campus, Cambridge CB2 0BB, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.
[2]American Leprosy Missions, Greenville, Caroline du Sud, 29601, États-Unis d'Amérique.
[3]Schieffelin Institute of Health Research and Leprosy Centre (SIH-R&LC), Karigiri, Vellore, Tamil Nadu, 632106, Inde.
[4]Kumasi Centre for Collaborative Research (KCCR), South-end, Asuogya Rd, Kumasi, Ghana.
[5]Centre Pasteur du Cameroun (CPC), 451 rue 2005, Yaoundé, Cameroun.
[6]Noguchi Memorial Institute for Medical Research (NMIMR), Accra, Ghana.

Introduction

Le diagnostic de confirmation des maladies tropicales négligées cutanées (MTN cutanées) sur le lieu des soins ou sur le terrain permet aux professionnels de santé de prendre des décisions rapides et précises sur les traitements pour prévenir la morbidité et la progression de la maladie. La PCR quantitative en temps réel (qPCR) permet de détecter les acides nucléiques pathogènes dans les tissus de l'hôte avec une sensibilité et une spécificité excellentes. Avec les avancées obtenues récemment dans les technologies de qPCR utilisables sur le lieu des soins, il est de plus en plus important d'appliquer ces technologies au diagnostic des MTN cutanées. Dans ce contexte, nous avons exploré l'utilité du système qPCR 3-9 de Biomeme Franklin™ pour le diagnostic moléculaire de l'ulcère de Buruli et de la lèpre dans des pays d'Asie et d'Afrique occidentale. Le système qPCR triplex de Biomeme est portable, fonctionne sur piles, est exploité en application sur téléphones portables et permet le suivi à distance et la collecte de données sur une plateforme du cloud. Avec des tests prémélangés et lyophilisés pour qPCR et extraction d'ADN sur cartouches (Prep M1) en 1 à 2 min sur de nombreux isolats cliniques humains, les systèmes Biomeme de qPCR sont une solution prometteuse pour le diagnostic sur le lieu des soins des MTN cutanées.

Méthodes

Pour la lèpre, nous avons étudié l'efficacité de la qPCR par la séquence *RLEP* spécifique à *Mycobacterium leprae* (séquence répétée des gènes 69bp) en utilisant les combinaisons publiées auparavant d'amorces et de sondes dans 171 cas de lèpre (dans la classification RJ), 57 contacts de cas de lèpre dans les ménages et 30 cas témoins (Centre SIH-R&LC). Le système qPCR a été évalué pour sa capacité à distinguer les cas de lèpre et leurs contacts dans les ménages des cas témoins. Pour l'ulcère de Buruli, l'ADN extrait de 50 cas confirmés d'ulcère de Buruli conservés dans une banque biologique au Centre Kumasi (KCCR) a été utilisé pour la mise au point du test Biomeme pour la détection de l'ulcère de Buruli, une combinaison standardisée et lyophilisée d'amorces, de sondes et de master mix adaptés pour la détection d'une séquence *IS2404* d'insertion spécifique de *Mycobacterium ulcerans* dans des isolats cliniques. Les tests étaient fabriqués par Biomeme Inc. puis ont été évalués au Centre Kumasi (KCCR), à l'Institut de recherche médicale de Noguchi (NMIMR) et au Centre Pasteur du Cameroun (CPC). La qPCR Biomeme a été réalisée sur des échantillons d'ADN d'ulcères prélevés sur écouvillons (100 pour le Centre Kumasi et 100 pour l'Institut de recherche de Noguchi et 132 pour ce dernier) pour comparer les valeurs de cycle seuil (Ct) du qPCR de Biomeme à celles du système de

détection qPCR CFX96 de Bio-Rad. De plus, le kit M1Prep d'extraction d'ADN a été évalué sur 111 échantillons prélevés sur écouvillons dans les trois sites.

Résultats

Concernant la lèpre, en utilisant le système Biomeme de qPCR, nous avons noté une valeur de cycle seuil (Ct) de 28,12 pour les cas de lèpre, de 33,86 pour les contacts de cas de lèpre dans les ménages et de 36,13 pour les cas témoins. Le test Kruskal Wallis dans les groupes d'étude a indiqué une *valeur p* de $1{,}632^{-10}$ indiquant que les différences sont significatives d'un point de vue statistique et que la qPCR était capable de différencier les niveaux d'infection entre les cas de lèpre, leurs contacts dans les ménages et les cas témoins. Concernant l'ulcère de Buruli, nous avons noté une sensibilité moyenne de 98 % et une spécificité de 96 % pour connaître la capacité de la qPCR de Biomeme à détecter l'ADN de *M. ulcerans* dans des isolats cliniques, par comparaison avec le système de détection qPCR CFX96 de Bio-Rad. Avec les kits M1Prep d'extraction d'ADN, nous avons noté une sensibilité de 82 % et une spécificité de 95 % lorsque la PCR est réalisée sur un ADN isolé des échantillons dont les résultats précédents sont connus.

Conclusion

Le système qPCR de Biomeme est un système de diagnostic moléculaire pouvant être utilisé sur le lieu des soins pour la réalisation de tests complémentaires et pour une application sur des MTN cutanées dans des structures pauvres en ressources.

Remerciements

Cette étude a été financée par la American Leprosy Missions. Nous remercions les organisations partenaires, SIH-R&LC, le Centre Kumasi (KCCR), l'Institut de recherche médicale de Noguchi (NMIMR) et le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) pour leur contribution à la collecte des données et à l'analyse et à la diffusions des conclusions.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Maladies – ulcère de Buruli, Lèpre

Pays - Inde, Ghana et Cameroun

Évaluation multicentrique de l'appareil Biomeme Franklin™ sur téléphones portables pour la détection rapide par PCR de *Mycobacterium ulcerans* dans des échantillons cliniques

Auteurs : Michael Frimpong [1,2], Venus Nana Boakyewaa Frimpong [2], Hycenth Numfor [3], Valerie Donkeng[3], Jennifer Seyram Amedior [4], Daniella Emefa Deegbe[4], Baaba Dadson[4], Anthony Ablordey[4], Sara Eyangoh[3], Richard Phillips[2], Sundeep Chaitanya Vedithi[5]

Affiliations :

[1]System Genomics Section, Laboratory of Parasitic Diseases, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health (NIH), Bethesda, MD, États-Unis d'Amérique
[2]Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine (KCCR), Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[3]Centre Pasteur du Cameroun (CPC), Yaoundé, Cameroun
[4]Noguchi Memorial Institute of Medical Research (NMIMR), University of Ghana, Accra, Ghana
[5]Department of Biochemistry, Sanger Building, 80 Tennis Court Road, Cambridge CB2 1GA, Cambridge, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

La technique de référence pour la détection de *Mycobacterium ulcerans* est la PCR (amplification génique) en raison de sa grande précision dans la confirmation des cas suspects. Mais les tests disponibles pour la PCR sont conçus pour des thermocycleurs de taille standard, immobiles et adaptés aux laboratoires de référence éloignés des communautés d'endémie. De ce fait, il est donc difficile d'obtenir des résultats immédiats pour la prise en charge des patients. Une étude plurinationale sur les diagnostics de phase 2 a été réalisée en simple aveugle dans trois laboratoires de référence pour l'ulcère de Buruli en vue d'évaluer un test PCR utilisant un réactif séché et adapté à un thermocycleur portable, tenu à la main et fonctionnant sur pile, permettant de réaliser les diagnostics au sein de communautés d'endémie ne disposant pas des infrastructures nécessaires. La précision de ce test de diagnostic utilisé sur plus de 300 échantillons cliniques a montré une sensibilité et une spécificité respectivement de 100 % - 97 % et de 100 % - 94 %. Ce test associé à une méthode d'extraction d'utilisation facile sur le terrain correspond à presque tous les profils de produits cibles de l'ulcère de Buruli pour des tests décentralisés, utilisés au plus près des besoins dans le district, le centre de santé et/ou la communauté. Cette démarche est essentielle pour atteindre l'objectif de la feuille de route 2030 visant l'éradication de l'ulcère de Buruli.

Remerciements

Les American Leprosy Missions (ALM) ont assuré le financement de cette étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, PCR, au plus près des besoins.

Mise au point d'un test de diagnostic rapide de l'ulcère de Buruli : difficultés et perspectives

Auteurs : Dziedzom K. de Souza, Marina Siirin, Louisa Warryn, Hycenth Numfor, Valérie Flore Donkeng, Sara Eyangoh, Aka N'Guetta, Apia Kouame Basile, Aubin Yao, Luc Gontran Yeboue, Chiaki Murase, Yuji Miyamoto, Manabu Ato, Rie Yotsu, Gerd Pluschke, Marco Biamonte

Affiliations :

Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et novateurs, Genève, Suisse
Drugs and Diagnostics for Tropical Diseases, San Diego, CA, États-Unis d'Amérique,
Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle, Suisse,
Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé, Cameroun,
Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire,
Hope Commission International, Abidjan, Côte d'Ivoire,
Université de Nagasaki, Nagasaki, Japon,
Université de Nagoya, Nagoya, Japon,
Centre de recherche sur la lèpre de l'Institut national des maladies infectieuses, Tokyo, Japon

L'ulcère de Buruli (BU) reste l'une des maladies tropicales négligées nécessitant des tests de diagnostic améliorés. Un traitement antibiotique oral étant disponible, la décentralisation des diagnostics faciliterait la détection précoce, le traitement et la prise en charge des cas. Nous décrivons ici la mise au point du premier test de diagnostic rapide de l'ulcère de Buruli ainsi que les difficultés et les perspectives qui l'accompagnent. Le test de diagnostic rapide est un test compétitif, configuré pour détecter la mycolactone au moyen de nouvelles nanoparticules d'or aux propriétés magnétiques, d'anticorps monoclonaux spécifiques à la mycolactone et d'une sonde biotinylée. À la différence des tests de diagnostic rapide normaux, cette technique requiert une concentration de mycolactone. Une étude de faisabilité a été réalisée au Cameroun et en Côte d'Ivoire pour évaluer l'efficacité du test sur le terrain. La mise au point du test utilisant la mycolactone synthétique a prouvé sa sensibilité puisqu'il a détecté jusqu'à 2 ng de mycolactone dans un échantillon enrichi. L'évaluation du test sur des échantillons prélevés par écouvillonnage sur des patients a montré une validité de 100 % dans des conditions de mise au point. Cependant, la concentration de la mycolactone dans l'écouvillon était à peine détectable, rarement à plus de 7 ng de mycolactone et jamais au-dessus de 15 ng. En déterminant l'efficacité du diagnostic, des difficultés ont été constatées lorsqu'il s'est agi d'utiliser la PCR (amplification génique) comme test de référence, car on a constaté des différences dans les résultats de la PCR entre laboratoires, renforçant la nécessité d'utiliser de multiples méthodes de diagnostic pour confirmer des cas d'ulcère de Buruli, car les résultats faux positifs et négatifs des PCR étaient fréquents. Lorsque les prototypes optimisés de tests de diagnostic rapide ont été évalués sur des échantillons de terrain, les résultats indiquaient une spécificité moyenne de 92 % (plage : 81 % - 97 %) et une sensibilité de 38 % (plage : 31 % - 56 %) en utilisant les données de PCR les plus fiables comme référence. En utilisant des données de PCR composites issues de différents sites, les plages de spécificité s'étendaient de 71 % à 100 % et la sensibilité variait de 21 % à 61 %. C'est pourquoi la sensibilité du test de diagnostic rapide est, au mieux, comparable à la sensibilité minimale obtenue dans les profils de produits cibles des examens par microscopie pour le diagnostic de l'ulcère de Buruli. Nous sommes partis de l'hypothèse que la faible sensibilité du test était liée aux procédés d'écouvillonnage qui risquaient de réduire la concentration de la mycolactone. La concentration nécessaire de la mycolactone risque d'entraîner une plus forte variation dans l'efficacité du test. De plus, les difficultés rencontrées avec les résultats de la PCR ont fait apparaître la nécessité d'obtenir des échantillons vrais négatifs auprès des communautés dans lesquelles l'ulcère de

Buruli est endémique. Néanmoins, un cas possible d'utilisation du test de diagnostic rapide sera le dépistage dans les cas de patients suspectés d'être infectés par *M ulcerans*, en utilisant uniquement les écouvillons des patients dont les tests de diagnostic rapide ont donné des résultats négatifs et qui seront transférés vers des établissements de référence pour une PCR. Cette méthode permettrait de réduire le nombre de cas transférés pour une PCR tout en permettant de mettre immédiatement sous traitement les patients dont le test de diagnostic rapide a donné un résultat positif.

Remerciements

Ces travaux ont été rendus possibles grâce au généreux financement de KfW, du Global Health Innovative Technology Fund et de ANESVAD.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Renforcement des capacités des laboratoires de référence pour le pian au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Ghana

Auteurs : Serges Tchatchouang[1], Philippe Ndzomo[1], Mireille Noah[1], Rebecca Handley[2], Sascha Knauf[3], Michael Marks[2], Tania Crucitti[1], Sara Eyangoh[1]

Affiliations :

[1]Centre Pasteur du Cameroun, P.O. Box 1274 ; 451, Street 2005, Yaoundé 2, Yaoundé, Cameroun
[2]Clinical Research Department, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, Londres WC1E 7HT, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.
[3]Institut de santé animale à l'échelle internationale/Une seule santé de l'Institut Friedrich-Loeffler, Institut fédéral de recherche en santé animale, Südufer 10, D-17493 Greifswald-Insel Riems, Allemagne

Si l'on veut atteindre l'objectif d'éradication du pian à l'horizon 2030, il est important d'obtenir un diagnostic précis pour confirmer l'étiologie des lésions ressemblant à celles du pian. À cet effet, nous avons cherché à renforcer la capacité des tests de diagnostic dans trois pays d'Afrique : le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Ghana au travers du consortium LAMP4YAWS.

Nous avons choisi des cibles standard pour la PCR quantitative (qPCR) et avons procédé à une vérification technique de ces tests. En nous appuyant sur les données existantes, nous avons utilisé l'amplification du gène de la RNase P pour évaluer la qualité de l'échantillon, du gène polA pour le diagnostic du pian et du gène 16S de l'ARNr (Hd16sV8) pour le diagnostic de *H. ducreyi*.

Dans le cadre de notre travail de renforcement des capacités, le personnel de laboratoire dans chaque pays a reçu une formation standardisée qui nous a permis d'harmoniser toutes les procédures de laboratoire pour le projet LAMP4YAWS. Cette formation a consisté à établir un inventaire des sites d'études et l'établissement de plateformes de diagnostic. Nous avons évalué la capacité actuelle de chaque laboratoire à plusieurs niveaux, notamment le nombre de membres du personnel et leurs fonctions dans le laboratoire, la compétence du personnel dans la conduite de tous les aspects de la PCR quantitative, le matériel, les consommables et les réactifs disponibles et enfin nous avons cherché à savoir si une infrastructure appropriée était disponible. Nous avons mis des activités en place dans chaque laboratoire de référence au travers d'une diversité d'activités observées, supervisées et non supervisées.

Parallèlement à la formation des laboratoires, nous avons intégré des activités orientées vers les compétences définies dans les lignes directrices sur les bonnes pratiques cliniques de laboratoire (GCLP).

À la suite des séances de formation, les équipes dans chaque pays étaient capables de réaliser toutes les étapes d'un diagnostic en conformité avec les impératifs des GCLP. Le résultat a été positif puisque cela a permis un nouveau développement des capacités pour appuyer les programmes nationaux d'éradication du pian. Le projet LAMP4YAWS a pu être étendu à toutes les zones d'endémicité du pian et en conséquence, les méthodes de diagnostic ont pu être harmonisées.

Remerciements

Cette étude entrait dans le cadre du programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne (LAMP4YAWS), numéro de subvention [RIA2018D-2495].

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Pian, renforcement des capacités, Afrique subsaharienne.

Évaluation externe d'assurance de la qualité dans la lutte contre les maladies tropicales négligées : Le projet LAMP4yaws

Auteurs : Claudia Müller[1], Kennedy Kwasi Addo[3], Esther Amon[2], Laud Antony Basing[3], Sarah Burl[2], Tania Crucitti[4,5], Sylvestre Agui Dizoé[7], Rebecca Handley[2], Simone Lüert[1], Michael Marks[2], Hans Noel Mempouila Meke[8], Ngazoa Kakou Solange[6], Serges Tchatchouang[5], Sascha Knauf[1*]

Affiliations :

[1] Institut de santé animale à l'échelle internationale/Une seule santé de l'Institut Friedrich-Loeffler, Institut fédéral de recherche en santé animale, Südufer 10, D-17493 Greifswald-Insel Riems, Allemagne.
[2] Clinical Research Department, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, Londres, WC1E 7HT, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.
[3] Department of Bacteriology, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon, Ghana.
[4] Unité de bactériologie expérimentale, Institut Pasteur de Madagascar, PO Box 1274, 101 Antananarivo, Madagascar.
[5] Centre Pasteur du Cameroun, P.O. Box 1274 ; 451, Street 2005, Yaoundé 2 ; Yaoundé, Cameroun.
[6] Plateforme de Biologie Moléculaire, Département Technique & Technologie, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire.
[7] District Sanitaire de Yamoussoukro, BP 1027 Yamoussoukro, Côte d'Ivoire.
[8] Centre médical d'arrondissement de Dimako, Dimako, Région de l'Est, Cameroun.

Les limitations en termes de diagnostic des tests sérologiques existants, l'émergence de souches résistantes aux antimicrobiens et la découverte de *Haemophilus ducreyi*, cause de lésions cutanées ressemblant à celles du pian chez les enfants exigent que l'on trouve de nouveaux moyens diagnostiques pour éradiquer le pian chez les humains. Cette maladie, causée par *Treponema pallidum* ssp. *pertenue*, fait actuellement l'objet de campagnes mondiales d'éradication. S'agissant d'une maladie tropicale négligée (MTN) les nouveaux outils doivent être à la fois abordables dans les régions dépourvues de ressources et précis dans les conditions d'un climat tropical. Dans les laboratoires des pays du Nord, les essais d'aptitude sont principalement organisés à partir de matériaux de référence certifiés ISO/IEC17043. Toutefois, ces normes d'excellence ne sont pas applicables dans de nombreux laboratoires de districts de pays d'Afrique subsaharienne dépourvus de ressources. Notre étude avait pour but la mise en place d'un programme externe d'assurance de la qualité en vue d'assurer durablement un niveau d'efficacité satisfaisant des tests de diagnostic pour la détection des cas de pian en Côte d'Ivoire, au Ghana et au Cameroun au moyen d'une PCR quantitative (qPCR) dans les laboratoires de référence et du test LAMP4Yaws conçu récemment, au niveau du district.

On a préparé des écouvillons chargés de plasmides lyophilisés contenant soit le gène *polA* cible de *T. pallidum*, le gène cible 16S de l'ARNr (V8) de *H. ducreyi*, ou les deux soit aucun gène ciblé. Tous les écouvillons ont été aussi enrichis par des cellules humaines HEK293 pour simuler le contexte génétique des échantillons cliniques. Dans la première expérience, nous avons testé la stabilité des éléments soumis aux essais d'aptitude lorsqu'ils sont stockés dans différentes conditions environnementales (par ex. sec/moite/humide, 37°ou 56 °C, un ou trois mois). Par la suite deux cycles d'essais d'aptitude, ont été réalisés dans trois laboratoires de référence (qPCR) et deux laboratoires de district (LAMP).

Comparé à des échantillons de plasmides de *T. pallidum* ssp. *Pertenue* ou de *H. ducreyi* fraîchement préparés et extraits, les écouvillons conservés au sec à 56 °C pendant 3 heures ou à 37 °C pendant un à trois mois n'ont montré aucune perte significative dans le nombre de copies. Conservés dans des conditions de moiteur, les copies obtenues étaient légèrement moins nombreuses. Dans des conditions d'humidité, un plus grand nombre de copies a été perdu.

Dans le premier test d'aptitude analysé, tous les laboratoires de référence participants ont obtenu des résultats semblables à la qPCR comparé au laboratoire du prestataire avec des différences négligeables. Comparé aux résultats de la qPCR, les résultats du test LAMP variaient davantage, avec une détection instable de plus faibles contenus d'ADN ($<10^2$ copies).

Malgré les difficultés rencontrées dans la réalisation des tests LAMP dans les éléments des essais d'aptitude, les résultats de la qPCR indiquent que les éléments des essais d'aptitude que nous venons de concevoir sont adaptés aux programmes externes d'assurance de la qualité dans la lutte contre le pian. Ces essais préparés peuvent être envoyés sans refroidissement et se révèlent de qualité stable dans un contexte tropical. Si notre programme externe d'assurance de la qualité ne peut pas remplacer une accréditation de conformité à ISO/IEC17043, il permet néanmoins une assurance de la qualité dans des laboratoires pauvres en ressources. Il est essentiel de renforcer tous les niveaux de diagnostic en laboratoire pour obtenir une détection précoce, en particulier dans les programmes d'éradication de maladies tropicales négligées. En conclusion, l'utilisation d'échantillons secs sur écouvillons a permis d'obtenir un bon rapport coût-efficacité et l'excellente stabilité requise des échantillons pour l'évaluation externe d'assurance de la qualité dans des milieux pauvres en ressources. Notre programme externe d'assurance de la qualité peut être adapté à d'autres programmes de lutte contre des maladies dans un milieu tropical.

Remerciements

Le Partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Pian, EAQ, Diagnostic, développement des capacités.

Le diagnostic moléculaire des mycétomes

Auteurs : Wendy W. J. van de Sande[1*], Ahmed Fahal[2]

Affiliation :

Erasmus MC, Rotterdam, Pays-Bas

*Auteure présentatrice

Introduction

Le mycétome est une maladie tropicale négligée qui touche les tissus sous-cutanés. Il peut être dû à au moins 70 micro-organismes différents de nature fongique ou bactérienne. La plupart des laboratoires dans les régions d'endémie utilisent la mise en culture et l'histopathologie pour identifier l'agent étiologique. Cependant, on avait déjà démontré par le passé que les erreurs d'identification étaient courantes. L'identification moléculaire semblait être le seul moyen fiable d'identifier les espèces en cause.

Méthodes

Considérant que l'une des caractéristiques du mycétome est la formation de grains, la première étape a consisté à élaborer une méthode permettant d'isoler directement l'ADN à partir des grains. À cet effet, nous nous sommes centrés sur l'agent le plus souvent en cause : *Madurella mycetomatis.* Nous avons tout d'abord essayé plusieurs méthodes de destruction, y compris frapper en rythme et les kits du commerce d'isolement de l'ADN. Nous avons ensuite élaboré une méthode d'amplification de l'ADN. À cet effet, nous avons mis au point une PCR classique, une PCR en temps réel et une PCR isotherme. La PCR classique a été évaluée aussi au Soudan, au Centre de recherche sur les mycétomes.

Résultats

Pour l'isolement de l'ADN directement en frappant les grains en rythme, il était essentiel d'utiliser des billes de métal. Cette pratique, associée au kit d'isolement d'ADN Zymo a permis de définir le protocole d'isolement d'ADN optimal. Deux PCR classiques ont été mises au point pour *M. mycetomatis,* mais l'une d'entre elles a donné une réaction croisée avec *M. pseudomycetomatis,* alors que pour l'autre, on n'a constaté aucune réactivité croisée. L'identification par les tests PCR n'a duré que 2,76 heures, tandis que l'histopathologie et la mise en culture ont duré respectivement 204,4 h et 508,5 h. Pour les espèces *Madurella,* une PCR en temps réel a été mise au point également. Les techniques d'amplification isotherme telles que RPA et LAMP ont été mises au point, mais la RPA a semblé la plus facile à utiliser dans le temps d'identification le plus court.

Discussion

Parce que la plupart des moyens de diagnostic moléculaire ont été conçus pour *M. mycetomatis* et qu'au moins 69 autres micro-organismes sont susceptibles de causer des mycétomes, nous travaillons actuellement à la mise au point de tests moléculaires pour d'autres agents étiologiques. Pour ce faire, nous avons commencé par nous centrer sur les autres agents étiologiques les plus courants et nous poursuivrons ensuite avec les agents plus rares. Les outils actuellement conçus peuvent être appliqués sur de multiples plateformes ; ils peuvent donc être utilisés dans chaque laboratoire, même sur le terrain et sur le lieu des soins.

Conclusions : Les outils de diagnostic moléculaire sont renouvelés rapidement et présentent une sensibilité et une spécificité excellentes. Ce sont les outils du futur pour l'identification des espèces de mycétomes.

Remerciements

Ce résumé est le fruit de plus de 20 années de recherche sur la mise au point d'outils moléculaires pour le diagnostic de mycétomes. De nombreuses personnes et des bailleurs de fonds ont contribué à ces recherches. Et ces travaux n'auraient pas été possibles sans la collaboration étroite entre Erasmus MC et le Centre de recherche sur les mycétomes, au Soudan. Une partie des travaux a été financée par la Netherlands Scientific Foundation, l'initiative Des médicaments pour les maladies négligées, la Fondation Dioraphte et l'université Erasmus.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Mycétome, PCR, qPCR, RPA, fongique, bactérien

Appui d'un laboratoire pour combattre et éliminer les maladies tropicales négligées cutanées au Ghana

Auteurs : Abigail Agbanyo[1], Bernadette Agbavor[1], Solomon Gyabaah[1], Michael Oppong Ntiamoah[1], Olivia Dornu[1], Nana Konama Kotey[2], Nsiire Agana[3], Yaw Ampem Amoako[1,4], Richard Odame Phillips[1,4]

Affiliations :

[1]Kumasi Centre for Collaborative Research, Kumasi, Ghana
[2] National Buruli ulcer Control Programme, Ghana Health Service, Accra, Ghana
[3] Fundación ANESVAD, Accra, Ghana
[4] School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN) cutanées se manifestent par d'importants dommages de la peau associés à des préjudices esthétiques de longue durée, à un handicap et à la pauvreté dans les pays d'endémie. La feuille de route élaborée par l'OMS en 2030 définit une approche intégrée qui présente le meilleur moyen d'éliminer le fléau des MTN cutanées telles que l'ulcère de Buruli et le pian. L'approche intégrée destinée à identifier ces maladies est une garantie en raison de leur coendémicité et de la similitude de leurs signes cliniques et elle permet d'optimiser l'utilisation des ressources financières et humaines limitées.

Un programme intégré de prise en charge des cas appliqué à l'ulcère de Buruli, au pian et à la lèpre, en collaboration avec le Service de santé du Ghana et parrainé par ANESVAD, a chargé le Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine (KCCR) d'offrir un appui de laboratoire et une assistance technique à sept districts du Ghana dans lesquels les MTN cutanées sont endémiques (Asante Akim North (AAN), Sekyere Afram Plains (SAP), Upper Denkyira East (UDE), Upper Denkyira West (UDW), Wassa Amenfi East (WAE), Nkoranza South, et Wa Municipal).

Méthode

Les mesures prises comprenaient la formation de techniciens de laboratoire et d'agents de santé de district au prélèvement, au stockage et au transport d'échantillons vers des laboratoires de référence ; le suivi permanent et la supervision d'agents de santé de district qualifiés ; la confirmation en laboratoire des cas d'ulcère de Buruli et de pian par analyse d'échantillons et la transmission des résultats d'analyses à des établissements de santé, des districts et des programmes nationaux de lutte contre ces maladies. Pour augmenter la capacité de tests, deux laboratoires de référence pour la santé publique ont été formés à la confirmation de diagnostic. Un programme externe d'assurance de la qualité (EAQ) a été créé à l'intention des laboratoires de référence pour la santé publique. Tous les cas de MTN cutanées identifiés ont été traités conformément aux directives nationales.

Résultats

Entre juillet 2018 et octobre 2022, nous avons reçu 1004 échantillons cliniques [929 suspectés de présenter un ulcère de Buruli (âge médian 28 ans (Écart interquartile 12-39) et 75 cas de pian positifs par tests DPP (âge médian 11 ans (Écart interquartile 9-14))]. Parmi les échantillons prélevés sur des patients présentant un ulcère de Buruli, 156 (84 femmes et 72 hommes ; 28 % <15 ans) ont été confirmés positifs par PCR IS2404, soit un taux de positivité de 17 %. Répartition des types de lésions : ulcères (80 %), nodules (6 %), plaques (12 %) et œdèmes (2 %) ; catégorie I (37 %), catégorie II (34 %) et catégorie III

(29 %). La plupart des cas confirmés d'ulcère de Buruli (29 %) ont été détectés dans les districts AAN (29 %), WAE (23 %), UDW (19 %) et UDE (15 %). Les résultats ont été transmis aux districts concernés dans un délai moyen/écart type de 4,5±2,6 jours à compter de la réception des échantillons aux laboratoires du Kumasi Centre for Collaborative Research.

Le test PCR multiplex a permis d'identifier par test DPP neuf cas positifs de pian dus à *Treponema pallidum*, 29 cas dus à *Haemophillus ducreyi* (dont 69 % provenaient du district SAP) et 5 cas dus à une co-infection *Treponema pallidum/Haemophillus ducreyi*.

Au total 114 membres du personnel, notamment le personnel de santé, des techniciens de laboratoire et des volontaires de la communauté assurant la surveillance, ont bénéficié d'une formation. Les laboratoires de référence pour la santé publique ont obtenu un score de 90 % dans le programme externe d'assurance de la qualité (EAQ). Par ailleurs, des modes opératoires normalisés ont été adoptés à toutes les étapes du projet.

Discussion et conclusion

Dans ce projet, nous montrons qu'il est possible de mettre en place une confirmation de diagnostic intégrée. Des résultats ont été transmis en moins d'une semaine aux parties prenantes. Des outils multiplex de diagnostic ont permis de différencier *T pallidum* et *H ducreyi*. À la suite de la formation, le personnel de laboratoire a obtenu des scores élevés dans le programme d'évaluation externe de la qualité (EEQ). Les pourcentages presque équivalents des lésions constatées de catégories I, II et III signifient qu'il est nécessaire de mener durablement des campagnes de sensibilisation à l'ulcère de Buruli.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants au personnel des programmes de lutte contre l'ulcère de Buruli et le pian du Service de santé du Ghana dans les sept districts sélectionnés de l'aide qu'il nous a apportée. Nous remercions également la Fondation ANESVAD qui a contribué financièrement à ce projet.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées, intégration, Ghana, ulcère de Buruli, pian, *H ducreyi*

Le kit SwiftX™ d'extraction de l'ADN – un outil polyvalent pour l'extraction de l'ADN de divers agents pathogènes des maladies cutanées

Auteur : Andy Wende

Affiliation :
Xpedite Diagnostics GmbH

L'extraction des acides nucléiques est la première étape de tout diagnostic moléculaire. Selon l'agent pathogène et l'échantillon, l'extraction de l'ADN et de l'ARN peut être difficile et cruciale pour un diagnostic réussi. La détection moléculaire des agents pathogènes des maladies tropicales négligées cutanées (MTN) nécessite une extraction d'ADN de haut niveau en raison de leur faible concentration dans les échantillons cliniques et de leur résistance à la lyse cellulaire. En outre, les produits utilisés actuellement sont spécialisés dans l'extraction d'agents pathogènes particuliers et sont souvent inappropriés pour une utilisation sur le lieu des soins où une infrastructure satisfaisante de laboratoire fait généralement défaut. Même s'il existe plusieurs méthodes pratiques de détection sur le terrain, nous manquons toujours d'un protocole d'extraction de l'ADN adapté au terrain pour les MTN cutanées. Les méthodes actuelles sont généralement laborieuses, onéreuses et exigent un laboratoire de diagnostic bien équipé. Toutefois, pour lutter efficacement contre les MTN cutanées, il est impératif de mettre en place des outils de diagnostic à tous les niveaux du système de santé : du lieu des soins aux dispensaires périphériques et jusqu'aux laboratoires de diagnostic de routine.

Le kit SwiftX™ d'extraction d'ADN exploite la technologie de capture cellulaire et de purification inverse de Xpedite Diagnostics. Les réactifs ne nécessitent pas de réfrigération et les diagnostics peuvent être réalisés avec un équipement peu coûteux. Ainsi, la technologie SwiftX™ permet aux laboratoires, à tous les niveaux du système de soins de santé, de procéder à l'extraction d'ADN pour réaliser les diagnostics moléculaires. Le kit SwiftX™ d'extraction d'ADN convient pour les diagnostics moléculaires sensibles dans la majorité des MTN cutanées. Cet exposé examine les protocoles et les données existantes sur son utilisation dans le cas de l'ulcère de Buruli, la leishmaniose, la lèpre et les maladies fongiques. Par ailleurs, la même technologie peut être appliquée au diagnostic d'autres MTN cutanées telles que le pian, l'onchocercose, la filariose et d'autres encore. Des collaborations ont été mises en place pour rassembler d'autres données expérimentales. Le kit SwiftX™ d'extraction d'ADN permet l'utilisation de protocoles harmonisés pour l'extraction de l'ADN de différents agents pathogènes et différents types d'échantillons, ce qui permet de réduire considérablement les besoins de formation du personnel et facilite un usage efficace en routine. Une fois extraits, les acides nucléiques peuvent être utilisés avec différentes technologies moléculaires telles que la PCR en temps réel, l'amplification isotherme et le séquençage. Le kit SwiftX™ d'extraction d'ADN est évolutif et peut être utilisé aussi bien dans des lieux ne disposant d'aucune infrastructure de laboratoire que dans des laboratoires centralisés dotés d'une forte capacité de production.

Remerciements

Partenaires dans la collaboration : l'université de Leipzig (Allemagne), l'université de Munich (Allemagne), l'INSERM, Angers (France), l'American Leprosy Mission (États-Unis d'Amérique)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Diagnostics intégrés couvrant de multiples maladies (ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, leishmaniose dermique post-kala azar, lèpre, pian, maladies fongiques).

Séance 7 : Diagnostic and renforcement des capacités de laboratoire – Affiches

La lèpre : Toujours parmi nous et pourtant oubliée dans notre environnement

Auteurs : Ayesha Akinkugbe, Erere Otrofanowei, Olusola Ayanlowo

Affiliations :

College of Medicine, University of Lagos, Lagos, Nigeria

La maladie de Hansen est une maladie infectieuse chronique causée par le bacille *Mycobacterium Leprae*. Elle touche des personnes de toutes races dans le monde et est plus répandue dans les zones tropicales et subtropicales, chaudes et humides. Elle touche les nerfs, la peau, les yeux et la muqueuse nasale, les voies respiratoires supérieures, les os et les testicules. La bactérie s'attaque aux nerfs et il en résulte des atteintes nerveuses et des handicaps. En 2000, la lèpre a été éliminée à l'échelle mondiale en tant que problème de santé publique (défini comme l'obtention d'une prévalence inférieure à 1 cas pour 10 000 habitants) et ces vingt dernières années, plus de 16 millions de lépreux ont été traités par polychimiothérapie. Les données montrent toutefois que malgré la régression progressive du nombre global de cas, le nombre de nouveaux cas ne concorde pas avec les efforts et les ressources déployés pour interrompre la transmission.

Sur une période de 12 mois, 8 cas de lèpre ont été identifiés dans le Service de dermatologie de l'hôpital universitaire de Lagos.

Nous présentons les observations cliniques faites sur une femme de 27 ans qui présente sur le visage depuis deux ans des lésions papuleuses et nodulaires dures, mais qui ne sont pas douloureuses et ne grattent pas. Ces lésions qui initialement avaient la même couleur que sa peau sont devenues rougeâtres au fil du temps. Des lésions semblables ont été constatées sur son bras et ses jambes et elle a expliqué que ces lésions étaient récurrentes. Son nez et ses oreilles étaient enflés avec des saignements de nez et des suppurations malodorantes sur les ulcérations se sont développées sur la paume des mains et la plante des pieds. Un diagnostic clinique de lèpre a été posé et des bacilles acido-alcoolorésistants (4+) ont été identifiés. Pendant deux ans, elle a consulté des pharmaciens et des pharmacies privées, a reçu un traitement à domicile par comprimés et injections de la part d'un agent de santé, et en dernier ressort, a recherché un soutien spirituel dans une église.

Discussion

Les normes culturelles et les croyances, la pauvreté, en plus d'habitudes et de comportements inappropriés de recherche de soins et outre qu'elle s'est présentée tardivement, tous ces faits contribuent aux problèmes constatés dans notre environnement avec la maladie de Hansen.

Pour que les agents de santé communautaires fassent preuve de perspicacité dans leur diagnostic, ils doivent savoir quoi chercher et comment intégrer les signes cliniques pour poser leur diagnostic. Le meilleur moyen de diagnostiquer des cas est d'acquérir une expérience clinique et de prêter une attention particulière aux constatations dermatologiques et neurologiques.

Il est absolument nécessaire d'augmenter la capacité de diagnostic des agents de santé à tous les stades et pour tous les types de lèpre, car cela permettra d'établir de rapides diagnostics, de mettre une thérapie en place et finalement de réduire la propagation de la lèpre.

Conclusion

Il ne fait aucun doute qu'un diagnostic précoce et des soins multidisciplinaires aux survivants de la lèpre améliorent les résultats et réduisent la propagation de la maladie. L'optimisation des outils existants comme la recherche de contacts, la détection active des cas et la prestation de services de polychimiothérapie est essentielle pour interrompre la transmission. Il est indispensable de déployer à plus grande échelle les mesures de prévention de la lèpre et d'assurer en même temps une détection active des cas dans la communauté si l'on veut parvenir à éliminer la lèpre.

Remerciements

Remerciements, notamment aux sources de financement.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Recherche dermatologique, lèpre, diagnostic précoce, détection des cas et recherche de contacts.

Dermatomycoses : cas cliniques pratiques

Auteurs : Nazim Khaled Benmehidi, Ibrahima Traore
Affiliations :
Alger, Conakry

Les dermatomycoses regroupent l'ensemble des pathologies cutanées causées par des champignons classés en 3 groupes : les dermatophytes, les levures et les moisissures. Ils représentent un motif de consultation très fréquent en dermatologie, pédiatrie, médecine générale et une demande de conseils en officine. Si dans la majorité des cas le diagnostic et la prise en charge peuvent être sans difficultés, cependant dans certains cas un diagnostic précis en s'aidant d'examens complémentaires biologiques est recommandé afin d'opter pour la démarche thérapeutique la plus adaptée. A travers les cas cliniques de dermatomycoses colligés en Algérie et en Guinée nous allons illustrer toute la complexité de la prise en charge diagnostic que peuvent avoir les patients dans leur parcours de soin que ce soit pour les cas courants ou les cas rares et aussi mettre en valeur la nécessité de sensibiliser le personnel de santé à ce type de pathologie.

Remerciements

Remerciements brefs, sources de financement comprises.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Dermatomycose, diagnostic,

Indice de gravité des dermatophytoses – Un nouveau système de notation pour évaluer la gravité des dermatophytoses

Auteurs : Ramesha Bhat M[1], Monisha Madhumitha[2], Jyothi Jayaraman[3]

Affiliations :

[1]Professor, Vice Dean, Father Muller Medical college Mangalore. International Director- International League of Dermatological Societies
[2]Sr Resident Saveeta Medical College, Chennai
[3]Assistant Professor, Father Muller Medical College, Mangalore

Introduction

La prévalence croissante des dermatophytoses dans les pays tropicaux, associée à l'extension de la résistance aux antimicrobiens nécessite l'utilisation d'un système objectif pour définir la gravité des lésions, surveiller la réponse au traitement, faire des pronostics et servir également d'outil de recherche en particulier dans les essais cliniques. Nous nous sommes efforcés de mettre en place et de valider un nouveau système de notation – l'indice de gravité des dermatophytoses lorsqu'elles sont localisées sur des peaux non glabres.

Méthodes

Un groupe consensuel a été convoqué en vue d'élaborer un système de notation objectif et reproductible pour décrire l'étendue et la gravité des dermatophytoses sur 200 patients porteurs de dermatophytoses et s'étant présentés consécutivement. Une seconde évaluation a consisté en une notation indépendante selon un indice de gravité de ces mêmes patients par des dermatologues et des résidents qui ne faisaient pas partie du groupe consensuel. Le principal résultat mesuré était la fiabilité de l'indice, évaluée en deux étapes, entre les observateurs.

Résultats

La fiabilité de l'indice de gravité des dermatophytoses a été obtenue en deux étapes. L'évaluation en deux étapes et la notation de l'indice de gravité des dermatophytoses de 200 patients s'étant présentés consécutivement et dont les dermatophytoses avaient fait l'objet d'un diagnostic clinique ont montré une grande fiabilité (Coefficient α de Cronbach et coefficient de corrélation intraclasse).

Conclusions

L'indice de gravité des dermatophytoses a révélé une grande fiabilité et pourrait être utilisé comme nouvel outil de notation, reproductible et objectif, pour évaluer la gravité des dermatophytoses, ce qui aiderait à prendre en charge cette maladie tropicale négligée monstrueuse.

Remerciements

Pas de financement, publié dans la revue Mycoses en décembre 2022

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Dermatophytoses, indice de gravité des dermatophytoses

Intérêt de la qPCR dans la confirmation des cas cliniques de lèpre Paucibacillaires

Auteurs : David Coulibaly N'Golo[1], Aby Christiane Amon[1], Solange Kakou N'Gazoa[1], Henri Kouakou[2], Bahou Roger Dehe[1], N'Da Marcellin Assie[3], Vagamon Bamba[2], Mireille Dosso[1]

Affiliations :

[1]Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, [2]Institut Raoul follereau de Côte d'Ivoire, [3]Programme national d'élimination de la lèpre

La lèpre, maladie infectieuse tropicale négligée due à *Mycobacterium leprae* constitue encore un problème de santé publique dans certains pays du monde. En Côte d'Ivoire, on observe une recrudescence des cas de lèpre de degré 2 due à un retard dans le diagnostic clinique et a certains facteurs socio-anthropologique. Le diagnostic de laboratoire est quant à lui essentiellement basé dans le pays sur l'examen microscopique. Celui-ci permet de confirmer les cas de lèpre multibacillaires (MB) mais détecte difficilement la lèpre dans ses formes paucibacillaires (PB). La PCR, outil moléculaire de diagnostic plus sensible et plus spécifique que la méthode classique pourrait être utilisé à défaut pour confirmer les cas d'infection à *M. leprae* quand l'examen microscopique est négatif.

Cette étude vise à montrer l'intérêt de la PCR dans la confirmation des cas cliniques de lèpre chez les patients PB.

L'étude a été réalisée sur 30 patients cliniquement diagnostiqués lépreux. L'examen microscopique a été réalisé sur tous les échantillons et a permis catégoriser les patients selon les formes pauci- et multibacillaires. Pour les analyses de biologie moléculaire, l'isolement de l'ADN des prélèvements a été réalisée avec un kit d'extraction commercial et la détection de *M. leprae* a été réalisée par PCR en temps réel sur Quantstudio5 (Thermofisher Scientific) ciblant les séquences répétées de type *RLEP*.

L'examen microscopique a revelé 20 patients PB dont les BAARs n'ont pas pu être observés et 10 patients MB avec des index bacilloscopiques variant de 1+ à 4+. Soixante (60)% des patients PB à microscopie négative et tous les patients MB étaient positifs en qPCR.

La qPCR a permis de confirmer la présence de *M. leprae* chez des patients PB à microscopie négative. Ce test pourrait être une alternative au diagnostic microscopique pour la confirmation au laboratoire des cas de lèpre PB en attendant la mise au place d'un test de diagnostic rapide (TDR).

Remerciements

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle de Côte d'Ivoire, Programme national élimination de la lèpre en Côte d'Ivoire (PNEL CI), Direction de l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRF CI)

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, *Mycobacterium leprae*, diagnostic, microscopie, qPCR, paucibacillaires

Diagnostic différentiel des ulcères cutanés : des lésions ressemblant au pian

Auteurs : Philippe Ndzomo[1], Serges Tchatchouang[1], Mireille Noah[1], Rebecca Handley[2], Sascha Knauf[3], Tania Crucitti[1], Michael Marks[2], Sara Eyangoh[1]

Affiliations :

[1]Centre Pasteur du Cameroun, P.O. Box 1274 ; 451, Street 2005, Yaoundé 2; Yaoundé, Cameroun
[2]Clinical Research Department, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, Londres, WC1E 7HT, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
[3]Institut de santé animale à l'échelle internationale/Une seule santé de l'Institut Friedrich-Loeffler, Institut fédéral de recherche en santé animale, Südufer 10, D-17493 Greifswald-Insel Riems, Allemagne

Les épidémies d'ulcères cutanés semblables à ceux du pian (lésions ressemblant à celles du pian) sont signalées régulièrement dans les pays tropicaux et subtropicaux. Au Cameroun comme dans d'autres pays, elles surviennent principalement dans les communautés pauvres et reculées n'ayant pas accès à des infrastructures de santé et vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène. Dans ce contexte et jusqu'à récemment, le diagnostic était essentiellement clinique et consistait parfois en une sérologie qui s'est révélée limitée. Ces ulcères cutanés ont été pendant longtemps attribués au pian causé par *Treponema pallidum* sous-espèce *pertenue*. L'intégration par l'OMS d'outils moléculaires dans les mesures de lutte contre le pian a permis d'identifier *Haemophilus ducreyi* comme principale cause des ulcères cutanés dans de nombreux pays d'endémie. *Haemophilus ducreyi* est généralement sensible à l'azithromycine, la molécule de référence adoptée par l'OMS dans sa stratégie d'éradication du pian. Mais les ulcères cutanés causés par *Haemophilus ducreyi* persistent malgré une administration de masse d'azithromycine. Cette persistance a permis d'envisager la possibilité que cette bactérie pouvait exister dans un réservoir naturel. Même si une transmission zoonosique n'a pas été clairement mise en évidence, il est devenu plausible que des agents de contagion inertes chez les animaux et dans l'environnement jouent un rôle important dans la chaîne de transmission.

Au Cameroun, le Centre Pasteur a été désigné laboratoire national de référence pour la confirmation du pian et/ou des ulcères associés et participe au processus d'éradication. Pour mieux comprendre la dynamique de la transmission de *Haemophilus ducreyi* et affiner la stratégie nationale de lutte, des diagnostics différentiels ont été élaborés pour les lésions ressemblant au pian et une méthode de dépistage de l'ADN de *Haemophilus duvreyi* sur des matrices non humaines a été mise au point. Nous mettons en place un test d'amplification des acides nucléiques pour sa détection. Les analyses réalisées ces trois dernières années ont confirmé la prédominance de *Haemophilus ducreyi* dans les lésions ressemblant au pian chez les enfants ayant présenté un taux de détection de plus de 20 % (entre 0 et 73 % dans les districts de santé). L'ADN de *Haemophilus ducreyi* n'a pas été détecté dans les prélèvements d'environnement analysés mais des amplifications positives ont été obtenues dans les échantillons recueillis dans les vêtements et la literie de patients porteurs d'ulcères cutanés dus à *Haemophilus ducreyi*. Les mouches ont été les seuls animaux sur lesquels nous avons obtenu une amplification positive de *Haemophilus ducreyi*, avec un taux de détection qui variait de 15 à 27 %. Pour rendre les résultats plus précis, nous avons mis en place également un isolement sur milieux de culture. Les premiers résultats de la mise en culture ont confirmé l'abondance relative de ce micro-organisme dans les lésions cutanées, ce qui a exclus l'hypothèse du commensalisme.

L’outil moléculaire déjà appliqué pour *Haemophilus ducreyi* associé à la mise en culture constitue une approche technique plus fiable pour la prise en charge des lésions cutanées. Cette combinaison technique facilite la détection de l’agent pathogène, la viabilité et l’évaluation du profil de résistance aux antibiotiques, condition réellement importante après une administration de masse d’azithromycine dans les zones d’endémie. Ce progrès dans le diagnostic des ulcères cutanés ressemblant au pian représente une avancée supplémentaire dans l’appui apporté au programme national de lutte contre les MTN cutanées.

Remerciements

Cette étude fait partie du programme EDCTP2 soutenu par l’Union européenne (LAMP4YAWS), numéro de subvention [RIA2018D-2495].

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcères cutanés, diagnostic différentiel, *Haemophilus ducreyi*

L'ingénierie biologique pour la production d'antigènes glycolipidiques phénoliques GLP-1 en vue d'assurer un approvisionnement durable d'antigènes pour le sérodiagnostic de la lèpre

Auteurs : Yuji Miyamoto, Yumi Maeda, Manabu Ato

Affiliations :

Institut national des maladies infectieuses

Le glycolipide phénolique-1 (GLP-I) est un constituant de la membrane cellulaire spécifique de *Mycobacterium leprae*, l'agent pathogène de la lèpre. Le GLP-1 a été impliqué comme facteur pathogène dans une neuropathie périphérique et est utilisé également comme antigène important pour le sérodiagnostic. Toutefois, la fourniture de GLP-1 est limitée, car *M. leprae* ne peut pas être cultivé *in vitro*, aussi cet antigène est produit actuellement au moyen d'un processus chimique complexe. Autre solution, nous nous sommes centrés sur l'ingénierie biologique pour produire le GLP-1 en construisant une souche génétiquement modifiée de *Mycobacterium marinum* qui produit de façon stable le GLP-1 et nous avons évalué sa réactivité sur le sérum d'un patient lépreux dans le but de l'appliquer au sérodiagnostic.

À l'origine, *M. marinum* produit le glycolipide phénolique-marinum (GLP-M), un analogue du GLP-1. Pour l'élongation de la chaîne de la fraction de sucre de GLP-M qui contient un monosaccharide d'une configuration identique à celle de GLP-1 qui a une fraction de trisaccharide dans *M. marinum*, nous avons sélectionné un groupe de gènes biosynthétiques présumés de GLP-1 dans le génome de *M. leprae* et introduit différentes combinaisons de gènes dans *M. marinum*. Des composants glycolipidiques ont été extraits de la souche recombinante de *M. marinum*, et chaque produit a été purifié et analysé par spectrométrie de masse TLC et MALDI-TOF/MS. La réactivité dans le sérum du patient a été évaluée par la méthode ELISA.

La spectrométrie de masse TLC et MALDI-TOF/MS a montré que l'un des principaux produits purifiés à partir de *M. marinum* recombinant présentait une structure identique à celle du fragment de sucre de GLP-1. Ce résultat a montré que le fragment de sucre de GLP-1 dont on sait qu'il joue un rôle important dans la pathogénicité et dans la réponse immunitaire pourrait être biosynthétisé en recombinant *M. marinum*. De plus, il est apparu que le GLP-1 recombinant à partir de *M. marinum* réagissait spécifiquement au sérum du patient atteint de lèpre, ce qui indiquait qu'il pourrait être utilisé comme antigène spécifique de la même façon qu'un GLP-1 synthétisé chimiquement ou produit à partir de *M. leprae*. Ces résultats suggèrent que l'application de l'ingénierie biologique pour produire le GLP-1 par modification génétique pourrait être une autre source possible d'antigène pour le sérodiagnostic de la lèpre.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié d'une subvention de AMED sous le numéro JP22fk0108610j0002.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, *Mycobacterium leprae*, glycolipide, sérodiagnostic.

Diffusion d'applications pour la santé mobile : un examen systématique

Auteurs : Henri Claude Moungui, Carme Carrion i Ribas, Che Frankline Anyiang, Hugues C. Nana Djeunga, José Antonio Ruiz Postigo

Affiliations :

Université ouverte de Catalogne, Barcelone, Espagne
Texila American University, Providence, Guyana
Institut supérieur de recherche scientifique et médicale (ISM), Yaoundé, Cameroun
Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

Introduction

Il existe des millions d'applications pour téléphones portables et des milliers d'entre elles portent sur la santé mobile. Les applications de santé mobile ont prouvé leur utilité pour le diagnostic des maladies et la gestion des données thérapeutiques et des stratégies de promotion de la santé. Pour atteindre les utilisateurs potentiels et obtenir d'eux qu'ils deviennent des utilisateurs finals, il convient d'appliquer une stratégie commerciale. Une telle stratégie définira les utilisateurs finals cibles, les circuits de communication, le contenu et le calendrier pour atteindre effectivement les utilisateurs et les inciter à adopter les applications de santé mobile. Cette étude avait pour but d'examiner systématiquement et de présenter toutes les données disponibles sur la façon dont sont promues les applications de santé mobile pour sensibiliser les utilisateurs finals et obtenir leur engagement à long terme.

Méthodes

Un examen systématique a été réalisé pendant cinq ans (du 1er janvier 2018 au 30 septembre 2022) dans les bases de données PUBMED, EMBASE, Scopus et CINAHL. Les sources retenues étaient des articles universitaires. Il en est ressorti principalement des stratégies de diffusion d'applications pour la santé mobile. Les dossiers extraits ont été importés vers Rayyan pour gérer les doublons et trier les articles.

Résultats

Un total de 638 études ont été extraites des bases de données sélectionnées et dix d'entre elles ont été retenues pour l'examen. Des stratégies commerciales payantes ou non payantes sont utilisées pour informer les utilisateurs potentiels de l'existence d'applications pour la santé mobile et les inciter à les télécharger. Ces stratégies utilisent différents circuits, notamment les réseaux sociaux, les messageries électroniques, la communication par écrit ou en face à face. Des émissions de télévision et de radio sont aussi utilisées, mais rarement. Des messages publicitaires donnaient des instructions indiquant où et comment télécharger et installer les applications. Dans la plupart des articles, les instructions expliquaient plutôt comment utiliser l'application et rester intéressé par l'intervention sanitaire. Les plateformes commerciales payantes les plus fréquentes étaient les campagnes pour applications de Google Universal et le Facebook Ads Manager, utilisés pour superviser les campagnes commerciales numériques payantes dans les plateformes respectives de Google et de Facebook.

De nombreux facteurs ont influé sur l'efficacité de la publicité, y compris, entre autres, le contenu de la publicité. Des graphiques animés peuvent attirer le plus grand nombre de clicks comparé à d'autres types d'images.

Les indicateurs le plus souvent utilisés pour évaluer l'efficacité des stratégies commerciales étaient le nombre de téléchargements, le taux de non-utilisation, le taux d'abandon, le taux d'adhésion et la convivialité de l'application au fil des jours, des semaines ou des mois. Des indicateurs supplémentaires comme le coût par click, le coût par installation et le taux de consultations étaient utilisés principalement pour évaluer le rapport coût-efficacité des campagnes commerciales payantes.

L'adoption réussie des applications pour la santé mobile peut dépendre de la facilité de leur téléchargement et certains patients auront peut-être besoin d'une assistance technologique pour télécharger l'application et commencer à l'utiliser. D'autres obstacles possibles à l'engagement de l'utilisateur vis-à-vis d'une application spécifique pourraient être son utilisation d'autres applications sur la santé correspondant mieux à son besoin, ou le fait qu'une application ne serait pas suffisamment interactive.

Conclusion

Il est rare de trouver une littérature à comité de lecture sur les stratégies de diffusion des applications pour la santé mobile. Les directeurs de services de soins, les professionnels de l'informatique et les concepteurs de campagnes commerciales devraient collaborer en vue d'élaborer un cadre identifiant la façon dont les applications pour la santé mobile pourraient atteindre efficacement les utilisateurs potentiels et permettre leur adhésion et leur engagement à utiliser les services de santé mobile. Les conclusions et les recommandations de cet examen permettront la mise en œuvre de l'application « MTN cutanées » de l'OMS pour le diagnostic de ces maladies tropicales négligées touchant la peau.

Remerciements

Nous n'avons reçu aucun financement pour ce travail entrant dans le cadre d'un projet de doctorat qui sera appliqué au Cameroun. Nous remercions l'équipe de l'OMS chargée des MTN cutanées, du handicap et de l'inclusion qui nous a offert l'occasion de travailler sur l'application « MTN cutanées » de l'OMS.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Santé mobile, applications pour téléphones portables, stratégies commerciales.

10 années d'expérience en tant que laboratoire de référence pour la confirmation microbiologique de l'ulcère de Buruli.

Auteurs : Richard Onanga[1], Yann Mouanga-Ndzime[1], Armel Kevin Alame-Emane[1], Arsène Mabika Mabika[1], Annick Mondjo[2], Sylvain Godreuil[3]

Affiliations :

[1]Unité de recherche et d'analyses médicales, Laboratoire de bactériologie, Centre interdisciplinaire de Recherches médicales de Franceville (CIRMF), Franceville, BP 769, Gabon.
[2] Directeur du Programme Maladies infectieuses, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Libreville, BP 50, Gabon.
[3] Laboratoire de bactériologie Hôpital Arnaud de Villeneuve – CHU de Montpellier 191 Avenue du Doyen Gaston Giraud 34 295 Montpellier Cedex 5, France.

L'ulcère de Buruli est une maladie cutanée infectieuse causée par *Mycobacterium ulcerans.*

Au Gabon, les premiers cas d'infection à *M. ulcerans* ont été signalés dans les années 60.

Compte tenu de l'ampleur de cette maladie, de ses conséquences socio-économiques et des séquelles physiques permanents, l'ulcère de Buruli est désormais considéré comme un problème de santé publique au Gabon.

Le diagnostic repose principalement sur les caractéristiques cliniques et épidémiologiques. Quatre méthodes permettent de confirmer le diagnostic : l'examen direct au microscope, l'amplification en chaîne par polymérase (PCR), l'examen histopathologique et la mise en culture, mais la PCR est la méthode la plus largement utilisée et la plus rapide.

Depuis 2013, l'OMS recommande que les programmes nationaux de lutte contre des maladies renforcent les moyens de confirmation des cas des laboratoires dans le but de confirmer au moins 70 % des cas notifiés par un résultat positif de la PCR. Le laboratoire a donc un rôle central dans la prise en charge optimale des patients présentant un ulcère de Buruli.

Au Gabon, le laboratoire de bactériologie du CIRMF est le laboratoire de référence pour la confirmation microbiologique de l'infection à *M. ulcerans*.

Dans cette étude, nous présentons des données issues des dix années d'expérience dans la confirmation microbiologique des cas d'ulcère de Buruli au Gabon.

Entre 2012 et 2022, les résultats d'analyses d'échantillons de patients ainsi que les paramètres socio-cliniques-démographiques ont été enregistrés en 2013 dans un fichier Excel. Des échantillons ont été testés conformément aux recommandations en vigueur du Programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli. Les méthodes de test étaient la bacilloscopie de Ziehl Neelsen, la PCR conventionnelle IS*2404* MU1/MU2, la PCR nichée PGP3/PGP4 et, plus récemment la RT-PCR IS*2404*.

Concernant les paramètres socio-cliniques-démographiques, nous avons indexé les dossiers individuels des patients remplis par les cliniciens. Différentes données ont été enregistrées (sexe, âge, informations cliniques, localisation de l'ulcère ou du nodule, classification du cas, traitement, adresse du patient, centre de traitement, date du prélèvement, type d'échantillon, résultats des analyses microbiologiques).

Toutes les analyses statistiques et tous les graphiques ont été réalisés avec le logiciel R, version 4.0.2.

Un total de 377 échantillons prélevés sur des patients présentant une infection présumée à *M. ulcerans* a été analysé. L'âge moyen des patients était 31,21 ans. Dans leur majorité, les patients étaient de nouveaux cas venus de la ville de Lambaréné et l'ulcère était la forme clinique la plus représentative (79,31 %). La répartition annuelle des cas montre un pic dans l'année 2017 avec 28,75 % des cas. Les analyses microbiologiques ont montré que 28,49 % des cas étaient positifs à la bacilloscopie après coloration de Ziehl-Neelsen. Concernant les analyses des échantillons par PCR, 46,94 % des échantillons étaient positifs à la PCR IS*2404* MU1/MU2 contre 63,39 % d'échantillons positifs à la PCR nichée PGP3/PGP4 avec une quantité moyenne estimée d'ADN de 41,07 ng/µl. Le génotypage des souches de *M. ulcerans* a montré que le génotype VNTR4 présentait le plus grand nombre de répétitions (10,87 %) suivi du génotype MIRU9 (10,46 %).

Ces résultats confirment la place importante du laboratoire de bactériologie du CIRMF et de la PCR dans le diagnostic et la prise en charge optimale des patients présentant les symptômes cliniques de l'ulcère de Buruli au Gabon.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, diagnostic, PCR, *M. ulcerans*, génotypes.

La leishmaniose cutanée diagnostiquée par erreur comme tuberculose cutanée : Présentation inhabituelle d'une série de cas dans un seul centre de soins tertiaires et nécessité de techniques de diagnostic plus sensibles

Auteur : Niraj Parajuli

Affiliation :

Department of Dermatology, National Academy of Medical Sciences, Bir Hospital, Katmandou, Népal

Leishmaniose cutanée diagnostiquée par erreur comme tuberculose cutanée : Présentation inhabituelle d'une série de cas dans un seul centre de soins tertiaires et nécessité de techniques de diagnostic plus sensibles.

Introduction

La leishmaniose cutanée est une maladie à transmission vectorielle due à un parasite protozoaire du genre *Leishmania* et transmise par la piqûre de phlébotomes femelles. Le Népal, où auparavant la leishmaniose cutanée n'était pas endémique, a notifié un nombre élevé de cas principalement dans les régions vallonnées. Cependant, du fait de la similitude des tableaux cliniques et des résultats des biopsies, ces cas ont été notifiés comme cas de tuberculose cutanée ce qui est source de confusion chez les médecins traitants. Nous présentons ici une série de cinq cas notifiés en tant que tuberculose cutanée alors qu'il s'agissait en fait de leishmaniose cutanée.

La série de cas

Tous ces cas provenaient de régions vallonnées et de la capitale. Toutes les lésions persistaient, n'étaient pas douloureuses et ne suppuraient pas. Elles se présentaient sous forme de plaque ulcéreuse sur le nez ou de plaque indurée sur l'avant-bras, de plaque érythémateuse sur le mamelon ou de plaque verruqueuse sur les avant-bras et une lésion était de type pyodermite ulcérative sur les cuisses. La présence de lésions sur des parties couvertes du corps était déconcertante. Toutes les lésions ont donné des résultats négatifs au test de détection d'amastigotes sur les frottis et dans les biopsies. Toutes les biopsies ont donné un diagnostic de tuberculose cutanée en raison de granulomes bien formés. Tous les patients soumis au test Mantoux ont présenté une induration de 10 mm. Les tests PCR sur des prélèvements de lésions pour la détection de tuberculose et de leishmaniose se sont révélés tous les deux négatifs. Le test rK39 a donné des résultats négatifs dans tous les cas.

Résultats

Sur les cinq cas, deux ont été traités pendant 6 mois par des antituberculeux, sans aucun résultat. Les autres cas ont été mis sous surveillance étroite malgré les rapports. Tous les cas se sont améliorés au bout d'une année.

Conclusion

Depuis peu, le Népal notifie plus fréquemment des cas de leishmaniose cutanée, mais il s'agit parfois d'erreurs de diagnostic. La similitude histologique et clinique entre la leishmaniose cutanée et la tuberculose cutanée a donné lieu à des erreurs de diagnostic avec pour conséquence un surtraitement de la leishmaniose cutanée puisqu'il visait une tuberculose cutanée. Nous avons besoin de campagnes de sensibilisation du grand public et d'améliorations des méthodes de diagnostic dans le pays. Les techniques de détection de la leishmaniose cutanée expérimentées au Sri Lanka se sont montrées peu

efficaces et peu précises. La leishmaniose cutanée est une maladie qui peut être prise en charge sans aucun traitement alors que la tuberculose cutanée nécessite un traitement de six mois par antituberculeux. Il est donc absolument nécessaire de pouvoir poser un diagnostic précis et de meilleure qualité de la leishmaniose cutanée.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Rapport coût-efficacité, applications, inclusive, intégration, formation en ligne, maladies cutanées.

Évaluation des tests sur le lieu des soins pour le diagnostic de la leishmaniose cutanée

Auteurs : Henk D. F. H. Schallig[1*], Ricardo V. P. Hu[2], Alida D. Kent[3], Merlin van Loenen[1], Sandra Menting[1], Albert Picado[4], Zippora Oosterling[3], Israel Cruz[4]

Affiliations :

[1]Academic Medical Centre, Department of Medical Microbiology, Parasitology Unit, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, Pays-Bas.
[2] Dermatology Service, Ministry of Health, Tourtonnelaan 5, Paramaribo, Suriname.
[3] Anton de Kom University, Department of Parasitology, Kernkampweg, Paramaribo, Suriname.
[4] Fondation pour de nouveaux diagnostics innovants, Genève, Suisse.

La leishmaniose cutanée pose un grave problème de santé publique au Suriname. Pour élargir les options de diagnostic, deux tests de diagnostic mis au point récemment, à savoir le test de diagnostic rapide Detect™ de la leishmaniose cutanée et le kit de détection de *Leishmania* Loopamp™ ont été évalués.

Le fonctionnement du test de diagnostic a été comparé à la méthode habituellement appliquée localement, à savoir les symptômes cliniques associés à l'examen au microscope et au test par amplification génique (PCR) qui a servi de référence. La population étudiée (n=93) était une représentation fidèle de la population touchée par la leishmaniose cutanée au Suriname et principalement infectée par *Leishmania guyanensis*.

Le test Detect™ de la leishmaniose cutanée présentait une très faible sensibilité comparée à la microscopie (36,7 %) ou au test PCR (35,8 %), en raison du nombre élevé de résultats faux négatifs. La spécificité du test Detect™ de la leishmaniose cutanée comparée à la microscopie et au test PCR était respectivement de 85,7 % et 83,3 %. La sensibilité du test Loopamp était de 84,8 % comparée à la microscopie et de 91,4 % comparée au test PCR. Le test Loopamp présentait une spécificité modérée (42,9 %) comparée à la microscopie, mais une bonne spécificité comparée au test PCR (91,7 %).

Il est peu probable que le test Detect™ de la leishmaniose cutanée puisse remplacer de façon satisfaisante la méthode habituelle de diagnostic appliquée au Suriname. La grande sensibilité et la facilité d'utilisation du test Loopamp permet l'utilisation d'un diagnostic moléculaire sensible dans un contexte où les ressources sont limitées.

Remerciements

Nous sommes redevables aux patients, au personnel infirmier et au personnel technicien qui ont contribué à cette étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose, diagnostic, Suriname

Leishmaniose dermique post-kala-azar : Une série de cas

Auteurs : Reejana Shrestha[1], Mahesh Shah Shudi[1], Suwash Baral[1]

Affiliations :

[1] Anandaban Hospital, The leprosy Mission, Népal

Introduction

La leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA) est considérée être une séquelle de la leishmaniose viscérale (LV). Elle est reconnue comme une entité clinique distincte séparée des autres formes de leishmaniose cutanée. Elle touche principalement le sous-continent indien et l'Afrique. La pathophysiologie de la maladie serait une réponse immunitaire inappropriée au traitement de la leishmaniose viscérale et indiquerait une prédisposition génétique possible. D'un point de vue clinique, la lésion cutanée chez tout patient présentant une LDPKA peut varier depuis l'éruption maculaire, papuleuse ou nodulaire jusqu'aux plaques, ou se présenter sous une forme mixte. Il est donc facile de la confondre avec d'autres maladies cutanées.

Méthodes

Un examen rétrospectif de tous les cas de LDPKA qui se sont présentés à l'hôpital Anandaban, un centre de référence pour la lèpre, a été réalisé. Nous avons examiné les données démographiques des patients, leurs antécédents, les recherches en laboratoire, les photos de signes cliniques et le traitement.

Résultats

Nous avons trouvé quatre cas au total dont trois étaient des hommes et un était une femme. Tous présentaient des lésions cutanées papuleuses et nodulaires asymptomatiques sur le visage, un membre supérieur et le tronc, mais deux patients présentaient également sur le tronc des macules hypopigmentées. Un de ces patients avait suivi un traitement contre la leishmaniose viscérale, mais trois d'entre eux n'avaient aucun antécédent de leishmaniose viscérale. Tous les quatre ont donné un résultat positif au test rK39 sur bandelettes. Trois patients ont été transférés dans notre centre sur suspicion de lèpre et un, sur suspicion de tumeur maligne cutanée. L'examen histologique a confirmé la leishmaniose cutanée chez tous les patients. Le frottis de peau réalisé pour recherche de BAAR+ a donné des résultats négatifs pour tous les patients. Chacun d'eux avait pris de la miltefosine pendant 12 semaines.

Discussion et conclusion

Bien que la leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA) soit considérée être une séquelle de la leishmaniose viscérale, elle peut se manifester même en l'absence d'une évidence de leishmaniose viscérale dans le passé, exactement comme trois des cas de notre série. Cela rend le diagnostic de ces lésions encore plus difficile et elles peuvent même donner un diagnostic erroné de lèpre dans des pays d'endémie comme le Népal. Dans la mesure où un individu infesté peut servir de réservoir à la maladie, il est indispensable de mettre en place une surveillance active et il faut un indice élevé de suspicion pour interrompre la transmission. On n'insistera jamais assez sur l'importance de la sensibilisation des cliniciens et des pathologistes dans les pays d'endémie comme le Népal, car ces cas peuvent facilement être confondus avec d'autres maladies cutanées, en particulier la lèpre et le prix à payer en cas de retard de diagnostic est très élevé. Il existe déjà différents programmes de lutte contre la lèpre, une maladie tropicale négligée (MTN) répandue au Népal, aussi l'intégration dans ces programmes d'autres MTN

cutanées comme la leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA) peut être très efficace pour faire connaître cette maladie rare et pouvant être source de confusion.

Remerciements

The Leprosy Mission Nepal, pour leur financement
Le Pr. Werner Kempf, Université de Zurich, Suisse
Prof. Ram Chandra Adhikari, Maharjgunj Medical Campus, Institute of Medicine, Népal

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose dermique post-kala-azar

Fonctionnement d'un test sérologique rapide pour le diagnostic différentiel du pian chez les patients présentant des ulcères cutanés suspects

Auteurs : Clara Suñer[1], Lucy N. John[1,2,3], Wendy Houinei[2], Maria Ubals[1], Dan Ouchi[1], Andrea Alemany[1], Cristina Galván-Casas[1], Michael Marks[4,5,6], Oriol Mitjà[1,7], Martí Vall[1], Camila G Beiras[1]

Affiliations :

[1]Unité IST et MTN cutanées, Département Maladies infectieuses et Fondation pour la lutte contre le sida et les maladies infectieuses, Hôpital universitaire Germans Trias i Pujol, Badalona, Espagne
[2]National Department of Health, Aopi Centre, Port Moresby, Papouasie-Nouvelle-Guinée
[3]School of Medicine and Health Sciences, University of Papua New Guinea, Papouasie-Nouvelle-Guinée
[4]Clinical Research Department, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
[5]Hospital for Tropical Diseases, University College London Hospitals. Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
[6]Division of Infection and Immunity, University College London, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
[7]University of Papua New Guinea, Port Moresby, Papouasie-Nouvelle-Guinée

L'éradication du pian, une maladie tropicale négligée (MTN) causée par *Treponema pallidum* ssp. *pertenue*, a été incluse dans la feuille de route de l'OMS pour l'élimination des MTN. Le diagnostic du pian chez les patients présentant des ulcères tropicaux est rendu difficile par les similarités cliniques entre les ulcères dus au pian et les ulcères sans rapport avec le pian. En outre, le plus souvent, la confirmation en laboratoire d'un ulcère par PCR ou les tests sérologiques comme le test rapide à la réagine (RPR) ne sont pas disponibles sur le lieu des soins dans les zones où le pian est endémique. Le test DPP est un test sérologique rapide pour la détection simultanée des antigènes du tréponème (les tests tréponémiques - TT) et des antigènes cardio-lipidiques (les tests non tréponémiques – TNT) qui peuvent être lus à l'œil nu ou au moyen d'un micro-lecteur de densité pour des résultats quantitatifs. Cependant, sa capacité à distinguer le pian chez les patients présentant des ulcères cutanés n'a pas été évaluée. Nous avons utilisé les résultats d'un essai de phase 3 dans la communauté à Namatanai (Papouasie-Nouvelle-Guinée) pour évaluer le fonctionnement du test DPP pour le diagnostic du pian dans les ulcères testés par PCR.

L'analyse a porté sur 995 ulcères, dont 287 ont donné des résultats positifs au diagnostic du pian par la PCR. En lisant les résultats du test DPP à l'œil nu, la sensibilité optimale comparée à la PCR a été observée seulement avec le test non tréponémique, TNT, (84,0 %). La sensibilité avec le test tréponémique, TT, et une combinaison des tests TT et TNT était respectivement de 79,2 % et de 74,6 %. La spécificité était respectivement de 60,7 %, 49,6 %, et 68,6 % avec les tests TNT, TT et une combinaison des deux. Le lecteur de densité aux seuils TT≥ 1 et TNT≥ 28, qui optimisait la somme de la sensibilité et de la spécificité, a obtenu une sensibilité de 75,7 % et une spécificité de 77,6 %. Nous avons observé de légères différences dans le fonctionnement du test en fonction des caractéristiques du patient et de l'ulcère, notamment l'âge, la durée de l'ulcère, le nombre d'ulcères et le nombre d'épisodes.

Nos résultats ont montré que le test DPP présentait une sensibilité relativement élevée pour le diagnostic du pian chez les patients dont les ulcères tropicaux ont donné un résultat positif pour le pian au test PCR. Bien que le lecteur de densité améliore considérablement l'équilibre entre sensibilité et spécificité, le fonctionnement global du test DPP suggère qu'il est inadapté si on l'utilise comme unique stratégie pour la surveillance active du pian dans les campagnes d'éradication. C'est pourquoi un nouveau test

sur le lieu des soins offrant un compromis entre une plus grande sensibilité et une meilleure spécificité dans la détection de cas réels de pian chez les personnes présentant des ulcères suspects serait inestimable pour la phase finale de la stratégie d'éradication.

Remerciements

L'essai clinique dont sont issues les données a reçu un soutien financier de la Fondation « la Caixa » députation de Barcelone, de la Fondation Barberà Solidària et du Département national de la Santé de la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Le projet O.M. est soutenu par le Conseil européen de la Recherche, sous l'accord de subvention numéro 850450 (Programme Horizon 2020 de Recherche et d'innovation de l'Union européenne, programme de financement ERC-2019-STG).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Pian, diagnostic, lieu des soins, ulcère cutané.

Eczéma (Atopie) folliculaire associé à la gale chez une enfant de 9 ans

Auteurs : Ibrahima Traoré, Nazim Khaled Benmehidi, Ramon Grimalt, Fodé Mohamed Sylla,, Aleksandra Lesiak, Albertina Onsea, Joanna Narbutt, Marcin Noweta, Pawel Kolano, Aboubacar Salématou Sylla, Mohamed Sylla, Ibrahima Sory Sidibé, Ibrahima Sory Camara, Almamy Fadiga, Fousseny Traoré, Christophe HSU

Affiliations :

Conakry, Alger, Barcelone, Łódź

La prévalence de la gale en Guinée, la difficulté du diagnostic des gales à localisation atypique et associées à d'autres dermatoses chroniques, ont motivé le choix de ce cas.

La gale est un problème de santé important, couramment rencontré, très contagieuse et qui, s'elle n'est pas pris en charge en temps opportun, peut affecter de manière adéquate la qualité de vie sous la forme de conditions de travail, de troubles du sommeil et de problèmes psychosociaux chez les patients ainsi que les membres de leur famille. Cela pourrait facilement être évité si les patients atteints de gale sont reconnus et traités tôt et une bonne sensibilisation est essentielle pour éviter les récidives.

Nous avons reçu un enfant de 9 ans avec des démangeaisons à prédominance nocturne. Son examen dermatologique a révélé une peau sèche avec des éruptions papulo-folliculaire, papuleuses, vésiculaire avec quelques impétiginisations et siégeant au niveau des plis des coudes, de l'abdomen, des fesses, des voies génitales et des plis des genoux. Nous notons également des lichénifications au niveau des plis des coudes et des genoux. L'histoire de la maladie indique une contamination familiale et des antécédents de rhinite chez l'enfant.

Une éruption cutanée diffuse avec des démangeaisons à prédominance nocturne chez 2 ou plusieurs membres de la famille dans un pays comme la Guinée, indique la gale avec une sensibilité de 100% et une spécificité de 97%. La présence de papule folliculaire prurigineux avec des antécédents de rhinites allergiques révèle l'atopie. Ainsi, les caractéristiques cliniques des lésions et l'histoire dermatologique révèle un eczema folliculaire à type d'atopie folliculaire aggravé par la gale.

Pour la gestion, nous avons recommandé de la perméthrine 5% pour l'ensemble des membres de la famille ayant été en contact prolongé avec cet enfant et de prurit à prédominance nocturne. Nous avons également expliqué les mesures hygiéniques qui devraient accompagnées le traitement médical. Des sensibilisations ont été faites pour limiter la propagation de la gale et dans le cadre de la prévention.

Pour la prise en charge de l'eczéma folliculaire, nous avons recommandés des émollients, de l'hydrocortisone 0,5% pommade à appliquer (Occlusif) une fois par jour le soir pendant 7 jours. Pour réduire le prurit, nous avons recommandé de la cetrizine comprimé pendant 3 jours. Les antibiotiques à type de Cloxacilline ont été également prescrit.

La surpopulation, le diagnostic tardif, le traitement tardif et la faible éducation de la population expliquent probablement cette forte prévalence de la gale dans le monde et en Guinée.

Il faudrait aussi différencier la gale des autres affections prurigineuses pour une bonne prise en charge car toute erreur diagnostic peut entrainer des pathologies chroniques difficile à gérer comme les glomérulopathies, l'insuffisance rénale,..

La gale peut également exacerbée les dermatoses chroniques préexistantes et il est très utile de mener les investigations nécessaires pour éviter toute omission dans le diagnostic.

La gale semble également liée à l'âge et les groupes d'enfants méritent une attention particulière car ils ont des localisations atypiques.

Remerciements:

United Mining Supply, Université la Source de Guinée

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Atopie, Eczéma, Gale, folliculaire

Évaluation d'outils moins invasifs de collecte des échantillons pour le diagnostic de la leishmaniose cutanée

Auteurs : Saskia van Henten[1*], Mekibib Kassa[2], Helina Fikre[2], Roma Melkamu[2], Tigist Mekonnen[2], Dilargachew Dessie[2], Tadfe Bogale[2], Rezika Mohammed[2], Lieselotte Cnops[1], Florian Vogt[1,3,4], Carl Moons[5], Johan van Griensven[1], Myrthe Pareyn[1]

Affiliations :

[1] Département des Sciences cliniques, Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique
[2] Leishmaniasis Research and Treatment Center, Gondar University Hospital, Gondar, Éthiopie
[3] National Centre for Epidemiology and Population Health, Research School of Population Health, College of Health and Medicine, Australian National University, Canberra, Australie
[4] The Kirby Institute, University of New South Wales, Sydney, Australie
[5] Centre médical universitaire, Université d'Utrecht, Pays-Bas

Traditionnellement, le diagnostic de la leishmaniose cutanée (LC) est posé par l'examen au microscope d'échantillons obtenus par prélèvement invasif mais, ces dernières années, on a observé un passage à des méthodes moléculaires sur des échantillons recueillis à l'aide de procédés moins invasifs. La plupart des études se sont axées sur des échantillons qu'on ne peut obtenir qu'à partir de lésions ulcérées mais, dans de nombreuses régions du monde, les lésions sont sèches et ne conviennent pas aux méthodes de ce type. Nous avons donc testé trois méthodes moins invasives de recueil des échantillons, susceptible d'être utilisées à la place de la collecte par fente cutanée pour tous les types de lésions de la LC.

Une étude prospective sur l'exactitude du diagnostic a été fait sur des cas présumés de LC recrutés consécutivement en Éthiopie. Des prélèvements à la broche dentaire, au disque à bande et des micro-biopsies Harpera avec PCR comme tests indicateurs ont été comparés à la PCR sur des échantillons obtenus par fente cutanée comme test de référence. Des analyses exploratoires avec des tests de référence différents (référence combinée) ont été aussi examinées. Les résultats de la PCR ont été classés positifs, négatifs ou non valables (différence <3ct avec un témoin négatif contaminé d'extraction), ou indéterminés (PCR négative pour Leishmania et PCR négative du gène HBB). La sensibilité et la spécificité avec des intervalles de confiance à 95 % (IC à 95 %) ont été évaluées, de même que les scores de la douleur selon le type d'échantillon. Les différences dans les scores de la douleur et les valeurs de Ct ont été évaluées avec le test de Mann-Whitney et le test de Spearman a été utilisé pour vérifier la corrélation entre les valeurs de Ct.

Les taux de positivité étaient de 82,0 % pour la fente cutanée, 80,1 % pour la broche dentaire, 92,8 % pour le disque à bande et 68,0 % pour les dispositifs de micro-biopsie Harpera. Avec la fente cutanée comme test de référence, la sensibilité de la broche dentaire était de 89,0 (IC à 95 % : 84,8–92,1), avec une spécificité de 58,1 (IC à 95 % : 45,7–69,5). Le disque à bande a eu une sensibilité très élevée (96,1%, IC à 95 % : 93,2– 97,8) mais une faible spécificité (27.4, IC à 95 % : 17,9 –39,6), alors que la micro-biopsie avait une sensibilité de 74,8 (IC à 95 % : 66,3–81,7) et une spécificité de 72,7 (IC à 95 % 51,8–86,8). Certains patients négatifs à la fente cutanée ont été régulièrement positifs à tous les autres tests, raison pour laquelle les tests de référence combinée ont été examinés. Avec une référence combinée comportant tous les types d'échantillon, la sensibilité de la fente cutanée était de 90,6 (86,8 – 93,3) et la spécificité de 86,4 (73,3 – 93,6), similaire à la broche dentaire avec une sensibilité de 90,9 (87,1 – 93,6) et une spécificité de 93,2 (81,8 – 97,7). Tous les prélèvements ont été significativement moins douloureux que la fente cutanée ($p<0.001$). La corrélation était la plus forte entre la fente cutanée et la broche dentaire (rho=0,71), tandis que la micro-biopsie donne régulièrement des valeurs de Ct plus

élevée que les autres types d'échantillon. La contamination était courante, la plupart du temps à des valeurs de Ct supérieures à 35.

Les échantillons obtenus à la broche dentaire pourraient être une alternative convenant mieux aux patients que le diagnostic à partir des fentes cutanées. Le taux de positivité est similaire et la performance du diagnostic en utilisant la référence combinée est fortement corrélée à la fente cutanée, alors qu'ils sont bien moins douloureux. Les disques à bande manquent de spécificité et ne semblent pas convenir au diagnostic en routine.

Remerciements

Ce travail a reçu l'aide de la Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire (DGD) au titre du cadre de coopération FA4 dont bénéficient l'Institut de Médecine tropicale (Anvers, Belgique) et l'Université de Gondar (Gondar, Éthiopie), accordé à JvG et RM.

MTN cutanées et/ou intégration

Leishmaniose cutanée

Facteurs pathogènes et microbiome contribuant au degré de gravité de l'ulcère de Buruli

Auteurs : Sachintha Wijegunasekara, Eugene Athan, Daniel O'Brien, Martin O'Hely, Rory Bowden, Alyssa Barry

Affiliation :

Deakin University, Barwon Health, Walter and Eliza Hall Institute of Medical Research, Australie

L'ulcère de Buruli est une maladie tropicale négligée due à une bactérie carnivore *Mycobacterium ulcerans*, qui provoque des infections sous-cutanées nécrosantes. Si elle n'est pas traitée rapidement, la maladie peut entraîner une pathologie et un handicap de longue durée et notamment des lésions défigurantes nécessitant une chirurgie réparatrice. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 33 pays ont déclaré la maladie et 98 % des cas ont été notifiés dans la Région africaine. Des flambées saisonnières surviennent le plus souvent dans l'État de Victoria, en Australie. Depuis 2004, la croissance exponentielle des cas d'ulcère de Buruli à Bellarine et leur propagation dans les péninsules de Mornington et de Bellarine, à Geelong et dans les faubourgs de Melbourne ont fait prendre conscience de l'urgence d'une riposte scientifique. La raison de l'épidémie n'est pas claire, mais pourrait s'expliquer par des modifications du génotype de *M. ulcerans* qui ont intensifié sa pathogénicité ou sa capacité de transmission ou par un environnement facilitant sa transmission. On ne dispose actuellement d'aucune information sur la relation entre le génotype d'un isolat ou du patient (ou des deux) et la gravité clinique de la maladie. De plus, selon de nombreux rapports, des infections secondaires dues à des agents pathogènes opportunistes rendent le traitement compliqué. Dans cette étude, nous avons enquêté sur la relation qui existe entre le génotype pathogène et le microbiome des plaies et la gravité de la maladie.

Des prélèvements sur écouvillons de 70 patients ont été obtenus par l'intermédiaire du Service des maladies infectieuses de l'hôpital universitaire de Geelong. Vingt échantillons (20) ont été soumis à un séquençage métagénomique par Illumina sans biais. Sur les 20 échantillons, trois ont été prélevés en cours de traitement et quatre, après le traitement. Un séquençage complet ciblé du génome de *Mycobacterium ulcerans* indépendant de la culture a été réalisé sur les cinquante échantillons restants en utilisant la plateforme Agilent SureSelect.

Le séquençage métagénomique d'échantillons avant traitement a révélé la présence d'espèces de *Staphylococcus*, *Enterobacter*, *Pseudomonas* et *Enterococcus* en plus de *Mycobacterium ulcerans*. Les échantillons prélevés en cours de traitement ont montré une diversité microbienne beaucoup plus réduite, mais ont permis d'identifier des sous-espèces d'*Enterococcus*, de *Corynebacterium* ainsi que *Mycobacterium ulcerans*. Les échantillons écouvillonnés après le traitement n'ont pas indiqué *Mycobacterium ulcerans* mais certains ont révélé la présence d'une sous-espèce de *Staphylococcus*. Tous les échantillons ayant produit les données de séquençage indiquaient une forte contamination d'ADN humain qui limitait une analyse approfondie de *M. ulcerans*.

Le séquençage ciblé de *M. ulcerans* a permis une multiplication de 10 à 100 fois la profondeur du séquençage comparé au séquençage métagénomique et une importante amélioration de la couverture du séquençage de l'ensemble du génome. Les résultats sont en cours de publication et seront présentés.

Aucune étude n'a été publiée sur le microbiome de l'ulcère de Buruli chez des patients australiens. C'est pourquoi notre étude présente des données préliminaires qui permettront de mieux comprendre les organismes secondaires présents dans l'ulcère. En outre, le séquençage ciblé de *M. ulcerans* est une solution viable comparée au séquençage standard sur culture, et les résultats sont obtenus en quelques jours.

Remerciements

Cette recherche a été financée par des subventions de démarrage IMPACT de l'université de Deakin.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Répartition de l'impétigo sur le corps humain et association avec l'hôte et les agents pathogènes

Auteurs : Arvind Yerramilli[1,2], Asha C Bowen[3,4,5], Adrian J Marcato[6], Jodie McVernon[6,7,8,9], Jonathan R Carapetis[3,5], Patricia T Campbell[6,9], Steven YC Tong[1,4,6]

Affiliations :

[1] Victorian Infectious Diseases Service, The Royal Melbourne Hospital, at the Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, Melbourne, Victoria, Australie
[2] Department of Infectious Diseases, Barwon Health, Geelong, Victoria, Australie
[3] Wesfarmers Centre for Vaccines and Infectious Diseases, Telethon Kids Institute, University of Western Australia, Perth, Western Australia, Australie
[4] Menzies School of Health Research, Charles Darwin University, Darwin, Northern Territory, Australie
[5] Department of Infectious Diseases, Perth Children's Hospital, Perth, Western Australia, Australie
[6] Department of Infectious Diseases, The University of Melbourne, at the Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, Melbourne, Victoria, Australie
[7] Infection and Immunity, Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, Victoria, Australie
[8] Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory Epidemiology Unit, The Royal Melbourne Hospital, at the Peter Doherty Institute for Infection and Immunity, Melbourne, Victoria, Australie
[9] Centre for Epidemiology and Biostatistics, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie

On estime que plus de 162 millions de personnes dans le monde souffrent d'impétigo ou d'infections cutanées superficielles. On manque de descriptions détaillées de la localisation anatomique de ces infections cutanées superficielles.

Nous avons utilisé à titre prospectif les données recueillies lors d'un essai contrôlé randomisé sur les traitements de l'impétigo chez des enfants aborigènes d'Australie. Nous avons produit une carte montrant la répartition des infections cutanées sur le corps humain à partir de 56 localisations anatomiques prédéfinies et la répartition des infections stratifiées sur le sexe, l'âge, l'agent pathogène et les co-infections avec la rage, la teigne ou les poux. Nous avons comparé la répartition des infections cutanées entre les hommes et les femmes, entre les infections dues uniquement à *Streptococcus pyogenes* et celles dues uniquement à *Staphylococcus aureus* et enfin entre tranches d'âge avec le test exact de Fisher.

On a constaté 663 épisodes d'impétigo sur les 508 enfants recrutés dans l'essai. Dans ces 663 épisodes, les membres inférieurs étaient les plus touchés, suivis de la partie distale des membres supérieurs, du visage et du cuir chevelu. Sur la surface antérieure du corps, la région prétibiale était la plus touchée tandis que sur la surface postérieure, le dos des mains et les mollets étaient les plus touchés. Aucune différence n'a pu être observée entre les hommes et les femmes dans la répartition des infections cutanées superficielles. Jusqu'à l'âge de trois ans, les enfants étaient plus susceptibles de présenter des infections cutanées sur la partie haute à l'arrière des membres inférieurs et sur le cuir chevelu que dans les tranches d'âge plus âgées, la répartition des infections différant entre tranches d'âge ($p = 3 \times 10^{-5}$). La répartition des infections cutanées superficielles à partir desquelles seul le *Staphylococcus aureus* a été mis en culture différaient de celle des infections à partir desquelles seul le *Streptococcus pyogenes* a été mis en culture ($p = 3 \times 10^{-4}$) et on les observait plus souvent sur la partie haute à l'arrière des membres inférieurs.

On a trouvé le plus souvent des infections cutanées superficielles sur les régions exposées en bas des jambes et sur la partie distale des membres supérieurs. La répartition des infections cutanées variait selon la tranche d'âge et l'agent pathogène. Ces résultats ont mis en évidence les principales zones du corps humain auxquelles les cliniciens devaient prêter attention lorsqu'ils examinaient des enfants pour rechercher des infections cutanées superficielles.

Remerciements

Nous remercions les participants et les familles pour leur contribution à l'essai sur les infections cutanées superficielles. Nous remercions aussi nos partenaires pour leur participation à ce travail : Northern Territory Remote Health, Aboriginal Medical Services Alliance Northern Territory, Northern Territory Centre for Disease Control, One Disease, Miwatj Health et l'initiative HOT NORTH financée par le NHMRC. Nous remercions par ailleurs le Lowitja Institute et le Cooperative Research Centre for Aboriginal Health qui a fourni les premiers fonds et a apporté un précieux soutien au projet East Arnhem Healthy Skin. Nous n'oublions pas les principaux enquêteurs dans le premier essai sur les infections cutanées superficielles, nommément Bart Currie, Ross Andrews et Malcolm McDonald et nous les en remercions.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Impétigo, rage, infections cutanées superficielles, infections à *Staphylococcus aureus*, infections *à Streptococcus pyogenes*, analyse spatiale, streptocoques du groupe A, carte de répartition des zones, maladies infectieuses, répartition anatomique, *Staphylococcus aureus.*

Séance 7 : Diagnostic and renforcement des capacités de laboratoire – Autres résumés

Lymphocytes B mémoires et lymphocytes B régulateurs, marqueurs dans le suivi du traitement de l'ulcère de Buruli

Auteurs : Jonathan Kofi Adjei[1], Wilfred Aniagyei[1], Ernest Adankwah[1,2], Julia Seyfarth[3], Ertan Mayatepek[3], Daniel Antwi Berko[1], Nancy Ackam[1], Max Efui Annani-Akollor[4], Samuel Asamoah Sakyi[4], Yaw Ampem Amoako[1,5], Dorcas O. Owusu[1], Mark Wansbrough-Jones[6], Marc Jacobsen[3], Richard Odame Phillips[1,5]

Affiliations :

[1] Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine, Kumasi, Ghana.
[2] Department of Medical Diagnostics, Kwame Nkrumah University of Science and Technology (KNUST), Kumasi, Ghana.
[3] Département de Pédiatrie générale, de néonatologie et de cardiologie pédiatrique, hôpital universitaire de Dusseldorf, Université Heinrich-Heine, Dusseldorf, Allemagne.
[4] Department of Molecular Medicine, School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology (KNUST), Kumasi, Ghana
[5] Department of Medicine, School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology (KNUST), Kumasi, Ghana
[6] St Georges University, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Introduction

Les lymphocytes B jouent probablement un rôle indispensable dans la réponse immunitaire de l'hôte en cas d'ulcère de Buruli, comme dans toute autre infection mycobactérienne. Mais les recherches qui décrivent le répertoire des lymphocytes B et la génération de mémoires dans l'ulcère de Buruli et durant les traitements sont rares.

Méthodes

À partir d'une cytométrie en flux, nous avons étudié la diversité d'adaptation de la cellule chez les enfants présentant un ulcère de Buruli, chez des contacts sains du même âge et sur un groupe d'étude composé d'enfants tuberculeux. Nous avons procédé par ailleurs à des analyses avant d'entamer le traitement de l'ulcère de Buruli et par trois fois au cours du traitement (à savoir dans les semaines 8, 16 et 32). Nous avons aussi analysé la gravité de l'ulcère et la réponse au traitement pour les associer aux différences dans le répertoire des lymphocytes B.

Résultats

Constat intéressant, alors que les enfants souffrant d'un ulcère de Buruli présentaient des pourcentages totaux comparables de lymphocytes B et de lymphocytes T, les sous-populations de lymphocytes B différaient considérablement comparés aux contacts sains et aux patients tuberculeux. Les pourcentages de lymphocytes B mémoires étaient plus importants chez les enfants présentant un ulcère de Buruli tandis que les pourcentages de lymphocytes B régulateurs étaient plus faibles comparés aux contacts sains et aux patients tuberculeux. Comparés aux patients tuberculeux, les enfants présentant un ulcère de Buruli présentaient de plus faibles pourcentages de lymphocytes B naïfs et des pourcentages plus élevés de lymphocytes B transitionnels. Sous traitement, les pourcentages de lymphocytes B mémoires baissaient

fortement tandis que les pourcentages de lymphocytes B régulateurs et de lymphocytes B naïfs augmentaient simultanément chez les enfants présentant un ulcère de Buruli. En outre, nous avons constaté une corrélation significative entre la taille des lésions et les pourcentages de lymphocytes B mémoires et de lymphocytes B régulateurs. Cependant nous n'avons détecté aucun lien entre l'efficacité du traitement et les pourcentages de lymphocytes B.

Discussion et conclusion

Les pourcentages plus importants de lymphocytes B mémoires enregistrés dans le sang périphérique peuvent être dus à une migration insuffisante de cette sous-population dans le tissu cutané lésé, alors que les lymphocytes B régulateurs sont en plus faible proportion chez les patients présentant un ulcère de Buruli en raison du recrutement intensifié de cette sous-population dans les lésions cutanées dues à *M. ulcerans*. L'augmentation du volume de lymphocytes B régulateurs durant le traitement correspond à la modulation de la réponse inflammatoire systémique *dans* le contexte de guérison. Ces constatations suggèrent que les sous-populations de lymphocytes B jouent un rôle dans la réponse immunitaire de l'hôte contre *M. ulcerans* et les variations dans les pourcentages de sous-populations de lymphocytes B pourraient servir de marqueurs dans le suivi du traitement de l'ulcère de Buruli.

Remerciements

Cette étude bénéficie d'une aide de la Deutsche Forschungsgemeinschaft (JA 1479/5-1) et du programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne (101897 BuruliNox TMA 2016 SF-1509). Les auteurs remercient tous les participants et le personnel clinicien pour leur contribution à cette étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Confirmation biologique de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire, 2020-2022

Auteurs : Kakou Ngazoa S[1], Aka Nguetta[1], Coulibaly Ngolo D[1], Apia Basile[1], Yavo Albert, Aoussi S[1], Koffi A. Paul, Kaloga M, Dosso M[1]

Affiliations :

[1]Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), Plateforme de biologie moléculaire, Unité de mycobactériologie, [2]Programme national de lutte contre l'UB (PNLUB)

Introduction

L'ulcère de Buruli (UB) est une maladie tropicales négligée (MTN) causée par *Mycobacterium ulcerans* qui touche les régions rurales d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest. La confirmation biologique de l'UB nécessite un test de diagnostic moléculaire . Depuis 2009, le nombre de cas de l'UB en Côte d'Ivoire a atteint plus 15000 cas. La surveillance active a été mise en œuvre dans plusieurs pays avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé dans le but de contrôler et d'éradiquer cette maladie. L'évolution clinique de la maladie présente deux étapes : l'apparition de nodules, puis le développement des formes ulcéreuses et invalidantes. Pour améliorer le diagnostic et la surveillance de l'infection à UB, l'OMS recommande de confirmer en laboratoire 70 % des cas cliniques suspects d'UB. L'objectif de cette étude est de présenter le diagnostic biologique moléculaire de MU en Côte d'Ivoire de 2020 à 2022.

Matériel et méthodes

Des échantillons ont été prélevés de 2020 à 2022 chez des cas suspects d'UB dans tous les districts sanitaires par les points focaux du programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli. Les patients sont pris en charge par le programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli, ou des ONG et d'autres structures cliniques. Le protocole harmonisé du BU-Labnet a été appliqué pour l'extraction de l'ADN et la quantitative PCR ciblant la séquence IS2404. Les contrôles de qualité et d'analyses sont la routine pour la validation de la qualité des résultats.

Résultats et conclusion

Au total, 1303 prélèvements de 2020 à 2022 ont été analysés. Le taux de positivité est 53% (697/1303) pour la technique de biologie moléculaire. 95% des prélèvements sont des ulcères de catégorie 1 et 2. Les zones de districts sanitaires épidémiques sont les foyers anciens de l'UB. La distribution nationale de positivité montre que 10 districts endémiques: Bas-Sassandra, Comoé, Goh Djiboua, Lacs, Lagunes, Montagnes, Sassandra-Marahoué, la Vallée du Bandama, Woroba et Zanzan Le taux de rendu des résultats est inférieur à 10 jours. En Côte d'Ivoire la confirmation biologique le taux de confirmation est de 100%. Une surveillance active s'avère urgente pour un diagnostic précoce.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, *M. ulcerans*, PCR, Côte d'Ivoire, Afrique de l'Ouest

Détection par test LAMP-PCR de *Treponema pallidum ssp. pertenue* et de *Haemophilus ducreyi* dans les ulcérations de type pian chez les enfants vivant dans les zones rurales de la Côte d'Ivoire

Auteurs : Sylvie Mireille Kouamé-Sina[1], Solange Ngazoa Kakou[1], Aboubacar Sylla[1], Kouadio Aboh Hugues[2], Becca L Handley[3], Camila González Beiras[4], Michael Marks[3], Mireille Dosso[1]

Affiliations :

[1]Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, Abidjan 01, Côte d'Ivoire
[2]Programme national d'élimination de la trypanosomiase humaine africaine, Abidjan, Côte d'Ivoire
[3]Faculty of Infectious Diseases, London School of Hygiene &Tropical Medicine, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
[4]Unité IST et MTN cutanées, Département Maladies infectieuses et Fondation pour la lutte contre le sida et les maladies infectieuses, Hôpital universitaire Germans Trias i Pujol, Badalona, Espagne

Introduction

Le pian est une maladie tropicale négligée (MTN) causée par *Treponema pallidum ssp. pertenue* et il est l'une des quatre tréponématoses touchant les humains. Il touche principalement les enfants âgés de 2 à 15 ans et se transmet par contact direct. L'objectif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'éradication du pian à l'horizon 2030 grâce à l'administration de masse d'azithromycine. Pour atteindre cet objectif, de nouveaux tests de diagnostic sont nécessaires pour appuyer les campagnes d'éradication. C'est pourquoi un test d'amplification isotherme induite par boucle (TPHD-LAMP) a été élaboré pour la détection simultanée de *Treponema pallidum* et de *Haemophilus ducreyi*, causes du pian, et devrait permettre la réalisation de diagnostics moléculaires plus près des patients.

La Côte d'Ivoire est un pays dans lequel l'ulcère de Buruli, la lèpre et le pian sont endémiques. L'objectif de cette étude est de contribuer à la lutte contre le pian dans les zones d'endémie en évaluant le test de diagnostic rapide combinant sérologie et TPHD-LAMP comme outil de diagnostic à l'intention des programmes de surveillance et d'éradication des maladies tropicales négligées en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Cinq districts sanitaires ont été sélectionnés à la suite des recommandations du Programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli pour évaluer la nouvelle méthode de diagnostic entre avril 2021 et décembre 2022. Il s'agit des districts de Yamoussoukro, de Divo, de Tiassalé, de Vavoua et de Daloa.

Cette étude a été réalisée en cinq étapes : (i) identification des communautés potentiellement endémiques, (ii) formation d'agents de santé communautaires et de techniciens de laboratoire, (iii) recrutement de participants et prélèvement d'échantillons, (iv) analyses en laboratoire et (v) traitement des données.

Résultats

Au cours des campagnes, 1156 enfants présentant des ulcères dus au pian ont été recrutés sur consentement éclairé préalable dans les villages et les écoles des districts. Quatre-vingt-sept (87) enfants ont été testés positifs avec le test SD Bioline et le test sérologique DPP. Parmi ces enfants, l'analyse des prélèvements d'ulcères par écouvillons par le test TPHD-LAMP dans les laboratoires des districts a permis la détection rapide de 23 cas de pian (27 %) et de 19 cas de *H ducreyi* (22 %) parmi les écouvillons testés. Le nombre le plus élevé de cas de pian et de *H ducreyi* ont été trouvés dans le district sanitaire de Tiassalé, à hauteur de 32 % et de 13 % respectivement. Aucun cas de pian n'a été confirmé

dans le district de Vavoua. Plusieurs cas de co-infections par *Treponema pallidum ssp. pertenue* et *Haemophilus ducreyi* ont été détectés chez des enfants présentant des ulcérations dans les districts de santé de Divo (un cas), de Tiassalé (3 cas) et de Daloa (un cas).

Conclusion

La détection de cas de pian dans ces districts sanitaires a donné lieu à des campagnes de traitement de masse lancées par le Programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli dans les communautés touchées.

Remerciements

Cette étude fait partie du programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne (LAMP4YAWS), numéro de subvention [RIA2018D-2495].

MTN cutanées et/ou intégration – Mots clés

Pian, MTN cutanées, endémicité, Côte d'Ivoire

Lèpre et gynécothélie : un constat courant

Auteure : Sweta Rambhia
Affiliation :
Dermatologue consultant au Just Care dental and Skin Clinic, Mumbaï, Inde

Introduction

La lèpre est une infection causée par la bactérie *Mycobacterium Leprae*. Les lésions cutanées sont variables, des tâches de dépigmentation aux lésions cutanées et aux lésions nodulaires infiltrées. La gynécomastie est couramment constatée dans les cas de lèpre.

Méthode

Nous présentons 10 cas de lèpre associés à une gynécothélie. Nous nous appuyons pour ce rapport sur dix cas de lèpre : lèpre borderline lépromateuse, lèpre lépromateuse et lèpre histoïde, démontrés d'un point de vue clinico-bactériologique et histopathologique. La plupart des patients étaient des hommes adultes atteints de lèpre.

Résultats

Nous avons noté chez la plupart de nos patients la présence d'une gynécothélie sans évidence de gynécomastie. La gynécothélie était bilatérale chez de nombreux patients.

Discussion

On dispose de très peu de rapports sur la gynécothélie datés de 1924 et de 2012. La cause exacte de gynécothélie est expliquée comme un phénomène d'infiltration. Comme l'explique Powell et al. on constate une quantité accrue de tissus fibreux et certains œdèmes avec quelques rares bacilles. Tous les patients ont été mis sous polychimiothérapie contre la lèpre.

Conclusion

La gynécothélie est un signe courant le plus souvent ignoré chez les patients atteints de lèpre. Ce signe devrait être recherché chez tous les patients atteints de lèpre.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, gynécothélie.

La dermatoscopie pour identifier la teigne d'origine animale

Auteures : Sweta Rambhia[1], Kinjal Rambhia[2]

Affiliations :

[1]Consultant Dermatologist At Just Care dental and Skin Clinic, Mumbaï, Inde

[2]Associate Professor Department of Dermatology at HBT Medical college and RN Cooper Hospital, Mumbaï, Inde

Introduction

La teigne est une infection par dermatophytes courante dans notre pays. Les méthodes traditionnelles de diagnostic de la teigne comprennent le prélèvement mycologique par grattage et la mise en culture. Compte tenu de l'épidémie de COVID-19 et des activités restreintes des patients, le nombre d'animaux de compagnie a augmenté dans les maisons, ce qui a entraîné une hausse des cas de teigne d'origine animale. L'utilisation d'un dermatoscope permet de diagnostiquer les infections par la teigne au moyen d'un test non invasif et contribue en outre à surveiller l'amélioration de la situation après le traitement.

Méthodes

Nous avons utilisé Dermlite Dl4 avec cache en plastique pour examiner la lésion. Le cache en plastique peut ensuite être jeté pour prévenir une transmission de l'infection par tout objet susceptible d'héberger des microorganismes pathogènes.

Résultats

Nous constatons couramment chez nos patients des infections par *Tinea capitis* (teigne du cuir chevelu) et par *Tinea corporis* (teigne du corps).

De nombreux patients ont signalé avoir eu un contact avec leur chat et des chats errants. La dermatoscopie est un nouveau moyen qui facilite le diagnostic précoce d'une infection fongique, ce qui rend inutile une mise en culture invasive (qui peut être onéreuse) dans des centres de soins et des pays pauvres en ressources comme l'Inde.

Discussion

La dermatoscopie permet un diagnostic précoce, mais permet aussi d'exclure d'autres causes dermatologiques. Le dermatoscope est un instrument simple, facile à manipuler et peut être transporté n'importe où, même dans les champs. Il nécessite juste une expertise pour lire et analyser les images obtenues. De plus, un traitement peut être lancé immédiatement après une dermatoscopie, sans avoir à attendre les résultats de la culture plusieurs jours ou plusieurs semaines.

Conclusion

Le dermatoscope est un outil qui permet d'identifier rapidement les différentes infections par la teigne ainsi que l'onychomycose au lieu d'attendre les résultats du grattage mycologique et de la culture.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Dermatoscopie, teigne d'origine animale

Sporotrichose : principales caractéristiques cliniques et outils de diagnostic

Auteurs : Onivola Raharolahy[1], Irina Mamisoa Ranaivo[2], Malalaniaina Andrianarison[3], Fandresena Arilala Sendrasoa[4], Tahina Mandranto Rasamoelina[5], Lala Soavina Ramarozatovo1[1], Fahafahantsoa Rapelanoro Rabenja[3]

Affiliations :

[1] Département de Dermatologie et de Médecine interne, CHU Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo
[2] Département de Dermatologie, CHU Morafeno Toamasina
[3] Département de dermatologie, Établissement universitaire de soins et de santé publique d'Analakely, Antananarivo
[4] Département de dermatologie, CHU Joseph Raseta Befelatanana
[5] Centre d'Infectiologie Carles Mérieux, Antananarivo

La sporotrichose est l'une des mycoses incluses dans les grandes maladies tropicales négligées (MTN), comme l'a déclaré l'OMS pour la période 2021-2030. Il s'agit en général d'une infection sous-cutanée subaiguë ou chronique, provoquée par un champignon dimorphique, du genre *Sporothrix*. Bien que les cas typiques soient faciles à diagnostiquer, peu de médecins à Madagascar, en particulier dans les régions de forte endémie, sont rompus à cet exercice.

Nous souhaitons relater ici deux cas typiques pour améliorer les connaissances cliniques des praticiens et passer en revue les principales caractéristiques cliniques et mycologiques.

Le premier patient est un homme de 24 ans, travaillant comme transporteur de charbon de bois dans la ville d'Antananarivo (Région d'Analamanga), qui a consulté pour des lésions ulcéro-nodulaires douloureuses sur le membre supérieur gauche, présentes depuis au moins 12 mois. La lésion initiale est apparue sur le quatrième rayon de la main gauche sous forme papulo-nodulaire et s'est progressivement propagée le long du membre. Les lésions se sont ulcérées, se sont mises à suinter et n'ont pas pu être guéries malgré de multiples antibiothérapies avant que l'homme ne soit adressé à notre département. Une biopsie cutanée a été faite et la culture de l'échantillon cutané était évocatrice de *Sporothrix sp.* La PCR et le séquençage ont permis d'identifier *Sporothrix schenkii* dans l'échantillon cutané et la culture. La guérison complète des lésions aurait pu être obtenue au moyen d'un traitement oral de 6 mois d'itraconazole à 200 mg par jour, associé à des pansements absorbants.

Le second patient est un enseignant de 65 ans à la retraite, pratiquant le bucheronnage dans la région d'Anjozorobe, au nord de la région d'Analamanga. Il a signalé une blessure par une écharde sur le dos du pied droit, suivie au bout d'un mois de lésions nodulaires. Elles se sont ensuite propagées en quelques semaines le long du membre inférieur droit, puis se sont ulcérées, ont provoqué des douleurs et se sont mises à suinter. Nous l'avons vu dans notre département au bout de trois mois. Un échantillon clinique a été prélevé. L'examen direct a été négatif, mais la mise en culture d'une biopsie cutanée a évoqué la présence de *Sporothrix sp*. Le spectromètre de masse Maldi-tof® a permis d'identifier *Sporothrix schenkii* dans la culture de l'échantillon. Les lésions ont complètement guéri après un traitement oral de 6 mois d'itraconazole à 200 mg par jour.

Les médecins malgaches devraient avoir à l'esprit la sporotrichose typique en présence de formes cutanéo-lymphatiques, d'autant plus si le patient vient des hauts plateaux du centre, premier foyer de la maladie à Madagascar, et signale un antécédent de blessure par laquelle le champignon a pu être inoculé. La mycologie et les outils biomoléculaires, bien que n'étant pas disponibles dans tout le pays, peuvent identifier formellement le champignon et contribuer au suivi épidémiologique.

Remerciements

Nous remercions le Centre d'Infectiologie Charles Mérieux à Antananarivo, pour l'appui financier avec les échantillons cliniques et les outils de laboratoire

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Sporotrichose, formes cutanéo-lymphatiques, PCR, Maldi-tof©, Madagascar

La leishmaniose cutanée : expérience d'un centre de soins tertiaires du Nord de l'Inde et difficultés de prise en charge dans un contexte où les ressources sont insuffisantes.

Auteurs : Shagufta Rather, DiMashkoor Wani, Faizan Younus Shah, Safia Bashir, Atiya Yaseen, Firdous Ahmad Giri, Rajesh Sharma, Sumaya Zeerak, Yasmeen Jabeen, Iffat Hassan, Devraj Dogra, Ruby Rishii

Affiliations :

Postgraduate Department of Dermatology, Venereology and Leprology, Government Medical College Srinagar, University of Kashmir, Srinagar, État de Jammu-et-Cachemire, Inde
Postgraduate Department of Dermatology, Venereology and Leprology, Government Medical College Jammu, University of Jammu, Jammu, État de Jammu-et-Cachemire, Inde
Postgraduate Department of Pathology, Government Medical College Srinagar, University of Kashmir, Srinagar, État de Jammu-et-Cachemire, Inde

Ces dernières années, une brusque flambée de cas de leishmaniose cutanée dans des zones où cette maladie n'était jusqu'alors pas endémique a suscité des inquiétudes.

Méthodes

Une étude de cohorte bicentrique a été réalisée sur dix années dans deux hôpitaux de soins tertiaires de l'État du Jammu-et-Cachemire. Des données démographiques ont été recueillies auprès de patients présentant des lésions évoquant une leishmaniose cutanée et ont fait l'objet d'un examen méticuleux. Un frottis de peau sur la lésion et un examen histopathologique ont été réalisés. Un stibogluconate de sodium composé d'antimoine pentavalent a été injecté directement dans les lésions trois fois par semaine aux patients présentant de plus petites lésions et par intraveineuse ou intramusculaire en cas de lésions plus étendues. La réponse au traitement a été évaluée par totale épithélialisation de la lésion et absence d'infiltration et d'érythème. Un suivi clinique a été assuré et la réponse finale au traitement a été évaluée au bout de 6 mois.

Résultats

Un total de 1300 patients avec un âge moyen de 26,7-18,5 ans et une durée moyenne de la maladie de 28,52-13,5 semaines ont été inclus. Le site le plus souvent touché était le visage (89,00 %). Les plaques nodulaires et ulcérées étaient le type prédominant de lésions observées (73,92 %). La présence de corps de Leishman-Donovan a pu être démontrée sur le frottis de peau et l'histopathologie chez respectivement 60,69 % et 39,54 % des patients. La présence d'un schéma histologique reconnaissable conforme à la leishmaniose cutanée et la réponse à un essai thérapeutique par stibogluconate de sodium composé d'antimoine pentavalent a été considérée comme une confirmation chez les patients restants. Une cure complète a été achevée dans 84,23 % des cas.

Conclusion

Compte tenu de la tendance à la hausse des cas de leishmaniose cutanée dans l'État du Jammu-et-Cachemire, il convient d'envisager la possibilité d'un nouveau foyer endémique et son impact sur la santé publique, et les mesures appropriées doivent être prises pour contenir sa propagation.

Nous présentons le profil clinique et épidémiologique complet et exhaustif de la leishmaniose cutanée afin d'orienter d'autres études dans ce sens, en particulier celles cherchant à différencier les *Leishmania* spp prédominantes, les réservoirs de la maladie et les stratégies de lutte antivectorielle dans la région.

Dans les régions pauvres en ressources, la confirmation du diagnostic repose sur la coloration de Giemsa des frottis de peau (corps de Leishman-Donovan), et sur la coloration H&E des fragments de biopsie de peau. Les études visant à améliorer les algorithmes pour le diagnostic, notamment l'identification du vecteur et de l'hôte (ou des hôtes) vertébré(s), et la diversité des *Leishmania* spp responsables de la maladie, sont justifiées. Il est impératif d'obtenir un financement et l'attention des agences de santé dans le monde pour procéder à une recherche afin d'identifier les espèces en cause (tests ADN) dans les foyers d'endémie de leishmaniose récemment identifiés.

Les différentes options thérapeutiques disponibles doivent dépendre de l'espèce de *Leishmania* en cause, des régions géographiques et du tableau clinique. Des rapports sur des résolutions spontanées de la maladie et sur l'efficacité de thérapies locales ont permis de considérer des thérapies locales et/ou intralésionnelles comme les formes de traitements traditionnelles préconisées contre la leishmaniose cutanée, évitant ainsi la toxicité associée à l'administration systémique des médicaments.

La non-disponibilité des médicaments est un problème majeur dans les pays en développement. Les traitements antimoniés sont toujours parmi les plus efficaces contre la leishmaniose cutanée, s'ils sont administrés sous supervision et sous étroite surveillance. Les agences mondiales de santé doivent s'intéresser à la maladie et assurer la disponibilité des médicaments (comme la polychimiothérapie (PCT) de la lèpre) en particulier dans les pays pauvres en ressources.

Les difficultés restantes et les solutions possibles liées à la résistance aux antibactériens et à d'autres causes d'échec de traitements doivent être abordées.

Remerciements

Sincères remerciements à mes patients. Aucune source de financement.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose, cutanée, non endémique, frottis de peau, corps de Leishman-Donovan, granulome épithélioïde, stibogluconate de sodium, intralésionnel, non-disponibilité, résistance.

Séance 8 : Traitements – Présentations

Jeudi 30 mars 2023 Présidente : Michele Murdoch		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
14:00 – 14:20	**Présentation d'ouverture** : Traitement médical : Examen des traitements actuels pour les MTN à manifestation cutanée – possibilités, difficultés et priorités	Richard Phillips
14:20 – 14:35	Résultats de l'enquête mondiale en ligne de l'OMS de 2022 sur les capacités de diagnostic et les pratiques de traitement des mycoses sous-cutanées (profondes)	Barbara Milani
14:35 – 14:50	Innocuité de la Bédaquiline associée à la rifampicine dans le cadre de la prophylaxie post-exposition de la lèpre — résultats préliminaires	Bouke de Jong
14:50 – 15:05	Caractéristiques des patients atteints de leishmaniose cutanée et résultats des traitements, Quetta, Pakistan, 2014-2021	Koert Ritmeijer
15:05 – 15:20	L'infrastructure de base : un élément essentiel de la gestion intégrée des plaies	Bognan Valentin Koné
15:20 – 15:40	**Discussions**	**Tous**
15:40 – 15:55	Le kit WAWLC : un moyen d'apporter du matériel de pansement de base standardisé pour des soins de plaies modernes adaptés aux milieux à faibles ressources	Hubert Vuagnat
15:55 – 16:10	Lutte contre la tungose grâce au diagnostic et au traitement systématiques des humains et les animaux à l'aide d'huile de diméticone dans un environnement nomade pauvre en ressources en Ouganda	Hermann Feldmeier
16:10 – 16:25	Infections bactériennes secondaires et résistance aux antibiotiques chez les patients atteints de tungose dans l'ouest du Kenya	Ruth Nyangacha
16:25 – 16:40	Régime contenant des bêtalactamines pour le raccourcissement du traitement de l'ulcère de Buruli (phase II au Bénin): Point d'étape de l'essai clinique	Christian Johnson
16:40 – 17:00	**Discussions**	**Tous**

Résultats de l'enquête mondiale en ligne de l'OMS de 2022 sur les capacités de diagnostic et les pratiques de traitement des mycoses sous-cutanées (profondes)

Auteurs : Barbara Milani[1], Daniel Argaw Dagne[2], Marco Schito[3], Heather Stone[4]

Affiliations :

[1]Consultant de l'OMS
[2]Département OMS de lutte contre les maladies tropicales négligées [OMS/MTN]
[3]CURE Drug Recurposing Collaboratory
[4]Administration des États-Unis chargée des aliments et des médicaments (États-Unis)

Entre janvier et mars 2022, l'OMS a mené une enquête mondiale en ligne sur les mycoses sous-cutanées afin de recueillir des données sur les capacités de diagnostic et les pratiques de traitement dans différents contextes pour quatre mycoses sous-cutanées : l'eumycétome, l'actinomycétome, la sporotrichose cutanée et la chromoblastomycose. L'enquête a été conçue dans le cadre d'un projet de collaboration de l'OMS avec la FDA des États-Unis visant à identifier les domaines thérapeutiques prioritaires pour les essais pilotes de CURE ID, une application Web et mobile, développée pour aider les cliniciens à partager leurs expériences dans la prise en charge des maladies infectieuses difficiles à traiter et ainsi informer les besoins de recherche clinique pour soutenir la réorientation des médicaments approuvés pour de nouvelles utilisations cliniques.

L'enquête de l'OMS a été conceptualisée à l'aide d'une combinaison de sources d'information (publications, entrevues avec des informateurs clés). Elle a été conçue à l'aide d'options à choix multiples, avec la possibilité de proposer des options et des commentaires supplémentaires pour chaque question. Pour surmonter les barrières linguistiques, l'enquête était disponible en trois langues de l'ONU : anglais, français et espagnol.

142 répondants de 47 pays, tous continents confondus, ont fourni des données : 60 % provenaient de pays à revenu intermédiaire, 59 % travaillant au niveau tertiaire du système de santé et 30 % au niveau secondaire. Les résultats de l'enquête fournissent des informations sur la capacité diagnostique actuelle et les tendances en matière de traitement pour les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques.

En ce qui concerne les méthodes de diagnostic, les répondants ont signalé que les caractéristiques cliniques et l'inspection visuelle étaient utilisées à 86 % ; la microscopie directe des grains et l'histopathologie sur biopsie cutanée étaient disponibles pour respectivement 79 % et 72 %. La culture fongique était disponible pour 85 % des répondants, tandis que la culture bactérienne pour l'actinomycétome était disponible pour 67 % d'entre eux. Le diagnostic moléculaire est rapporté comme étant disponible pour 42 % des répondants, tandis que la sérologie et la dermoscopie sont toutes deux disponibles pour 23 % des répondants. L'enquête confirme que le repositionnement de médicaments intervient pour les maladies fongiques après l'itraconazole comme premier choix (85-90 %) et de la terbinafine pour les cas réfractaires (44-56 %). Pour l'eumycétome et la chromoblastomycose, des azoles de nouvelle génération (posaconazole et voriconazole) ont également été signalés (27-41 %). L'amphotéricine B injectable est utilisée pour l'eumycétome (36 %). Pour la chromoblastomycose, l'utilisation de la flucytosine (14 %) et de l'imiquimod topique (11 %) est plus faible, mais constante. Pour la sporotrichose cutanée, une utilisation considérable d'iodure de potassium par voie orale est rapportée (44 %). Pour l'actinomycétome, plusieurs antibiotiques de plusieurs classes sont utilisés sous forme orale et injectable, ce qui suggère un niveau élevé de repositionnement de médicaments lors de

cette infection bactérienne. En ce qui concerne les interventions non pharmacologiques, 82 % des répondants ont indiqué que la chirurgie était appliquée dans leur établissement pour le traitement de l'eumycétome. Pour la chromoblastomycose, 53 % des répondants ont déclaré avoir recours à des interventions non pharmacologiques, notamment : la thermothérapie (24 %), la cryothérapie/cryochirurgie (14 %), la chirurgie/excision chirurgicale (15 %). En outre, l'enquête a fourni des informations sur les taux de cas réfractaires, ainsi que sur d'autres défis, comme la disponibilité et l'abordabilité des médicaments.

La mise en œuvre d'un registre mondial de rapports de cas pour les mycoses sous-cutanées pourrait contribuer à combler le manque d'informations épidémiologiques et à recueillir des données d'observation précieuses sur les résultats du traitement afin d'éclairer les directives de traitement et la recherche clinique. Les essais pilotes et l'utilisation de la plateforme CURE ID (https://cure.ncats.io) financée par des fonds publics, librement accessibles et soutenue par le réseau de praticiens soignant les mycoses sous-cutanées offrent la possibilité de collecter des données de manière cohérente et structurée.

Remerciements

Nous remercions David Denning (Global Action Fund for Fungal Infections), Roderick Hay (International Foundation for Dermatology) et Kingsley Asiedu (OMS/MTN) pour leurs conseils sur la conceptualisation de l'enquête et l'analyse des résultats. L'OMS remercie tous les participants à l'enquête ainsi que toutes les personnes et organisations qui ont contribué à diffuser l'enquête en ligne.

La FDA des États-Unis a fourni le soutien financier nécessaire à la mise en œuvre de cette enquête dans le cadre d'un accord de collaboration entre l'OMS et la FDA des États-Unis.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Actinomycétome, eumycétome, sporotrichose cutanée et chromoblastomycose

Innocuité de la bédaquiline associée à la rifampicine dans le cadre de la prophylaxie postexposition de la lèpre — résultats préliminaires

Auteurs : Bouke C. de Jong (intervenant), Zahara Salim, Said Nourdine, Silahi Grillone, Sofie Braet, Mohamed Wirdane, Auke Bergeman, Rian Snijders, Maya Ronse, Carolien Hoof, Achilleas Tsoumanis, Nimer Ortuno Gutierrez, Younoussa Assoumani, Epco Hasker

Affiliations :

Institut de médecine tropicale, Fondation Damien, Programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose, Institut de cardiologie d'Amsterdam

En 2018, l'OMS a émis une recommandation conditionnelle visant à prévenir la lèpre chez les contacts de patients atteints de la lèpre avec une prophylaxie postexposition (PPE) en utilisant de la rifampicine à dose unique (RDU), ce qui a réduit l'incidence de la lèpre de 57 % au cours des deux années suivantes. Les résultats préliminaires d'un essai randomisé en grappes aux Comores et à Madagascar suggèrent une réduction plus modeste de l'incidence de la lèpre par RDU, entraînant la nécessité de recherche d'alternatives. Nous avons testé l'innocuité de la PPE avec une combinaison de bédaquiline et de rifampicine dans une étude de phase 2 avec désescalade de l'âge, randomisant les contacts lépreux aux Comores en deux groupes ; doses uniques de (a) rifampicine 600 mg + bédaquiline 800 mg (groupe intervention, RDU + BDU) ou (b) rifampicine 600 mg (RDU, groupe témoin).

Les participants consentants ont été examinés pour leur éligibilité, y compris un intervalle QT corrigé de la fréquence cardiaque (QTc) ECG <450 ms et des analyses de la fonction hépatique (ALAT / ASAT) inférieures à 2,5 fois la limite supérieure de la normale. Le suivi a été effectué au jour 1 post-dose (y compris un ECG) et au jour 14 (y compris des ALAT/ASAT), avec répétition de la mesure des ALAT/ASAT au jour 30 en cas d'élévation au jour 14.

Sur les 408 participants dépistés, 313 ont été inscrits, dont 187 adultes, 38 adolescents (âgés de 13 à 18 ans) et 88 enfants âgés de 5 à 12 ans. Une erreur technique a entraîné une fausse élévation dans la plage inférieure des valeurs des ALAT/ASAT chez les adultes ; l'assurance qualité externe a montré des résultats valides d'ALAT/ASAT dans la plage élevée, ce qui corrobore une classification correcte des événements indésirables (EI). Les résultats concernant les adolescents et les enfants sont en attente. Dans le groupe témoin, 45 participants ont présenté un EI, dont 1 EI grave, considéré comme non lié à la rifampicine. Dans le groupe d'intervention, 55 participants ont présenté un EI et aucun EIG. Aucune différence n'était retrouvée entre les groupes d'intervention et de témoins dans l'examen des ALAT/ASAT ou de l'intervalle QTc.

Chez les adultes, l'innocuité de la bédaquiline à dose unique de 800 mg en association avec la rifampicine est comparable à celle de la rifampicine seule ; les résultats concernant les adolescents et les enfants sont en attente. Si la PPE améliorée par la bédaquiline est sans danger en dernière analyse, nous procéderons à un essai d'efficacité randomisé en grappes de phase 3 aux Comores.

Remerciements

Participants à l'étude. Financé par Janssen.

MTN cutanées et/ou intégration — Mots-clés

Lèpre

Caractéristiques des patients atteints de leishmaniose cutanée et résultats des traitements, Quetta, Pakistan, 2014-2021

Auteurs : Suzette Kämink[1, 2], Boota Masih[1], Allishba Saleem[1], Abdullah Shah[1], Shahzad Masih[1], Noor Ali[1], Aman Ullah[1], Asghar Khan[1], Bilal Ahmad[3], Kees Keus[4], Martin P. Grobusch[2], Margriet den Boer[5], Koert Ritmeijer[4]

Affiliations :

[1] Médecins Sans Frontières, Quetta, Pakistan
[2] Centres médicaux universitaires d'Amsterdam, Département des maladies infectieuses ; Centre de médecine tropicale
[3] Médecins Sans Frontières, Islamabad (Pakistan)
[4] Médecins Sans Frontières, Amsterdam (Pays-Bas)
[5] Médecins Sans Frontières, Londres (Royaume-Uni)

La leishmaniose cutanée (LC) est hautement endémique au Pakistan et représente un lourd fardeau de santé publique, avec environ 50 à 100 000 nouveaux cas par an. Les provinces les plus touchées sont le Baloutchistan et le Khyber Pakhtunkhwa, où *Leishmania tropica*, transmise par les phlébotomes, est l'espèce prédominante. À l'emplacement de la piqûre de phlébotome, un nodule apparaît. Il se développe généralement en une plaie ulcéreuse associée à des infections secondaires. Les plaies et les cicatrices défigurantes qui en résultent conduisent souvent à une stigmatisation et à des problèmes (psycho-) sociaux. Les médicaments antimoniaux pentavalents, le traitement principal, sont rarement disponibles dans les hôpitaux publics au Pakistan. Dans le secteur privé de la santé, si les médicaments sont disponibles, ils sont fournis à des coûts élevés, ce qui entraîne souvent des doses inférieures aux normes. Depuis 2008, Médecins Sans Frontières (MSF) soutient le Ministère de la santé avec des cliniques spécialisées dans la LC en fournissant des services gratuits de diagnostic et de traitement de la LC dans le Khyber Pakhtunkhwa et au Baloutchistan. À Quetta, au Baloutchistan, MSF a traité plus de 26 000 patients atteints de LC au cours de ces 14 années. Une liste électronique des patients avec les caractéristiques des patients, leur traitement et les résultats est maintenue depuis 2014.

L'objectif de l'étude observationnelle rétrospective était de décrire les caractéristiques des patients, d'analyser les tendances au fil des ans et d'identifier les facteurs de risque de résultats négatifs du traitement, c'est-à-dire l'échec du traitement ou la rechute chez les patients atteints de LC traités avec de l'antimoniate de méglumine.

Des analyses rétrospectives ont été effectuées sur la cohorte de patients atteints de CL traités entre 2014 et 2021. La base de données comprenait les dates clés, les caractéristiques démographiques, diagnostiques et cliniques des patients, la stratégie thérapeutique, les résultats initiaux du traitement et les résultats du suivi. Les données ont été analysées par des statistiques descriptives et par des régressions logistiques avec les statistiques de Wald utilisant le chi carré et le test exact de Fisher pour la différence de signification statistique. Les variables ont été dichotomisées en « réponse initiale » et « absence de réponse » au traitement à la fin du traitement, et « guérison finale », « échec du traitement » ou « rechute » lors du suivi, six semaines après la sortie.

Sur les 22 789 patients dont les dossiers étaient complets, 46,8 % étaient des femmes, l'âge médian était de dix ans, 51,1 % avaient des lésions faciales et les patients de sexe masculin présentaient des lésions plus grandes. La proportion de patients recevant un traitement systémique par injections intramusculaires par rapport aux injections intralésionnelles locales est passée de 12,1 % en 2014 à 42,1 % en 2021. Le faible taux de réponse initiale était de 5,6 %. Les lésions dont la parasitémie était élevée présentaient des

risques de réponse initiale médiocre plus de 2 fois plus élevés (OR 2,37 (IC à 95 % ; 1,93-2,90). Le taux d'échec du traitement final était de 3,4 % et le taux de rechute de 1,8 %. La régression logistique a montré que le sexe féminin, l'âge <15 ans, l'ancienneté de la lésion de deux mois ou moins, les lésions faciales et une parasitémie élevée étaient associés à l'échec du traitement.

Il s'agit de la première analyse menée sur une cohorte aussi importante de patients atteints de LC ayant reçu un traitement antimonial pentavalent. Une augmentation du nombre de patients nécessitant un traitement systémique pourrait indiquer que les patients présentent des lésions plus graves et de taille plus importante, qui ne peuvent pas être traitées par des injections intralésionnelles. Les connaissances acquises grâce à cette étude pourraient être utilisées pour améliorer les algorithmes de traitement et les stratégies de suivi des patients. D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs de risque d'échec et pour élaborer des mesures de lutte préventives appropriées contre la leishmaniose cutanée.

Remerciements

DHO Kuchlak, MoH Medical Superintendents of BMC and MSBBH hospitals, Quetta

Cette étude a été financée par Médecins Sans Frontières

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, traitement

Exigences élémentaires en matière d'infrastructures pour la prise en charge des plaies recommandée par l'OMS, y compris les MTN cutanées ulcéreuses en milieu rural en Côte d'Ivoire

Auteurs : Bognan Valentin Koné[4], Didier Koffi[2,4,5], Dognimin Ismael Coulibaly[1,4], Raymond N'krumah[3,4], Simone Toppino[6], Marija Stojkovic[6], Thomas Junghanss[6] Bassirou Bonfoh[4]

Affiliations :

[1]Unité de formation et de recherche en sociologie, Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo (Côte d'Ivoire)
[2]Unité de formation et de recherche en biosciences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[3]Unité de formation et de recherche des Sciences biologiques, Université Péléforo Gon Coulibaly, Korhogo (Côte d'Ivoire)
[4]Centre suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire
[5]Programme national de lutte contre l'Ulcère de Buruli (Côte d'Ivoire)
[6]Service des maladies infectieuses et de médecine tropicale, Département des maladies infectieuses, Hôpital universitaire de Heidelberg, Heidelberg (Allemagne)

Les plaies cutanées, y compris les MTN cutanées ulcéreuses, sont négligées dans les zones rurales d'Afrique de l'Ouest. Le fardeau de ces plaies est lié à l'échec de la détection précoce, aux obstacles à l'accès aux soins des plaies dans les services de santé (économiques, socioculturels), au manque de formation et d'approvisionnement en matériel ainsi qu'aux déficits d'infrastructure dans les services de soins de santé. Ces éléments conduisent au développement de plaies chroniques, à une souffrance et à des coûts directs et indirects élevés des soins pour les patients affectés.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les besoins et d'améliorer l'infrastructure des centres de santé primaires et de l'unité de prise en charge des plaies (UPP) pour répondre aux demandes de soins de haute qualité dans le cadre de l'étude prospective en cours sur la prise en charge des plaies à trois niveaux (communauté, centre de santé, hôpital de district où se trouve l'UPP).

Une évaluation systématique du centre de soins de santé primaires (Centre de santé d'Ahondo) et de l'UPP avant la mise en œuvre de l'étude en cours sur la prise en charge des plaies reposant sur la prise en charge des plaies recommandée par l'OMS (OMS-RWM) a été réalisée. Nous avons évalué les besoins d'infrastructure de base pour mettre en œuvre le RWM de l'OMS. Les éléments évalués ont été regroupés en approvisionnement en eau, assainissement et hygiène, y compris les douches pour plaies, l'équipement pour le soin des plaies, l'élimination des déchets, les toilettes et l'approvisionnement en électricité.

L'infrastructure ne répondait pas aux exigences en matière de soins standard des plaies ou était devenue dysfonctionnelle : approvisionnement en eau de qualité potable, y compris un système d'approvisionnement par canalisations, douches et bassins d'eau, systèmes d'évacuation des eaux usées et incinérateurs, toilettes fonctionnelles, éclairage de la zone de soins des plaies. L'outil d'évaluation de l'infrastructure est présenté, et la mise à niveau et l'entretien de l'infrastructure de base, y compris le soutien de l'engagement communautaire, sont illustrés. Les domaines problématiques sont mis en évidence.

Les résultats de notre étude prospective en cours sur la prise en charge des plaies à trois niveaux (communauté, centre de santé, hôpital de district) montrent que le développement et l'entretien des infrastructures de base sont l'un des piliers importants d'une prise en charge réussie des plaies. L'approvisionnement en eau potable de qualité, sa surveillance et son entretien sont les principaux défis à relever qui nécessitent l'engagement de la communauté et du système de santé. Le développement de l'infrastructure élémentaire pour le soin des plaies s'inscrit bien dans l'esprit de la CSU.

Remerciements

Nous remercions le personnel du centre de santé d'Ahondo et de l'hôpital de district de Taabo, ainsi que tous les patients qui ont participé à cette étude. Nous remercions Louisa Warryn et Gerd Pluschke pour leur soutien au diagnostic de l'UB, le personnel médical du Programme national de lutte contre les ulcères de Buruli de Côte d'Ivoire et les recenseurs du système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo.

Nous sommes très reconnaissants au Centre suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan (Côte d'Ivoire), Taabo Health and Demographic Surveillance System, Taabo (Côte d'Ivoire) et DELTAS Africa Initiative (Afrique One-ASPIRE/DEL-15-008), Abidjan (Côte d'Ivoire), et Swiss TPH, Bâle (Suisse) pour le soutien infrastructurel du projet. Nous remercions également le Ministère de la santé de Côte d'Ivoire pour son soutien tout au long de l'étude.

Nous avons reçu un financement pour ce travail de la Else-Kröner-Fresenius Stiftung, numéro de subvention « 2017_HA19 ».

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Plaies chroniques, infrastructures de base, prise en charge des plaies, eau, douches de plaies, assainissement, hygiène, élimination des déchets, MTN cutanée, ulcère de Buruli, pian, filariose lymphatique, affections cutanées courantes.

Le kit WAWLC : un moyen d'apporter du matériel de pansement de base standardisé pour des soins de plaies modernes adaptés aux milieux à faibles ressources

Auteurs : Hubert Vuagnat[1,2], Michele Murdoch[3,4], L. Claire Fuller[3,5], Jannine Ebenso[6], Rie Yotsu[7,8,9], Liesbeth Mieras[10]

Affiliations :

[1]Alliance mondiale pour le soin des plaies et du lymphœdème (World Alliance for Wound and Lymphedema Care, WAWLC) ; [2]Hôpitaux universitaires de Genève (Suisse) ; [3]Fondation internationale de dermatologie, [4]Dept. of Dermatology, West Herts Teaching Hospitals NHS Trust (Royaume-Uni) ; [5]Dept. of Dermatology, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust (Royaume-Uni) ; [6]The Leprosy Mission International ; [7]Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Nouvelle-Orléans (États-Unis), [8]École de médecine tropicale et de santé mondiale, Université de Nagasaki, Nagasaki (Japon) ; [9]Département de dermatologie, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo (Japon) ; [10]NLR International

Fournir des soins efficaces et de bonne qualité dans les milieux à faibles ressources est un défi.

Pour y remédier, l'Alliance mondiale pour le soin des plaies et du lymphœdème (WAWLC) a conçu le cours « Enseigner aux enseignants » qui, en adoptant ses six principes élémentaires, permet de progresser en ce qui concerne les problèmes liés aux soins de plaies. Un autre défi consiste à fournir des pansements de base standardisés nécessaires à la fois pour l'enseignement et les soins aux patients. Ainsi, en se fondant sur un procédé DELPHI modifié, le WAWLC a conçu un kit de soins des plaies de base. Contenant des matériaux très simples, principalement de la gaze de vaseline, de la gaze ordinaire, du désinfectant, des bandages élastiques, du ruban adhésif et d'autres articles utiles (à détailler dans la communication), ces kits apportent des éléments clés pour rendre les pansements adaptés à la cicatrisation des plaies dans un environnement humide et physiologique, un principe crucial pour des soins des plaies modernes et adaptés.

Ce kit est conçu pour faire partie de la norme des ONG et du gouvernement pour accompagner le soin intégré des plaies, quelle que soit l'étiologie de la plaie. Pesant environ 16 kilogrammes et de volume moyen (40x30x60 centimètres), il est facile à manipuler et à stocker. La simplicité de son contenu le rend maniable quant à la mise à disposition et l'utilisation locales dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire. De nombreux articles peuvent également être remplacés par des ressources disponibles localement (par exemple, de l'huile de palme au lieu de la vaseline). Les articles de chaque trousse peuvent être donnés à chaque patient au besoin pour une autoprise en charge continue.

Contenant 100 morceaux de gaze imprégnée de vaseline, et 200 gazes stériles ainsi que de la vaseline et de la gaze non stérile en supplément, il rendra possible entre 100 et 300 pansements antiadhésifs d'une taille de 10x10cm (le nombre total dépendant de la surface totale de la plaie et de l'exsudat du patient). Piloté avec succès au Cameroun et au Togo, il promeut le programme d'enseignement intégré des soins des plaies, ainsi que l'approvisionnement du matériel nécessaire aux soins continus des patients.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées, plaies, soins des plaies, pansement, ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème), podoconiose, mycétome, tungose, pian

Intégration de plusieurs maladies ou de plusieurs pays

Lutte contre la tungose grâce au diagnostic et au traitement systématiques des humains et les animaux à l'aide d'huile de diméticone dans un environnement nomade pauvre en ressources en Ouganda

Auteurs : Francis Mutebi[1, 2], Hannah McNeilly[3], Marlene Thielecke[4], Felix Reichert[5], Susanne Wiese[6], George Mukone[2], Hermann Feldmeier[6*]

Affiliations :

[1] School of Veterinary Medicine and Animal Resources, College of Veterinary Medicine, Animal Resources and Biosecurity, Makerere University Kampala (Ouganda)
[2] Innovations for Tropical Disease Elimination (IFOTRODE), Jinja (Ouganda)
[3] Edinburgh Medical School: Biomedical Sciences, The University of Edinburgh (Royaume-Uni)
[4] Institut de médecine tropicale and de santé internationale, Hôpital universitaire de la Charité, Berlin (Allemagne)
[5] Département d'épidémiologie des maladies infectieuses, Institut Robert Koch, Berlin (Allemagne)
[6] Institut de microbiologie, maladies infectieuses et immunologie, Hôpital universitaire de la Charité, Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin (Allemagne)
*Contact : Hermann Feldmeier, Institute of Microbiology, Infectious diseases and Immunology, Charité University Medicine, Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Allemagne, courriel : feldmeier.fuberlin@t-online.de, Téléphone : +49 163 6743707

La tungose est une zoonose négligée qui touche principalement les individus vivant dans l'extrême pauvreté. La tungose sévère est responsable des mauvais résultats scolaires des enfants, de la faible productivité économique des adultes et d'une capacité de marchandisation réduite des animaux domestiques. Dans aucune des zones endémiques, des stratégies de lutte contre l'endémie ne sont actuellement en place. Nous avons mis en œuvre une stratégie communautaire de lutte contre la tungose basée sur les principes « Une seule santé » dans le district de Napak, dans la région de Karamoja, dans le nord-est de l'Ouganda. Tous les êtres humains et animaux ont été examinés à intervalles réguliers par des agents de santé locaux formés et, si la tungose était diagnostiquée, traités avec une formule de deux huiles de diméticone à faible viscosité (NYDA®). Le traitement systématique avec des huiles de diméticone empêche la production et l'excrétion des œufs par les puces de mer incrustées et entrave ainsi l'achèvement du cycle hors hôte du parasite. À chaque cycle de diagnostic et de traitement, des réunions de promotion de la santé ont été organisées. Les messages de promotion de la santé étaient axés sur le lavage quotidien des pieds avec du savon, le durcissement des sols en terre battue par application d'un enduit de terre mélangée à de la bouse de vache sur les planchers, le balayage régulier des maisons et des complexes et le maintien des animaux à l'extérieur des habitations humaines.

L'intervention a débuté par un recensement en décembre 2020. Au total, 5482 résidents vivant dans 1334 ménages ont été identifiés. La prévalence dans la population générale était de 62,8 %, et de 70,2 % chez les enfants. La parasitose se transmettait principalement à l'intérieur de la maison lorsque les gens dormaient sur le sol en terre battue et sans literie. Après huit cycles de diagnostic et de traitement systématiques et synchrones, la prévalence de la tungose est tombée à 5,7 %. Les cas très graves (> 100 lésions) sont passés de 3,8 % initialement à zéro après 18 mois. Le nombre médian de lésions était de 11 initialement, mais a chuté à 3 après 18 mois. Seulement 5 cas de déficience de mobilité ont été observés après huit cycles de traitement ; initialement, le nombre était de 464. 13,5 % des animaux présents sur le complexe présentaient une tungose au départ. Aucun autre cas n'a été observé au cours du suivi.

Les résultats montrent que le traitement systématique régulier de la tungose avec la formule de diméticone NYDA® ainsi que l'amélioration des conditions d'hygiène ont réduit la prévalence de la tungose à un niveau très bas et ont empêché le développement de manifestations graves de la maladie dans un environnement caractérisé par un mode de vie nomade et une pauvreté extrême.

Remerciements

Le soutien financier pour le projet a été accordé par la Fondation Else Kröner Fresenius (Allemagne). Nous remercions le Ministère de la santé, les autorités du district de Napak et les communautés du sous-comté de Ngoleriet pour leur soutien.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose, approche « Une seule santé », lutte

Infections bactériennes secondaires et résistance aux antibiotiques chez les patients atteints de tungose dans l'ouest du Kenya

Auteurs : Ruth Nyangacha[a,b], David Odongo[b], Florence Oyieke[b], Missiani Ochwoto[c], Richard Korir[e], Ronald Ngetich[e], Gladys Nginya[a] , Olipher Makwaga[d] , Christine Bii[e] , Peter Mwitari[a] and Festus Tolo[a]

Affiliations :

[a]Center for Traditional Medicine and Drug Research , Kenya Medical Research Institute, Nairobi (Kenya)
[b]School of Biological Sciences, University of Nairobi, Nairobi (Kenya)
[c]Production Department , Kenya Medical Research Institute, Nairobi (Kenya)
[d]Center for Infectious and Parasitic Diseases Control Research , Kenya Medical Research Institute, Nairobi (Kenya)
[e]Center for Microbiology Research , Kenya Medical Research Institute, Nairobi (Kenya)

La tungose est une maladie parasitaire causée par le phlébotome femelle *Tunga penetrans*. L'infection secondaire des lésions causées par ce phlébotome est fréquente dans les communautés endémiques. Cette étude avait pour objectif de faire la lumière sur les pathogènes bactériens à l'origine des infections secondaires au niveau des lésions de tungose ainsi que sur leurs profils de sensibilité aux antibiotiques couramment prescrits. Les participants étaient recrutés avec l'aide d'agents de santé communautaires. Des écouvillons ont été prélevés sur des lésions qui présentaient des signes d'infection secondaire. L'identification des colonies de bactéries suspectes a été effectuée grâce à la morphologie des colonies, la coloration de Gram et les tests biochimiques. Le test de diffusion discale de Kirby Bauer a été utilisé pour déterminer les profils de sensibilité aux médicaments. Sur les 37 participants, chez lesquels des écouvillons ont été prélevés, 29 des échantillons étaient positifs et 8 des échantillons ne présentaient pas de développement bactérien. Parmi ceux-ci, 10 souches différentes de bactéries ont été isolées. Deux étaient des bactéries à Gram positif : *Staphylocccus epidermidis* (38,3 %) et *Staphylococcus aureus* (21,3 %). Huit étaient à Gram négatif, à savoir *Enterobacter cloacae* (8,5 %), des espèces *Proteus* (8,5 %), des espèces *Klebsiella* (6,4 %), *Aeromonas sobria* (4,3 %), *Citrobacter species* (4,3 %), *Proteus mirabillis* (4,3 %), *Enterobacter amnigenus* (2,1 %) et *Klebsiella pneumoniae* (2,1 %). Les *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) isolés étaient également résistants à la clindamycine, à la kanamycine, à l'érythromycine, à l'acide nalidixique, au triméthoprime sulfaméthoxazole et à la tétracycline. Tous les isolats de bactéries à Gram négatif et à Gram positif étaient sensibles à la gentamicine et à la norfloxacine. Les résultats de cette étude confirment la présence de bactéries résistantes dans les lésions de tungose, soulignant ainsi l'importance de l'infection secondaire des lésions dans les communautés endémiques. Cela suggère donc que des tests de sensibilité aux antimicrobiens peuvent être envisagés pour guider l'identification des antibiotiques appropriés et du traitement chez les patients atteints de tungose.

Remerciements

Nous remercions le gouvernement du comté et la communauté du comté de Vihiga, dans l'ouest du Kenya, qui ont rendu l'étude possible.

Financement : L'étude a été financée par le gouvernement du Kenya par l'intermédiaire du Programme de recherche sur les produits naturels et de mise au point de médicaments de KEMRI, (financement n° 200/135).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Tungose, *Tunga penetrans*, MTN cutanées, infection secondaire, résistance aux antibiotiques

Régime contenant des bêtalactamines pour le raccourcissement du traitement de l'ulcère de Buruli : Point d'étape de l'essai clinique

Auteurs : Roch Christian Johnson[1,2,*], Emma Sáez-López[3], Esaï Sèdjro Anagonou[1], Godwin Gérard Kpoton[1], Ronald Sètondji Gnimavo[1], Franck Zinsou Mignanwande[1], Perrin Catraye[1], Akimath Habib[1], Line-Marlène Ganlonon[1], Nadège Elegbede[1], Lotus Hotegni[1], Marlène Alaye[1], Jean-Gabin Houezo[4], Juliet Addo[5], Anna Gine-March[6], Zaida Herrador[7], Israel Cruz[8], and Santiago Ramón-García[3,9]

Affiliations :

[1]Centre Interfacultaire de Formation et de Recherche en Environnement pour le Développement Durable (CIFRED), Université d'Abomey-Calavi, Abomey-Calavi, Benin; [2]Fondation Raoul Follereau, Paris, France; [3]Department of Microbiology, Faculty of Medicine, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain; [4]Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli, Cotonou, Bénin; [5]Global Health Catalyst, GSK, Brentford, United Kingdom; [6]Anesvad Foundation, Bilbao, Spain; [7]National Centre for Epidemiology, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain; [8]National School of Public Health, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain; [9]ARAID Foundation, Spain; *Auteur correspondant/présentateur

Le traitement antibiotique actuel de l'ulcère de Buruli associe la rifampicine à la clarithromycine pendant 8 semaines. Cette étude vise à évaluer si la co-administration de l'amoxicilline/acide clavulanique au traitement actuel peut réduire cette durée de 8 à 4 semaines.

Il s'agit d'un essai multicentrique de phase II (NCT05169554), randomisé, contrôlé, ouvert, à groupes parallèles, de non-infériorité, qui se déroule au Bénin, dans les Centres de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli de Lalo, Allada et Pobè. Les patients remplissant les critères d'inclusion sont enrôlés dans l'étude. Ils sont stratifiés selon la catégorie des lésions et randomisés entre deux régimes oraux : (i) Standard : traitement par rifampicine plus clarithromycine pendant 8 semaines ; (ii) Expérimental : standard plus amoxicilline/clavulanate pendant 4 semaines.

48 patients étaient éligibles, et 42 ont été inclus dans l'essai de décembre 2021 à novembre 2022, en fonction du score ulcère de Buruli de l'Organisation Mondiale de la Santé "très probable" et "probable". Les femmes prédominaient (64,3%) et l'âge moyen était de 22 ans. La majorité des participants ont un score "très probable" (59,5%) à l'inclusion, avec une lésion unique (92,9%), de type ulcérée (85,7%) et située au niveau des membres inférieurs (69,0%). Les cas de catégorie 3 étaient les plus représentés (52,4%). La confirmation des patients par le test de réaction de polymérisation en chaîne était positive pour 38 patients (90,5%). Sur les 42 patients inclus, 22 (52,4%) ont été mis sous le traitement expérimental. Le Centre de Pobè a enregistré le plus de patients (76,2%). Aucun effet secondaire dû au traitement n'a été notifié.

Ces données renseignent sur les premières tendances épidémiologiques et cliniques. La prédominance des lésions de catégorie 3 relance la nécessité de fournir encore plus d'efforts pour le dépistage précoce.

Remerciements

Ce travail fait partie du project BLMs4BU, qui est souteni par GlaxoSmithKline (GSK) et financé par Tres Cantos Open Lab Foundation (TCOLF) et Foundation Anesvad.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration

MTN à manifestation cutanée: Ulcère de Buruli, raccourcissement du traitement, Association médicamenteuse, amoxicilline, clavulanate

Séance 8 : Traitements – Affiches

La mesure des plaies et les caractéristiques de base comme prédicteurs d'une cicatrisation lente ou rapide dans l'ulcère de Buruli

Auteurs : Bernadette Agbavor[1,2], Aloysius D. Loglo[1], Philemon Antwi Boasiako[1], Nancy Ackam[1,2], Jonathan Adjei[1,3], Venus Frimpong[1], Kwadwo Boampong[2], Michael Frimpong[1,3], Yaw Ampem Amoako[1,4], Mathew G. Addo[2], Mark Wansbrough-Jones[5], Richard O. Phillips[1,4]

Affiliations :

[1] Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine (KCCR), [2] Department of Theoretical and Applied Biology, Kwame Nkrumah University of Science and Technology (KNUST), [3] Department of Molecular Medicine, KNUST, [4] Department of Medicine, KNUST, [5] St Georges University of London, (Royaume-Uni)

Introduction

Une cicatrisation tardive de l'ulcère de Buruli (UB) peut être à l'origine d'une frustration pour de nombreux patients ainsi que leurs soignants et peut augmenter la durée et le coût du traitement. Il est pertinent de mesurer les plaies pour surveiller le taux de cicatrisation (TdC) et ces mesures peuvent permettre la prédiction du temps de guérison. Prédire le temps de guérison à l'aide de marqueurs tels que les mesures de plaies et d'autres facteurs peut aider à améliorer la gestion des lésions. Les approches pour évaluer le TdC comprennent la superficie absolue, le pourcentage de réduction de la superficie et les méthodes linéaires définies par Gilman (2004).

Ici, nous examinons les différentes méthodes de détermination du TdC et de son utilisation comme prédicteur du temps de guérison. Pour déterminer les marqueurs biologiques de la guérison dans l'UB, les caractéristiques de base ont été évaluées.

Méthodes

Les données de 536 patients atteints d'un UB confirmé par PCR traités de 2007 à 2017 ont été incluses. Les guérisseurs rapides étaient ceux dont les lésions guérissaient 8 semaines après le début du traitement antibiotique.

Les mesures des lésions ont été obtenues avec des tracés de feuilles d'acétate (2D) ou avec le logiciel Aranz (3D) toutes les deux semaines pendant le traitement. Le TdC a été déterminé à l'aide des méthodes de surface absolue (SA), de réduction de surface en pourcentage (RSP) et des méthodes linéaires (ML) 4 semaines après le traitement antibiotique. Les méthodes ont été utilisées pour prédire le temps de guérison et comparées au temps de guérison réel. Les caractéristiques de base des guérisseurs lents et rapides ont été évaluées pour trouver des associations avec le TdC.

Résultats

Les données incluaient 375 (70 %) guérisseurs lents et 161 (30 %) guérisseurs rapides. La moyenne du TdC évalué par SA [117,4. mm^2/semaine ; IQR (-15,76 – 412,3)] ; RSP [0,075 %/semaine ; IQR (-0,02 – 0,16)] et ML [0,60 mm/semaine ; IQR (-0,96 – 2,41)] était plus faible pour les guérisseurs lents par rapport à la SA [165,2 mm2/semaine ; IQR (76,252 – 378,8)] ; la RSP [0,25 %/semaine ; IQR (0,20 – 0,25)] et la ML [2,79 mm/semaine ; IQR (1,23 – 4,96)] pour les guérisseurs rapides ($p < 0,0001$). Le temps de guérison prévu pour les ML était comparable au temps réel de guérison ($p = 0,34$). Le taux de

guérison est fortement influencé par la forme de la lésion, les plaques (OR 2,09 ; IC à 95 % 1,20 -3,61 ; p = 0,009) et les œdèmes (OR 8,49 ; IC à 95 % 1,95 – 36,91 ; p = 0,004) fortement associés à un retard de guérison. La proportion de patients ayant une charge bactérienne initiale plus élevée (75/104 ; 72 % vs 21/47 ; 45 % ; p = 0,001), a développé des réactions paradoxales (60/375 ; 16 % contre 5/161 ; 3 %, p <0,0001), et le retard d'élimination des micro-organismes (71/104 ; 68 % vs 9/47 ; 19 %, p <0,0001) était significativement plus élevé chez les guérisseurs lents que chez les guérisseurs rapides. Les mesures réalisées à partir des tracés d'acétate et du logiciel Aranz étaient comparables.

Conclusion

Le taux de cicatrisation des ulcères de Buruli calculé pour les guérisseurs lents à l'aide de diverses méthodes de mesure des plaies était inférieur à celui des guérisseurs rapides. La méthode linéaire a été utile pour prédire les guérisons rapides tandis que la réduction de surface en pourcentage a fourni les meilleures indications pour déterminer le temps approximatif de guérison chez les patients atteints d'ulcère de Buruli. D'autres travaux sont nécessaires pour déterminer les caractéristiques de base ou les marqueurs de guérison qui devraient être pris en compte dans l'élaboration d'un plan amélioré de prise en charge d'une maladie. De tels outils faciliteraient le traitement et réduiraient l'anxiété des patients et des aidants.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les participants à l'étude sur l'ulcère de Buruli, le personnel des sites d'étude et des centres dispensaires, les directeurs des services de santé, le programme national de lutte contre l'UB, l'OMS, le MRC-UK (Conseil de la recherche médicale [Royaume-Uni]), le programme EDCTP et tous les organismes de financement et partenaires ainsi que l'ensemble du groupe de recherche SkinNTD, le KCCR.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Buruli-RifDACC : évaluation de l'efficacité et du rapport coût-efficacité d'une dose élevée de rifampicine par rapport à une dose standard sur l'issue de la maladie à *Mycobacterium ulcerans*, protocole pour un essai contrôlé randomisé au Ghana

Auteurs : Yaw Ampem Amoako [1,2], Abigail Agbanyo [1], Jacob Novignon [1,3], Lucy Owusu [1], Joseph Tuffour [4], Adwoa Asante-Poku [4], Yohannes Hailemichael [5], Iris Mosweu [6], Ruth Canter [6], Charles Opondo [6], Elizabeth Allen [6], Catherine Pitt [6], Dorothy Yeboah-Manu [4], Stephen L. Walker [6], Michael Marks [6], Richard Odame Phillips [1,2], SHARP collaboration.

Affiliations :

[1] Kumasi Centre for Collaborative Research, Kumasi (Ghana) [2] School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi (Ghana) [3] Department of Economics, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi (Ghana) [4] Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Accra (Ghana) [5] Armauer Hansen Research Institute, Addis Ababa (Ethiopia) [6] London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres (Royaume-Uni)

Introduction

L'ulcère de Buruli (UB), une maladie cutanée nécrosante causée par *Mycobacterium ulcerans*, est endémique en Afrique tropicale et peut entraîner des ulcères déformants et une invalidité permanente. La feuille de route 2030 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les maladies tropicales négligées (MTN) a préconisé une intensification majeure du diagnostic et de la prise en charge afin de faciliter l'élimination des handicaps liés à l'UB. À l'heure actuelle, la maladie est traitée avec de la rifampicine (dose de 10 mg/kg) et de la clarithromycine (dose de 15 mg/kg) orales quotidiennes pendant huit semaines, combinées à des pansements de gaze standards. Les infections secondaires et les réactions paradoxales peuvent entraîner une variabilité des taux de guérison, et des antibiotiques supplémentaires peuvent être prescrits, ce qui entraîne un risque de résistance aux antimicrobiens. Les pansements disposant de propriétés antimicrobiennes peuvent aider à améliorer les résultats. Un essai clinique est en cours pour déterminer si la combinaison de pansements à forte dose de rifampicine et de chlorure de dialkylcarbamoyle (DACC) peut améliorer significativement le délai d'élimination des mycobactéries viables, réduire les réactions paradoxales et les infections secondaires, et améliorer les résultats par rapport aux pansements DACC en addition de la dose standard. Parallèlement à l'essai, une évaluation économique comparera les coûts financiers et économiques et les résultats de ces deux stratégies de traitement de l'UB d'une perspective sociétale.

Méthodes

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé multicentrique individuel de phase 3 pour lequel sont actuellement recrutés des participants dans trois districts endémiques du Ghana : l'hôpital municipal de Ga West, le centre de santé de Pakro et l'hôpital municipal de Wassa Akropong (taille cible de l'échantillon : 112 personnes). Les participants ayant donné leur consentement sont répartis au hasard soit dans le groupe d'intervention (HR + DACC) recevant quotidiennement de la rifampicine orale à forte dose (20 mg/kg) et de la clarithromycine orale (15 mg/kg) pendant quatre semaines, avec un pansement enduit de DACC appliqué sur la plaie et changé toutes les 48 heures jusqu'à ce que la lésion guérisse, soit le groupe témoin (SR + DACC) recevant quotidiennement de la rifampicine orale selon les recommandations de l'OMS (10 mg/kg) et la clarithromycine orale (15 mg/kg) pendant huit semaines, avec un pansement enduit de DACC appliqué sur la plaie et changé toutes les 48 heures jusqu'à ce que la lésion guérisse.

À chacune des 15 visites prévues après la randomisation, des données relatives aux participants sur les aspects démographiques et cliniques, la situation financière et la qualité de vie liés à la santé sont obtenues, ainsi que la photographie et la mesure de la lésion prises par le système d'imagerie des plaies silhouettes (« Silhouette Wound Imaging System », ARANZ, Wellington [Nouvelle-Zélande]), l'échelle visuelle analogique (EVA) et les mesures de la douleur.

Des échantillons d'écouvillonnage ou de biopsie à l'aiguille fine sont prélevés aux semaines 0, 2, 4, 6, 8, 12 et 16 (si les lésions n'ont pas guéri), afin d'évaluer la persistance de *Mycobacterium ulcerans* viables pendant le traitement ainsi que les tests microbiologiques standards en cas de suspicion d'infection secondaire.

Résultats et discussion

L'essai devrait évaluer le délai moyen de disparition des *Mycobacterium ulcerans* viables, la proportion de patients présentant une plaie cicatrisée à 20 semaines, la réapparition de l'UB, l'incidence des réactions paradoxales, l'incidence des infections secondaires et le rapport coût-efficacité de l'intervention.

Conclusion

Les résultats de cet essai pourraient mener à un changement dans la conduite du traitement de l'UB. Un schéma thérapeutique plus court, mais plus efficace mènerait à de meilleurs résultats de traitement, à une meilleure observance et potentiellement à des économies substantielles pour les patients et le système de santé.

Remerciements

Membres supplémentaires de la collaboration SHARP Armauer Hansen Research Institute (Éthiopie) (AHRI)- Endalamaw Gadisa Addis Abeba University (AAU)- Mirgissa Kaba Kumasi Centre for Collaborative Research (KCCR)- Michael Ntiamoah Oppong, Ruth Dede Tuwor, Olivia Dornu London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)- Rachel Pullan, Saba Lambert Jennifer Palmer, Sinead Langan, Katherine Halliday, Joseph Timothy

Nous tenons à remercier les individus et les communautés pour leur participation aux travaux du programme de recherche Skin Health Africa. Le programme de recherche Skin Health Africa est financé par le programme de recherche et d'innovation pour la transformation de la santé mondiale (RIGHT) [numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/.

L'organisme de financement n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Utilisation complémentaire d'une thérapie oxygène-ozone sur les patients atteints d'ulcère de Buruli et de COVID 19

Auteurs : Antonella Bertolotti, Luca Papetti

Affiliations :

Intermed Onlus International Health Cooperation

Au cours de la phase aiguë de la pandémie de maladie à coronavirus en 2020, certains patients atteints d'ulcère de Buruli en Afrique subsaharienne ont été infectés par la COVID 19. Cette étude de cas met en évidence l'efficacité et les avantages de l'ozonothérapie chez deux patients atteints simultanément du SARS-Cov-2 et de l'ulcère de Buruli au Bénin (mission Camillan, Zinviè) et au Nigeria (État d'Anambra).

Tous les cas d'UB ont été diagnostiqués et traités conformément aux directives de l'OMS avant que les patients ne soient infectés par la COVID-19. Après avoir contracté le coronavirus, les deux patients ont été traités avec de l'ozone. Le gaz a été produit par un générateur d'ozone considéré comme médicalement conforme à la législation de l'UE.

L'utilisation de l'ozone comme thérapie complémentaire a été réalisée conformément aux directives et aux bonnes pratiques de la fédération italienne de thérapie par oxygène et ozone, Aepromo Espagne, à la Déclaration d'Helsinki, aux bonnes pratiques de la conférence internationale sur l'harmonisation.

Un sac en plastique a été utilisé pour sceller hermétiquement la zone autour des ulcères de Buruli et pour confiner un mélange d'ozone et d'oxygène à la concentration de 30 µ/ml. Le générateur d'ozone a gonflé le mélange qui a été laissé en contact avec la plaie pendant 15 minutes, 3 fois par semaine pendant 2 semaines.

En outre, pour faire face à l'infection de la COVID 19, tous les patients ont été traités par insufflation endorectale d'un mélange d'ozone et d'oxygène en utilisant le même générateur d'ozone et à l'aide d'un cathéter siliconé inséré dans l'ampoule rectale. Le traitement a été répété deux fois par jour pendant 14 jours et impliquait une concentration progressivement plus élevée d'ozone (20 µg/ml le premier et le deuxième jour, 25 µg/ml le troisième et le quatrième jour, 30 µg/ml le cinquième et le sixième jour, 35 µg/ml le septième et huitième jour et 40 µg/ml du jour 9 au jour 14).

De plus, les voies respiratoires supérieures ont été désinfectées avec 500 ml d'eau bidistillée ozonée, avec 25 µg/ml d'ozone à l'aide du dispositif mentionné précédemment. 1 g de vitamine C i. m. a été administré au patient trois fois par semaine.

Après l'ozonothérapie, les plaies se sont améliorées chez les deux patients. Les tissus de granulation sont apparus après trois séances. L'ozone a amélioré la vasodilatation et le flux sanguin, il a libéré du NO, modulé le stress oxydatif et réduit l'œdème et la douleur (modulation de la libération de cytokines). Après 14 jours de traitement des ulcères de Buruli à l'ozone, les échantillons des patients ont été analysés avec la coloration de Ziehl Neelsen et des tests PCR, et ont révélé une disparition totale de la mycobactérie.

Une semaine après le début du traitement des patients souffrant d'insufflation endorectale, certains des symptômes associés à l'infection à la COVID 19, à savoir toux, dyspnée, fièvre, fréquence respiratoire et saturation ont considérablement diminué. Un écouvillonnage nasopharyngé avec immunofluorescence s'est révélé négatif sur les deux patients 15 jours après le premier test positif.

L'ozonothérapie peut être utilisée comme traitement complémentaire chez les patients souffrant de COVID-19 et d'UB grâce à ses propriétés bactéricides et virostatiques. En outre, c'est une thérapie efficace et peu coûteuse dans les pays où la distance et la pauvreté empêchent souvent des soins adéquats.

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans le soutien des Filles de Saint-Camille et de l'hôpital La Croix de Zinviè

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Repositionnement de deux antiseptiques approuvés par la FDA des États-Unis pour le soin des plaies à destination du traitement de la leishmaniose cutanée

Auteurs : Chinwe Chukwudi[1,2], Andrea Paun[1], Liam Good[3] and Michael Grigg[1]

Affiliations :

[1]Laboratory of Parasitic Diseases, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIH. Bethesda Maryland (États-Unis)
[2]University of Nigeria, Nsukka (Nigéria)
[3]Royal Veterinary College, London (Royaume-Uni)

La leishmaniose affecte les communautés pauvres du monde entier, avec environ 1 million de nouveaux cas par an et plus de 20 espèces de parasites affectant l'humain. La maladie se manifeste sous 3 formes cliniques : cutanée (la plus fréquente), cutanéo-muqueuse, et viscérale (la plus grave). Les thérapies disponibles sont très toxiques, coûteuses, ciblent des espèces spécifiques de parasites/des localisations géographiques, et sont souvent complexes à administrer. Par conséquent, un traitement efficace nécessite une identification spécifique des espèces parasitaires (difficile dans les zones aux ressources limitées), une administration de longue durée par un personnel suffisamment qualifié et implique des effets secondaires graves, conduisant souvent à une non-observance du traitement par le patient. De nouveaux médicaments sont désespérément nécessaires, et le repositionnement de médicaments pourrait offrir une intervention rapide. Nous avons identifié deux antiseptiques approuvés par la FDA utilisés dans le soin des plaies et les cosmétiques qui présentent une activité anti-Leishmania impressionnante.

L'activité anti-Leishmania des médicaments a été évaluée à l'aide du titrage de promastigote par résazurine. Diverses espèces du parasite ont été cultivées dans 96 plaques microtitre et traitées avec des concentrations graduées de médicaments. La résazurine a été ajoutée pour surveiller la croissance du parasite grâce à la mesure spectrophotométrique. Les résultats des tests montrent que ces composés ont une activité anti-Leishmania à des concentrations micromolaires très proches (CI50 = 2,5-4 μM) contre les 6 espèces de *Leishmania* testées. Les composés testés ont montré une meilleure activité anti-Leishmania que la plupart des médicaments anti-Leishmania actuellement disponibles, souvent toxiques et coûteux. Des expériences sont en cours pour tester ces composés dans des modèles murins de leishmaniose cutanée et pour élucider leur(s) mécanisme(s) d'action.

Ces deux candidats potentiels au repositionnement des médicaments identifiés dans cette étude sont bon marché, sûrs, faciles à administrer et présentent une activité anti-Leishmania à large spectre qui pourrait être efficace contre diverses espèces de parasites et contre la manifestation de la maladie dans toutes les zones géographiques. Ils représentent également un potentiel important pour des thérapies combinées avec d'autres antimicrobiens pour améliorer le traitement et optimiser l'administration de médicaments, ainsi que pour les possibilités de développement dans le traitement de la leishmaniose viscérale (car ils sont les plus efficaces contre les espèces de leishmaniose viscérale). En fin de compte, cela améliorera l'observance du patient, les résultats du traitement et la maîtrise de la maladie. Par conséquent, nous présentons ces deux antiseptiques comme des candidats acceptables pour le repositionnement de médicaments pour un traitement moins coûteux, plus sûr et plus facile de la leishmaniose cutanée causée par diverses espèces de *Leishmania*.

Remerciements

National Institutes of Health (États-Unis), Bill and Melinda Gates Foundation, African Academy of Sciences, University of Nigeria, Nsukka.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, repositionnement de médicaments, large spectre, anti-Leishmania, promastigotes, soins des plaies

Dynamique de la communauté microbienne associée à l'infection et à la guérison dans l'ulcère de Buruli et d'autres ulcères chroniques

Auteurs : Michael Frimpong [1,2], Matthew Chung[1], Olivia Dornu[2], Bernadette Agbavor[2], Richard Phillips[2], Elodie Ghedin[1]

Affiliations :

[1]System Genomics Section, Laboratory of Parasitic Diseases, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health (NIH), Bethesda, MD (États-Unis)

[2]Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine (KCCR), Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi (Ghana)

Contexte

L'introduction d'un traitement antimicrobien à base de rifampicine et de streptomycine ou de clarithromycine combiné à des soins des plaies ou une chirurgie s'est révélée un peu efficace contre l'ulcère de Buruli (UB). Néanmoins, des échecs thérapeutiques, divers types de lésions secondaires et des récidives répétées après une guérison apparente ont été rapportés, ce qui suggère la nécessité d'une prise en charge clinique personnalisée ou d'autres options de chimiothérapie. Alors que les micro-organismes, tels que les bactéries pathogènes, sont clairement impliqués dans la cicatrisation des plaies, notre connaissance de la composition microbienne et de son effet sur les résultats cliniques dans l'UB est limitée.

Méthode

Pour étudier le rôle du microbiome dans la présentation de l'ulcère de Buruli, son effet sur les résultats de guérison ainsi que la cause possible d'autres ulcères inconnus, nous avons mené une étude transversale en utilisant des écouvillons de plaies d'une cohorte de patients atteints d'ulcère de Buruli avec différentes catégories de maladies et de patients atteints d'autres ulcères chroniques de cause inconnue. Les caractéristiques des patients et les données du séquençage métagénomique non ciblé ont été analysées en association avec les résultats cliniques.

Résultats

L'analyse des données de séquençage a révélé des communautés polymicrobiennes de bactéries, de champignons, de protistes et de virus dans les écouvillons de plaies. Les bactéries anaérobies facultatives à Gram négatif étaient dominantes sur les ulcères, que ce soit sur l'UB ou sur les autres ulcères chroniques. Les lésions de l'ulcère de Buruli sur les membres supérieurs ont montré une diversité microbienne inférieure à celle des membres inférieurs. Les analyses différentielles ont montré que les champignons, en particulier les espèces *Aspergillus* et *Candida*, étaient plus répandus dans les lésions de l'ulcère de Buruli. L'analyse des données fonctionnelles métagénomiques a montré que les gènes de résistance aux antibiotiques étaient plus fréquents dans les plaies à cicatrisation lente.

Conclusion

La communauté microbienne complexe dans les lésions d'UB, en particulier impliquant des champignons, peut contribuer à l'infection et aux résultats cliniques et nécessite une enquête plus approfondie en tant que cible de traitement possible pour améliorer la cicatrisation des plaies.

Remerciements

NIH Intramural Research Program (NIAID-NIH) et la Skin NTD research Group at KCCR

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Microbiome des plaies, génomique

Données initiales sur la gale et les poux de tête de l'essai BOHEMIA (AMM d'ivermectine pour le paludisme)

Auteurs : Furnival-Adams Joanna[1], Lopez Valeria[1], Houana Amelia[2], Machucha Antonio[2], Martinho Samuel[2], Mbanze Jenisse[2], Soares Arlindo[2], Imputiua Saimado[2], Xerinda Aida[2], Mundaca Hansel[1], Engelman Daniel[3,4], Chaccour Carlos[1, 5, 6]

Affiliations :

[1] Institut pour la santé mondiale de Barcelone (ISGlobal), Université de Barcelone (Espagne)
[2] Centro de Investigaçao em Saude de Manhiça (CISM), Maputo (Mozambique)
[3] Tropical Diseases, Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, VIC (Australie)
[4] Department of Paediatrics, University of Melbourne, Melbourne, VIC (Australie)
[5]Ifakara Health Institute, Ifakara (République-Unie de Tanzanie)
[6] Institut de médecine tropicale, Université de Navarre, Pampelune (Espagne)

Contexte

L'administration massive de médicaments (AMM) d'invermectine est actuellement considérée comme un outil de lutte contre les vecteurs du paludisme. Il existe un chevauchement important entre les populations à risque de paludisme et celles à risque d'autres parasites sensibles à l'ivermectine, y compris la gale et les poux de tête. Dans cette étude, nous avons formé des travailleurs non qualifiés au diagnostic de la gale, évalué l'exactitude de ces diagnostics et surveillé l'effet de l'AMM d'ivermectine destinée au paludisme sur la prévalence de la gale et des poux de tête à Mopeia, au Mozambique.

Objectifs

1. Évaluer la prévalence initiale de la gale et des poux de tête à Mopeia, au Mozambique, et

2. Évaluer la sensibilité et la spécificité du diagnostic de la gale réalisé par des personnes peu formées

Méthodes

La collecte de données a été intégrée dans un essai contrôlé randomisé en grappes comparant l'AMM d'albendazole à l'AMM d'ivermectine chez l'humain et à l'AMM d'ivermectine chez l'humain et le bétail pour la prévention du paludisme. Les travailleurs non qualifiés ont été formés par un dermatologue au diagnostic de la gale et des poux et ont dépisté les individus par l'examen de la peau exposée. Ils ont également interrogé les participants au sujet des antécédents de démangeaisons et de contact avec des personnes possiblement atteintes de gale/de démangeaisons. Dans un sous-échantillon de participants inscrits, nous avons évalué la prévalence initiale de la gale et des poux et suivi les participants à 1, 2, 3 et 6 mois.

Résultats

Nous avons démontré une sensibilité et une spécificité élevées du diagnostic de la gale par des travailleurs peu formés. La prévalence initiale de la gale et des poux de tête à Mopeia était de 9,83 % (8,35-11,49) et 9,40 % (7,94-11,04) respectivement. Les facteurs de risque de gale comprenaient le fait d'être de sexe masculin et d'avoir moins de 3 ans.

Remerciements

Ce travail a été soutenu par UNITAID.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ivermectine, administration massive de médicaments, gale, poux, paludisme

Suivi à très long terme des cicatrices cutanées de leishmaniose : impact des espèces, de la récidive et de la durée après rétablissement

Auteur : Jean-Pierre Gangneux

Affiliation :

Service de parasitologie et mycologie, Centre Hospitalier Universitaire de Rennes ; Université de Rennes, Irset (Institut de recherche en santé, environnement et travail) UMR_S 1085 Inserm, F-35000 Rennes, France.

La décision de traiter la leishmaniose cutanée (LC) est fondée sur la nécessité d'accélérer la guérison et de réduire les cicatrices, ainsi que sur le risque de dissémination ou de progression ultérieure. Les cicatrices atrophiques sont dues à une inflammation cutanée et résultent de lésions du collagène, d'atrophie cutanée, d'érythème et de fibrose. Les cicatrices de LC sont généralement considérées comme permanentes, mais elles peuvent être bien tolérées ou associées à des lésions persistantes et défigurantes.

L'objectif de ce travail était d'analyser l'évolution des cicatrices selon les espèces de *Leishmania*, la durée de l'évolution, l'observation de rechute ou d'échec du traitement. Tous les patients diagnostiqués et pris en charge pour une LC au centre hospitalo-universitaire de Rennes (France) au cours des 20 dernières années (de 2000 à 2020), ont été contactés, par téléphone ou par courrier. Les facteurs associés au résultat de la cicatrice (invisible, minime ou persistante/défigurante) ont été analysés à l'aide du test du chi carré (données qualitatives), ou de l'ANOVA bidirectionnelle, ou du test exact de Fischer (données quantitatives).

Le CHU de Rennes est situé dans une zone non endémique, et diverses espèces de différents continents ont été identifiées parmi 142 patients atteints de LC au cours de la période d'étude : *Leishmania guyanensis* (36 %), *L. major* (19 %), *L. braziliensis* (10 %), *L. infantum* (3 %), *L. tropica* (3 %), *L. mexicana* (3 %), *L. peruviana* (2 %) et *Leishmania naiffi* (1 %). Les patients ont été traités par Pentamidine IV/IM (3-4 mg/kg x3) en cas de LC du Nouveau monde ou par glucantime intralésionnel en cas de LC de l'Ancien monde (4x1mL par lésion). Nous avons pu contacter 89 patients 1 à 5 ans (26 %), 5 à 10 ans (30 %), 10 à 15 ans (22 %) et 15 à 20 ans (22 %) après leur guérison, pour des entretiens et pour recueillir des photos. Au total, 56/89 cas (64 %) ont guéri sans cicatrices persistantes après un premier traitement, et 36 % ont nécessité d'autres traitements en raison d'un échec précoce ou d'une rechute tardive. Vingt-trois % des lésions étaient localisées sur le visage, la moitié d'entre elles étant considérées comme des cicatrices persistantes/défigurantes. La proportion de cicatrices persistantes/défigurantes était statistiquement plus élevée en cas d'échec/rechute (72 % contre 25 %). *L. braziliensis*, *L. major*, *L. guyanensis* et *L. infantum* étaient associés à des cicatrices persistantes/défigurantes chez 75 %, 62 %, 36 % et 25 % des cas, respectivement par rapport aux autres (0 %) ($p = 0,002$) et à une défaillance/rechute chez 50 %, 47 %, 36 % et 25 %, respectivement, comparativement aux autres (0 %). Pour les cas dus à *L. infantum*, *L. tropica*, *L. peruviana*, *L. naiffi* et *L. mexicana*, 92 % des cicatrices étaient considérées comme invisibles ou minimes. En revanche, la durée de l'évolution n'a pas eu d'impact sur l'image finale qui reste stable au fil des ans.

On considère généralement que la LC induit des cicatrices persistantes avec un fardeau social et psychologique important. Cependant, la plupart des études sur l'évolution des cicatrices LC sont monocentriques et avec un suivi limité. Ici, nous montrons que pour 57 % des patients suivis jusqu'à 20 ans après la lésion initiale, les cicatrices sont invisibles ou avec une stigmatisation/un impact minimaux. Les facteurs pronostiques significatifs associés aux cicatrices persistantes ou défigurantes étaient les espèces (*L. guyanensis* et *L. braziliensis* et *L. major*) et la nécessité de traitements consécutifs en raison d'un échec.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, cicatrices, stigmatisation

La cryothérapie peut-elle être utilisée pour traiter les biofilms dans les plaies de leishmaniose cutanée ? Une étude pilote.

Auteurs : T. D. Jayasena Kaluarachchi[1], Renu Wickremasinghe[1], Shalindra Ranasinghe[1], Surangi Yasewardene[2], Andrew J McBain[3] and Manjula Weerasekera[4]

Affiliations :

[1]Service de parasitologie, Faculté des sciences médicales, Université de Sri Jayawardenapura, Gangodawila, Nugegoda (Sri Lanka), [2]Service d'anatomie, Faculté des sciences médicales, Université de Sri Jayawardenapura, Gangodawila, Nugegoda (Sri Lanka), [3]School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health, The University of Manchester, Manchester (Royaume-Uni), [4]Service de microbiologie, Faculté des sciences médicales, Université de Sri Jayawardenapura, Gangodawila, Nugegoda (Sri Lanka).

Dans une étude clinique menée sur des patients atteints de leishmaniose cutanée (LC) dans une zone endémique du Sri Lanka, il a été observé que 61,5 % des plaies portaient des biofilms bactériens. On considère que les biofilms retardent la cicatrisation des plaies et pourraient donc être à l'origine de cicatrices esthétiquement inacceptables et d'une mauvaise qualité de vie. La cryothérapie à l'azote liquide est couramment utilisée pour traiter les plaies de LC avec une efficacité de 27 % à 95 % en raison de son action ablative. Une étude roumaine récente a rapporté que la cryothérapie par pulvérisation a une efficacité de 70,6 % pour l'élimination des biofilms dans la rhinosinusite chronique. Nous avons ainsi émis l'hypothèse que la cryothérapie aurait un bénéfice thérapeutique dans le traitement des plaies infectées par la LC.

Cette étude a été menée dans le prolongement de l'enquête locale sur le microbiome et les biofilms des plaies de LC. Vingt-cinq patients atteints de LC ont été recrutés à la clinique de dermatologie de Tangalle, au Sri Lanka. La confirmation de LC a été effectuée par une réaction en chaîne par polymérase spécifique du genre *Leishmania* et la technique d'hybridation in situ en fluorescence. Il s'agissait de patients non-diabétiques (confirmés par le test HbA1C), qui n'étaient pas traités par des antibiotiques. Le groupe a été suivi jusqu'à la guérison complète (confirmée par un dermatologue consultant). L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel R (version 4.2.1) et le test t à deux échantillons a été utilisé pour tester les associations significatives.

Les tests retrouvaient un biofilm pour 15 parmi 25 plaies de LC. Le temps de guérison moyen des plaies biofilm-positif était de 34,7 semaines et pour les plaies biofilm-négatif (n = 10), il était de 45,7 semaines. Quatorze patients ont été traités par cryothérapie à l'azote liquide et un par administration intralésionnelle de stibogluconate de sodium (SGS), qui est un antimonial pentavalent agissant contre le stade amastigote du parasite. Le temps moyen de cicatrisation des plaies LC traitées par cryothérapie était de 36,4 semaines. Celui qui a été traité avec SGS a guéri en 12 semaines. Aucun résultat statistiquement significatif n'a été observé entre les modalités de traitement, peut-être en raison de la distribution asymétrique du mode de traitement et de la petite taille de l'échantillon. Le processus de cicatrisation des plaies de LC est susceptible d'être multifactoriel et l'effet des biofilms bactériens sur la cicatrisation des plaies de LC n'a pas encore été pleinement étudié. Ainsi, nous encourageons plus de recherches concernant cet aspect.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la subvention de recherche de l'Université de Sri Jayawardenapura (ASP/01/RE/Med/2019/40) pour l'aide financière apportée à cette étude

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées, leishmaniose cutanée, biofilm, cicatrisation, prise en charge, cryothérapie

Etude de l'effet de SRM-1 associé au traitement OMS sur la cicatrisation versus traitement standard OMS seul dans le traitement de l'ulcère de Buruli

Authors: Didier Koffi, Paul Koffi, Evans Ehouman, Saint-Pierre Kouadio, Mamadou Kaloga

Affiliations :

Programme National de Lutte contre l'ulcère de Buruli, Côte d'Ivoire, IYF

Introduction

L'ulcère de Buruli est une maladie infectieuse de la peau qui sévit dans les zones tropicales humides du globe, causée par *Mycobacterium Ulcerans*. Elle touche principalement les populations démunies des zones rurales. Ses cibles privilégiées sont les enfants de moins de 15 ans (50 %) victime d'une malnutrition chronique dont le taux est estimé à 30 % en Côte d'Ivoire. Cette malnutrition dégrade d'avantage l'état nutritionnel des sujets souffrant d'ulcération. Elle constitue un double fardeau pour ces malades.

Méthode

Il s'agissait d'une étude prospective interventionnelle randomisée en paire de simple aveugle de 12 mois dans les districts sanitaires les plus endémiques en Côte d'Ivoire qu'étaient de Oumé, Sinfra et de Tiassalé. L'étude interventionnelle avait 2 bras : le Protocole standard combinant soins locaux associés à la rifampicine et à la clarithromycine qui sont le traitement témoin, versus le traitement test qui a consisté à associer le SRM1 au protocole standard de l'ulcère de Buruli. Etaient inclus dans l'étude tout malade d'ulcère de Buruli présentant une ulcération de catégorie I et II non compliqué et sans comorbidité. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'évolution clinique des patients de l'ulcère de Buruli traité avec la SRM-1 en plus du protocole OMS par rapport à ceux recevant uniquement le protocole OMS et d'apprécier l'état nutritionnel des patients sous traitement.

Résultats

Soixante-quatre patients ont été recrutés dans l'étude : 31 témoins et 33 dans le groupe test avec une moyenne d'âge comprise entre 6 et 18 ans. Le taux d'hémoglobine s'est amélioré en moyenne de 9,9 g / dL à 12 g / dL pour les témoins et de 10,1 g / dL à 14 g / dL pour le groupe test. Le taux de confirmation PCR de l'ulcère de Buruli était de 80%. Les patients témoins ont complètement cicatrisé en 137 jours avec une vitesse de fermeture de 19 mm^2 par jour et le groupe test en 98 jours pour une vitesse de fermeture de 23,59 mm^2 par jour. Sur l'état nutritionnel, il n'existait pas de différence statistique significative entre les 2 groupes de patients à la fin du traitement.

Conclusion

Cette étude de l'efficacité de la SRM1 associé au protocole de l'OMS versus le protocole OMS a eu le mérite d'améliorer le traitement de nombreux malades de l'ulcère de Buruli en raccourcissant le délai de cicatrisation des ulcérations. Il faudrait cependant un échantillon plus grand pour consolider les acquis liés à ce traitement.

Acknowledgments

International Youth Fellowship, Tiassalé Health district, Oumé health district and Sinfra health district

Prise en charge intégrée des plaies chroniques graves, y compris les MTN cutanées ulcéreuses dans le district sanitaire de Tiassalé (Côte d'Ivoire) : une série de cas

Auteurs : Didier Koffi[1,2,3], Valentin Koné[2], Raymond N'krumah[4], Simone Toppino[5], Ismael Coulibaly[2,6], Louisa Warryn[7,8], Gerd Pluschke[7,8], Marija Stojkovic[5], Bassirou Bonfoh[2], Thomas Junghanss[5]

Affiliations :

[1]Unité de formation et de recherche en biosciences, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[2]Centre suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire
[3]Programme national de lutte contre l'Ulcère de Buruli (Côte d'Ivoire)
[4]Unité de formation et de recherche des Sciences biologiques, Université Péléforo Gon Coulibaly, Korhogo (Côte d'Ivoire)
[5]Service des maladies infectieuses et de médecine tropicale, Département des maladies infectieuses, Hôpital universitaire de Heidelberg, Heidelberg (Allemagne)
[6]Unité de formation et de recherche des Sciences biologiques, Université Péléforo Gon Coulibaly, Korhogo (Côte d'Ivoire)
[7]Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle (Suisse)
[8]Université de Bâle, Bâle (Suisse)

Les plaies chroniques, y compris les MTN cutanées ulcéreuses de la peau, sont un problème négligé dans les pays d'Afrique subsaharienne, ce qui cause une souffrance de longue date et des coûts directs et indirects excessifs. L'objectif de l'étude était de décrire les patients atteints de plaies chroniques traités à l'unité de prise en charge des plaies (UPP) développée au cours des 4 dernières années à l'hôpital de district de Taabo dans le cadre de l'étude prospective en cours sur la prise en charge communautaire des plaies à trois niveaux (communauté, centre de santé, hôpital de district où se trouve l'UPP).

Le diagnostic et la prise en charge clinique de neuf patients représentatifs atteints de plaies chroniques sévères sélectionnés dans la population de l'étude communautaire sur la prise en charge des plaies dans le Système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo sont décrits. Les plaies ont été prises en charge selon les procédures standard de l'OMS. L'infrastructure de l'UPP, y compris les normes d'hygiène élevées, les greffes de peau, la nutrition, la physiothérapie et le soutien psychosocial a été développée pour répondre aux demandes. Le personnel infirmier a été formé à la prise en charge des plaies (cours de base et de recyclage répétés et formation continue sur place), supervisé par le directeur général du projet, membre du programme national de lutte contre les MTN à manifestation cutanée. Les problèmes sont discutés lors de réunions hebdomadaires sur zoom entre l'équipe clinique et psychosociale de Taabo WMU, l'équipe clinique de l'hôpital universitaire de Heidelberg et – à des fins de diagnostic de l'UB – l'équipe de laboratoire sur l'UB de l'Institut tropical et de santé publique suisse.

Les plaies présentées comprennent quatre ulcères de Buruli (f, 7 ans ; m, 13 ans ; m, 13 ans ; m, 16 ans), deux morsures de serpent (Cobra) (m, 52 ans ; m 65 ans), une plaie traumatique (f, 20 ans), un ulcère du pied diabétique (m, 65 ans) et les complications chroniques d'un érysipèle (f, 25 ans). Toutes les plaies présentaient des tissus de granulation sains 11 semaines après le début du traitement consistant en un nettoyage, un débridement du tissu nécrotique, une maîtrise de l'infection bactérienne secondaire de la plaie – un problème très courant lors de la présentation des patients – et un traitement spécifique (UB) et se sont refermées dans les 23 semaines ; cinq greffes de peau requises. Chez les patients présentant des plaies impliquant des articulations, une mobilité totale a été atteinte.

Les plaies chroniques graves présentées démontrent qu'avec une infrastructure élémentaire en place pour la prise en charge des plaies, le respect des recommandations de l'OMS et la formation du personnel, un taux de réussite élevé peut être atteint. Le soutien psychosocial améliore l'accès et l'observance du traitement. La physiothérapie est indispensable à la récupération fonctionnelle.

Remerciements

Nous remercions le personnel du centre de santé d'Ahondo et de l'hôpital de district de Taabo, ainsi que tous les patients qui ont participé à cette étude. Nous remercions Louisa Warryn et Gerd Pluschke pour leur soutien au diagnostic de l'UB, le personnel médical du Programme national de lutte contre les ulcères de Buruli de Côte d'Ivoire et les recenseurs du système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo.

Nous sommes très reconnaissants au Centre suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan (Côte d'Ivoire), Taabo Health and Demographic Surveillance System, Taabo (Côte d'Ivoire), et DELTAS Africa Initiative (Afrique One-ASPIRE/DEL-15-008), Abidjan (Côte d'Ivoire), et Swiss TPH, Bâle (Suisse) pour le soutien infrastructurel du projet. Nous remercions également le Ministère de la santé de Côte d'Ivoire pour son soutien tout au long de l'étude.

Nous avons reçu un financement pour ce travail d'Else-Kröner-Fresenius Stiftung, numéro de subvention « 2017_HA19 ».

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Plaies chroniques, prise en charge intégrée des plaies, MTN à manifestation cutanée, ulcère de Buruli, pian, filariose lymphatique, maladies cutanées courantes.

Vers l'éradication du pian dans le district sanitaire de Tiassale : cas des villages de Bocabo et Boussoukankro

Auteurs : Kouadio Aboh Hugues[1], Adingra Tano[2], Becca Louise Handley[3],Camila González-Beiras[3], Touré Loua[4], Koffi Yao Didier[5], Koffi Aboua[5], Aboubacar Sylla[2], Mireille S Kouamé-Sina[2], Kakou Ngazoua Solange[2], Michael Marks[3]

Affiliations :

[1]Programme National d'Elimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine
[2]Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
[3]London School of Hygiene and Tropical Medicine
[4]District Sanitaire de Tiassalé
[5]Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli

Le Pian, tréponématose endémique la plus courante due à *Treponema pallidum* sous-espèce *pertenue*, est une maladie infectieuse de l'enfance qui affecte la peau, les os et les cartilages et dont le réservoir est humain. Une dose unique par voie orale d'azithromycine, permet de guérir le Pian. En l'absence de traitement, l'infection peut conduire à des déformations ou à des mutilations et à une invalidité chronique. La Côte d'Ivoire fait partie des pays qui signalent l'incidence la plus élevée de cas de pian en Afrique subsaharienne et est une priorité pour la campagne d'éradication de l'OMS.

Cette étude transversale à visée descriptive a été réalisée du 6 mai au 27 juin 2021 et avait pour objectif de présenter la situation du Pian et de réaliser une campagne de traitement de masse dans les localités de Bocabo et Boussoukankro dans le district sanitaire de Tiassalé.

Après avoir recensé l'ensemble des enfants de 0 à 15 des 2 villages, nous avons réalisé des campagnes de dépistage sérologique puis par la suite réalisé une campagne de traitement de masse.

La population d'étude était constituée de 178 enfants de 0 à 15 ans.132 soit 74,15 % présentaient les lésions suspectes de Pian. 9 soit 6,8 %, dont 8 de sexe masculin et 1 de sexe féminin étaient atteints du Pian. Dans 77,77 % des cas il s'agissait d'une ulcération. La moyenne d'âge était de 9 ans. Une dose d'azithromycine a pu être administrée à l'ensemble de la population d'étude.

Le Pian est une réalité dans le district sanitaire de Tiassalé et son éradication y est en marche.

Remerciements

Remerciements à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire et à London School of Hygiene and Tropical Medicine à travers le projet LAMP4YAWS financé par EDCTP.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Pian, eradication, Côte d'Ivoire

Vue d'ensemble de l'étude sur l'efficacité des médicaments contre la leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA) : revue systématique des études cliniques et observationnelles afin d'évaluer la faisabilité de la constitution d'une plateforme de données individuelles au niveau des participants (DIP)

Auteurs : Sauman Singh-Phulgenda[1,2,§], Rishikesh Kumar[3,§], Caitlin Naylor[1,2], Abdalla Munir[4], Sumayyah Rashan[1,2], Prabin Dahal[1,2], Niyamat Ali Siddiqui[3], Eli Harriss[5], Manju Rahi[6], Fabiana Alves[7], Kasia Stepniewska[1,2], Ahmed Musa[4], Phillipe J Guerin[1,2], Krishna Pandey[3]
§Premiers auteurs conjoints

Affiliations :

[1] Infectious Diseases Data Observatory, Oxford (Royaume-Uni)
[2] Centre for tropical medicine and global health, Nuffield Department of Medicine, University of Oxford, Oxford (Royaume-Uni)
[3] ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences (RMRIMS), Patna (Inde)
[4] Department of clinical pathology and Immunology, Institute of endemic diseases, University of Khartoum
[5] The Knowledge Centre, Bodleian Health Care Libraries, University of Oxford, Oxford, United Kingdom
[6] Indian Council of Medical Research (ICMR), New Delhi (Inde)
[7] Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées, Genève (Suisse)

La leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA) est une dermatose qui peut survenir après un traitement conventionnel contre une leishmaniose viscérale (LV) et se caractérise par des éruptions cutanées maculaires, papuleuses, nodulaires, érythémateuses ou polymorphes. Sa pathogenèse est inconnue, mais il existe des données probantes cumulées qu'elle se produit par médiation immunologique. La LDPKA est un problème de santé publique dans les zones d'endémie de la LV, car des études récentes d'infectivité montrent que les parasites *L. donovani* peuvent être trouvés dans les lésions LDPKA et sont une source d'infection par les phlébotomes vecteurs. Il existe de nombreuses limites dans notre connaissance de la LDPKA, y compris sa pathologie, son immunologie et ses facteurs de risque. Les traitements actuellement recommandés sont soit coûteux (AmBisome), soulèvent des problèmes d'innocuité (antimoniaux), ou sont de longue durée (miltéfosine). Nous avons mené une revue systématique pour évaluer les caractéristiques des études cliniques sur la LDPKA, comprendre la portée des données et explorer la faisabilité et la valeur du développement d'une plateforme de données individuelles des patients (DIP) sur la LDPKA.

Une revue de la littérature publiée a été menée pour identifier les études cliniques LDPKA en consultant les bases de données suivantes : PubMed, Scopus, Ovid Embase, Web of Science Core Collection, WHO Global Index Medicus, PASCAL, Clinicaltrials.gov, Ovid Global Health, Cochrane Database et CENTRAL ainsi que la Plateforme internationale de registre d'essais cliniques de l'OMS. Seules les études prospectives chez l'humain avec des mesures de diagnostic, de traitement et de suivi de la LDPKA entre 1973 et octobre 2021 ont été incluses. Les données ont été extraites dans REDCap en capturant des variables sur les caractéristiques des patients, les schémas thérapeutiques, les méthodes de diagnostic, les localisations géographiques, les critères d'efficacité, les événements indésirables et la méthodologie statistique.

Les recherches de la littérature ont permis de relever 3217 références, dont 943 articles uniques qui ont été examinés indépendamment par deux examinateurs. Au total, 54 études (16 essais cliniques et 38 études observationnelles prospectives) remplissaient les critères d'inclusion et ont été analysées. Les études ont été menées dans quatre pays : Inde (63 % ; 1983-2021), Bangladesh (11 % ; 1991-2019), Népal (4 % ; 2001-2007) et Soudan (22 % ; 1992-2021). Un total de 2462 patients a été recruté. Sur les 16 essais cliniques, 12 ont été menés en Inde (1987-2021), 3 au Soudan (1993-2021) et 1 au Bangladesh (2018) avec un total de 21 groupes évaluant 8 médicaments différents ou combinaisons différentes impliquant 891 patients. Une hétérogénéité importante de la posologie et de la durée a été observée dans les différents schémas thérapeutiques. Les formulations d'antimoine et de miltéfosine sont testées chacune dans 33 % (7/21) des groupes de traitement, suivies des formulations d'amphotéricine B dans 14 % (3/21) des groupes. La paromomycine seule et en association avec la miltéfosine a été testée dans 4,8 % (1/21) des groupes chacune.

Cette revue fournit un panorama des traitements précédemment et actuellement évalués pour la LDPKA. Seulement un tiers des études publiées (et 36 % des patients) provenaient d'essais cliniques tandis que les autres études étaient observationnelles. Bien que le nombre d'études soit relativement restreint, il existe une grande variabilité dans les schémas thérapeutiques évalués. L'assemblage des DIP à partir d'études identifiées peut fournir des détails précis sur les résultats d'efficacité et d'innocuité et constituerait une ressource unique pour répondre à des questions d'importance pour la santé publique qui, autrement, ne pourraient pas être abordées à l'aide d'essais autonomes et de résultats publiés agrégés. Cette approche collaborative devrait aider à générer des données probantes plus solides qui seront examinées par les décideurs.

Remerciements

La revue de la littérature a été financée par une subvention de ressources biomédicales de Wellcome pour l'Infectious Diseases Data Observatory (bénéficiaire : PJG ; réf : 208378/Z/17/Z). Les organismes de financement n'ont joué aucun rôle dans la conception et l'analyse de la recherche ou dans la décision de publier le travail.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Mots-clés : leishmaniose dermique post-kala-azar, LDPKA, revue systématique, efficacité, DIP

Protocole d'étude de cohorte pour évaluer les résultats thérapeutiques des formes cutanées, muqueuses et diffuses de leishmaniose en Éthiopie

Auteurs : Saba M Lambert[1,3], Shimelis N. Doni[1], Fewzia Shikur[1], Amel Mohammed[1], Feleke Tilahun[4], Endalamaw Gadissa[2] Michael Marks[1], Steve Walker[1]

Affiliations :

[1] Hôpital du Centre ALERT, Addis-Abeba (Éthiopie)
[2] Institut de recherche Armauer Hansen, Addis-Abeba (Éthiopie)
3 London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres (Royaume-Uni)
4. Hôpital Boru Meda, Sud Wollo (Éthiopie)

La leishmaniose cutanée (LC) est un problème de santé publique croissant en Éthiopie, et on estime qu'il y a 40 000 nouveaux cas chaque année. *L. aethiopica* est associé à trois formes cliniques distinctes de LC : LC localisée (LCL), LC cutanéo-muqueuse (LCM) et LC diffuse (LCD). Le Ministère fédéral de la santé en Éthiopie a identifié un besoin urgent d'évaluer les traitements de la LC.

Une revue Cochrane a démontré qu'il existe une hétérogénéité significative des critères de jugement rapportés dans les essais sur la LC. Il est donc difficile d'interpréter et de comparer les résultats des études thérapeutiques. Un groupe international d'experts est parvenu à un consensus sur des méthodologies de recherche clinique « harmonisées » pour la LCL. Ce document comprenait des mesures de résultats pour les essais cliniques, mais n'incluait aucune mesure des résultats rapportés par les patients ni de méthode d'évaluation des cicatrices, qui sont tous deux essentiels pour une évaluation holistique des résultats concernant la LC.

Nous menons une étude de cohorte prospective multicentrique portant sur des adultes et des enfants atteints de LCL, de LCM et de LCD confirmées recevant un traitement (la norme de soins) à l'hôpital ALERT, à Addis-Abeba et à l'hôpital Boru Meda, Sud Wollo. Les objectifs de l'étude comprennent la collecte de données prospectives solides sur les résultats cliniques, les mesures des résultats rapportés par les patients et les résultats parasitologiques des individus. Le phénotype clinique de la LC, les symptômes, la durée, le nombre, le type, la taille, la morphologie et la localisation des lésions sont recueillis. Les dimensions des lésions sont mesurées. Les versions amharique de l'enquête abrégée en 36 points (SF-36), de l'indice de qualité de vie en dermatologie (DLQI), du questionnaire sur l'impact de la leishmaniose cutanée (CLIQ) et de l'EQ-5D-5L (EuroQol abrégé 5 dimensions, 5 niveaux) sont terminées. Un outil d'évaluation des cicatrices, le POSAS V2 (échelle d'évaluation des cicatrices par le patient et l'observateur) a été traduit et validé pour évaluer les cicatrices à partir du 42e jour.

Les sujets sont inscrits pour un total de 360 jours. Les évaluations sont effectuées aux jours 14, 28, 42, 90 et 180 après le début du traitement. Les principaux critères de jugement cliniques de l'étendue de la guérison seront évalués aux jours 42, 90 et 180, ainsi que l'évolution de la qualité de vie liée à la santé. Les effets indésirables du traitement ressentis par les participants sont enregistrés.

Nous avons recruté 273 participants à ce jour et avons également mené des études de validation des résultats cliniques liés aux patients traduits (à l'exception du DLQI) et une évaluation de la fiabilité inter-observateurs de l'examen clinique et de la classification diagnostique.

Une régression logistique univariée pour examiner les variables cliniques et démographiques associées à la résolution de la LC aux jours 42, 90 et 180 sera évaluée.

Les résultats aideront à tester les hypothèses et constitueront la base de futures études.

Remerciements

Nous tenons à remercier les individus et les communautés pour leur participation aux travaux du programme de recherche Skin Health Africa.

Le programme de recherche Skin Health Africa est financé par le programme de recherche et d'innovation pour la transformation de la santé mondiale (RIGHT) [numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/

L'organisme de financement n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, résultats cliniques, résultats cliniques liés au patient (PROMS), évaluation des cicatrices

Applications en situation réelle d'une crème à base d'aminosides pour une guérison indolore de la leishmaniose cutanée

Auteurs : Cléa Melenotte*[1], Oussama Mouri*[2], Romain Guéry*[3], Camille Cotteret[4], Salvatore Cisternino[5], Janet Ransom[6], Olivier Lortholary[7], Max Grogl[8,9], Pierre Buffet*[10]

Affiliations :

[1]Hôpital Necker Enfants Malades, Services de maladies infectieuses et tropicales, Assistance-Publique des Hôpitaux de Paris (France).
[2]AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de parasitologie, F-75013, Paris (France).
[3]Département de médecine interne et des maladies infectieuses, Hôpital du Confluent, Nantes (France).
[4]Pharmacie, Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades Assistance-Publique des Hôpitaux de Paris (France).
[5]Université de Paris, Hôpital universitaire Necker-Enfants Malades, Département de pharmacie, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris, France ; Université de Paris, INSERM, UMRS-1144, Faculté de Pharmacie, Optimisation Thérapeutique en Neuropsychopharmacologie, F-75006 Paris (France).
[6]Fast-Track Drugs and Biologics, North Potomac, Maryland (États-Unis)
[7]Université de Paris, Centre Necker-Pasteur d'infectiologie et de médecine tropicale, Hôpital Necker-Enfants Malades, AP-HP, IHU Imagine, Paris (France).
[8]Unité des maladies infectieuses, Hôpital universitaire « 12 de Octubre », Institut de recherche en santé, Hospital « 12 de Octubre » (imas12). CIBERINFEC, ISCIII. Département de médecine, Université Complutense, Madrid (Espagne).
[9]US Naval Medical Research Unit N° 6, à Lima (Pérou).
[10]Centre médical de l'Institut Pasteur, Institut Pasteur, Paris (France).
* A contribué à parts égales à ce travail

Contexte

La leishmaniose cutanée (LC) se présente généralement sous forme de lésions chroniques infiltrées sur les parties exposées du corps. Le traitement local minimise les effets secondaires et, lorsqu'il est effectué avec une crème (plutôt qu'avec des injections), simplifie considérablement les soins médicaux. Dans les foyers endémiques, l'utilisation d'une crème aquaphile contenant de la paromomycine avec/sans gentamicine pour traiter la LC est efficace et sûre. Nous avons évalué l'efficacité et l'innocuité des auto-applications de crèmes à base d'aminosides chez les voyageurs non immunisés.

Méthodes

De 2012 à 2017, les voyageurs présentant de 1 à 10 lésions de LC confirmée ont été traités prospectivement avec la formulation paromomycine-gentamicine utilisée dans des essais de phase 2 et de phase 3 (WR279396). De 2018 à 2022, les patients ont été traités avec une crème produite localement contenant uniquement de la paromomycine, appliquée une fois sous surveillance, puis auto-appliquée quotidiennement pendant 20 à 30 jours. La guérison a été définie comme une réépithélialisation à 100 % au jour 42 sans rechute à 3 mois.

Résultats

Quarante voyageurs avec un nombre médian de 2 lésions ont été inclus, dont 82 % étaient des hommes, 17 % des enfants. Les patients ont été infectés par *Leishmania major, L. infantum, L. killicki, L. guyanensis et L. braziliensis*, ou *L. naiffi.* Aucune atteinte muqueuse n'a été observée à l'admission ou pendant le suivi. Les taux de guérison en intention de traiter et per protocole étaient de 75 % (30/40) et 81 % (30/37), respectivement. Il y avait une tendance vers de meilleurs résultats thérapeutiques contre la LC de l'Ancien Monde que contre la LC du Nouveau Monde (83,3 % v. 60 %, p = 0,14). La cinétique de progression de la lésion évaluée chez 17 patients a montré qu'une guérison clinique complète a été

observée entre le jour 42 et le jour 100, soit 2 à 11 semaines après la dernière application de la crème. Des effets indésirables ont été observés chez 25 % des patients, très principalement un prurit et/ou une douleur au niveau des lésions, toujours légère ou modérée.

Discussion

Dans cette population représentative de voyageurs qui ont contracté la LC de l'Ancien ou du Nouveau Monde, le taux de guérison de 81 % en per protocole par une crème aminoside auto-appliquée était similaire à celui observé dans les essais cliniques précédents. L'indisponibilité d'une formulation industrielle standardisée a conduit à l'utilisation ultérieure d'une crème produite localement, dont l'efficacité était suffisamment élevée pour contourner le traitement général chez 75 % des patients traités. Une formulation standardisée et largement disponible est nécessaire.

Remerciements

La partie du groupe 1 de cette étude a été financée par la U.S. Army Medical Materiel Development Agency, la U.S. Army Medical Research and Materiel Command qui a également fourni le produit expérimental pour l'étude. Les enquêteurs ont adhéré aux politiques de protection des sujets humains prescrites par le règlement de l'armée 70-25. Les opinions ou affirmations contenues dans ce document sont les opinions privées des auteurs et ne doivent pas être interprétées comme des opinions officielles ou comme reflétant de véritables opinions du Département de l'armée ou du Département de la défense.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, crème de paromomycine, traitement topique

Le traitement de la Leishmaniose cutanée : pourquoi, qui et comment traiter?

Auteurs : Cléa Melenotte[1,] Pierre Buffet [1,2]

Affiliations :

[1]Hôpital Necker Enfants-Malades, APHP, Paris, France.
[2]Centre Médical, Institut Pasteur, Paris, France.
[3]Faculté de Médecine, Université Paris-Cité, Paris, France.

La Leishmaniose cutanée (LC), est endémique dans 98 pays ou territoires avec plus de 350 millions de personnes à risque. Sa présentation clinique, subaiguë ou chronique, se caractérise par des lésions cutanées infiltrées, avec ou sans atteinte muqueuse, grandes ou petites, chroniques ou transitoires, sur le visage ou/et en regard de zones couvertes. Les options thérapeutiques incluent la surveillance simple, l'application de pommades, la thérapie locale par le froid, les injections intra-lésionnelles et les traitements systémiques par voie orale ou par voie intraveineuse. Le traitement local est désormais largement recommandé mais il ne fait pas l'unanimité parmi les experts. Alors qu'aucune option thérapeutique hautement efficace, sûre et largement accessible n'est disponible à ce jour, le choix du meilleur traitement peut s'avérer difficile. C'est ainsi que les cliniciens sont confrontés aux interrogations suivantes : pourquoi, qui, et comment traiter une LC ?

Chez les patients atteints de LC, les principales complications rapportées, graves ou mettant en danger le pronostic vital sont liées à l'administration de médicaments systémiques. Et l'utilisation du traitement local est restée longtemps controversée pour la LC du Nouveau Monde en raison du risque de développer ultérieurement des lésions muqueuses (LM), en particulier chez les patients infectés en Bolivie par *L. braziliensis*, ou en Europe par *L. infantum*. Or récemment, le Comité d'experts de l'OMS sur la leishmaniose et les recommandations américaines du PAHO ont ouvert plus largement les indications aux thérapies locales (LT), considérant que les preuves arguant un risque élevé de leishmaniose muqueuse (ML) étaient faibles, et variables selon la zone géographique de contamination. Nous proposons une revue de la littérature portant sur les traitements de la LC en zones endémiques et chez les voyageurs afin d'analyser le rapport bénéfice/risque, l'efficacité, l'applicabilité et le coût des traitements disponibles, incluant les traitements topiques tels que les crèmes à base d'aminoglycosides. En effet, celles -ci ont été étudiées dans des essais randomisés de phase II et III. Nous discuterons alors les moyens disponibles pour faire face à l'absence de produit topique industriel standardisé et largement accessible dans le monde.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, traitement local, traitement topique

Fardeau et épidémiologie clinique des plaies, y compris les MTN cutanées ulcéreuses en Côte d'Ivoire

Auteurs : Raymond T. A. S. N'Krumah[1,2], Simone Toppino[3], Bognan Valentin Kone[2], Didier Yao Koffi[2,4,5], Ismael Dognimin Coulibaly[1,2], Frank Tobian[3], Gerd Pluschke[6,7], Marija Stojkovic[3], Bassirou Bonfoh[2], Thomas Junghanss[3]

Affiliations :

[1]Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo, Korhogo (Côte d'Ivoire)
[2]Centre suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[3]Division des maladies infectieuses et de médecine tropicale, Hôpital universitaire de Heidelberg, Heidelberg (Allemagne)
[4]Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[5]Programme national de Lutte contre l'Ulcère de Buruli, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[6]Unité d'immunologie moléculaire, Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle (Suisse)
[7]Université de Bâle, Bâle (Suisse)

Les données relatives au fardeau et à l'épidémiologie clinique des plaies cutanées en Afrique subsaharienne rurale sont rares. L'ampleur du problème, y compris la progression évitable vers des plaies chroniques, l'invalidité et les complications systémiques, est largement ignorée.

Nous avons mené une étude transversale combinant une détection active (enquête auprès des ménages) et passive (enquête reposant sur les services de santé) des cas, pour déterminer le fardeau et l'épidémiologie clinique des plaies au sein du Système de surveillance sanitaire et démographique Taabo (HDSS) à l'échelle de la Côte d'Ivoire rurale. Les patients chez qui des plaies étaient identifiées ont reçu des soins gratuits et ont été invités à participer à l'étude de prise en charge des plaies menée simultanément dans la zone de l'enquête. Les données ont été analysées pour la prévalence des plaies, stratifiées par plaie et par caractéristiques des patients.

3842 personnes inscrites au HDSS ont été interrogées. La prévalence globale des plaies dérivée de la détection combinée des cas actifs et passifs était de 13,0 %. 74,1 % (403/544) des patients avaient moins de 15 ans. Les étiologies les plus fréquentes étaient les traumatismes mécaniques (85,3 %), les furoncles (5,1 %), les brûlures (2,9 %) et l'ulcère de Buruli (2,2 %). La plupart des plaies étaient aiguës et mesuraient moins de 5 cm2. 22,0 % (176/799) des plaies présentaient des signes d'infection bactérienne secondaire. 35,5 % (22/62) des plaies chroniques étaient restées entièrement négligées pendant des années. La prévalence de l'ulcère de Buruli était de 2,3 pour 1000 individus et était considérablement plus élevée que prévu par rapport à une incidence annuelle de 0,01 pour 1000 individus signalée par l'OMS pour la Côte d'Ivoire au moment de l'étude.

Les plaies cutanées sont très répandues en Côte d'Ivoire, où elles représentent un problème largement négligé. L'enquête basée sur le HDSS, en utilisant la détection combinée de cas actifs et passifs au cours de l'étude, fournit une meilleure estimation que les enquêtes en milieu scolaire et dans les établissements de santé qui sous-estiment la fréquence des plaies cutanées et, en particulier, des maladies tropicales négligées de la peau, telles que l'ulcère de Buruli et le pian. Une comparaison avec les données de l'OMS spécifiques à chaque pays suggère une sous-déclaration des cas d'ulcère de Buruli.

Disponible en anglais sur PLOS NTD : https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010608

Remerciements

Nous remercions le personnel du centre de santé d'Ahondo et de l'hôpital de district de Taabo, ainsi que tous les patients qui ont participé à cette étude. Nous remercions Louisa Warryn et Gerd Pluschke pour leur soutien au diagnostic de l'UB, le personnel médical du Programme national de lutte contre les ulcères de Buruli de Côte d'Ivoire et les recenseurs du système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo.

Nous sommes très reconnaissants au Centre suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan (Côte d'Ivoire), Taabo Health and Demographic Surveillance System, Taabo (Côte d'Ivoire), et DELTAS Africa Initiative (Afrique One-ASPIRE/DEL-15-008), Abidjan (Côte d'Ivoire), et Swiss TPH, Bâle (Suisse) pour le soutien infrastructurel du projet. Nous remercions également le Ministère de la santé de Côte d'Ivoire pour son soutien tout au long de l'étude.

Nous avons reçu un financement pour ce travail de la Else-Kröner-Fresenius Stiftung, numéro de subvention « 2017_HA19 ».

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Plaies chroniques, prise en charge intégrée des plaies, MTN à manifestation cutanée, ulcère de Buruli, pian, filariose lymphatique, maladies cutanées courantes.

Étude ouverte randomisée pour évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'amphotéricine B liposomale (AmBisome) par rapport à la miltéfosine chez les patients atteints de leishmaniose dermique post-kala-azar

Auteurs : Krishna Pandey[1], Biplab Pal[2], Niyamat Ali Siddiqui[3], Chandra Shekhar Lal[4], Vahab Ali[5], Sanjiva Bimal[6], Ashish Kumar[7], Neena Verma[8], Vidya Nand Rabi Das[1], Shubhankar Kumar Singh[5], Roshan Kamal Topno[9], Pradeep Das[7]

Affiliations :

[1] Department of Clinical Medicine, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).
[2] Department of Pharmacology, Lovely Professional University, Phagwara, Punjab.
[3] Department of Biostatistics, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).
[4] Department of Biochemistry, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).
[5] Department of Microbiology, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).
[6] Department of Immunology, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).
[7] Department of Molecular Biology, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).
[8] Department of Pathology, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).
[9] Department of Epidemiology, ICMR-Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Patna, Bihar (Inde).

Le traitement des cas de leishmaniose dermique post-kala-azar est d'une importance primordiale pour l'élimination du kala-azar ; cependant, les options thérapeutiques disponibles sont limitées pour le moment. L'objectif était de comparer l'efficacité de l'amphotéricine B liposomale par rapport à la miltéfosine chez les patients atteints de leishmaniose dermique post-kala-azar. Il s'agissait d'une étude randomisée, ouverte et en groupes parallèles. Au total, 100 patients atteints de leishmaniose dermiques post-kala-azar, âgés de 5 à 65 ans, ont été recrutés, 50 patients dans chaque groupe A (amphotéricine B liposomale) et B (miltéfosine). Les patients ont été randomisés pour recevoir soit de l'amphotéricine B liposomale (30 mg/kg), six doses chacun de 5 mg/kg, toutes les deux semaines pendant 3 semaines ou de la miltéfosine 2,5 mg/kg ou 100 mg/jour pendant 12 semaines. Tous les patients ont été suivis aux 3^{e}, 6^{e} et 12^{e} mois après la fin du traitement. Dans le groupe amphotéricine B liposomale, deux patients ont été perdus de vue, tandis que quatre patients ont été perdus de vue dans le groupe miltéfosine. Le taux de guérison initial par « analyse selon intention de traiter » était de 98 % et 100 % dans le groupe amphotéricine B liposomale et miltéfosine, respectivement. Le taux de guérison final par « analyse en per protocole » était de 74,5 % et 86,9 % dans l'amphotéricine B liposomale et la miltéfosine, respectivement. Douze patients (25,5 %) dans le groupe amphotéricine B liposomale et six patients (13 %) dans le groupe miltéfosine ont rechuté. Aucun des patients des deux groupes n'a développé d'événements indésirables graves. La réaction en chaîne par polymérase quantitative n'a pas été réalisée lors de toutes les visites de contrôle et pour toutes les tailles des échantillons. L'efficacité de la miltéfosine s'est avérée meilleure que celle de l'amphotéricine B liposomale, par conséquent, l'utilisation de la miltéfosine comme traitement de première intention pour la leishmaniose dermique post-kala-azar doit être poursuivie. Cependant, l'amphotéricine B liposomale pourrait être considérée comme l'une des options de traitement pour l'élimination du kala-azar du sous-continent indien.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose dermique post-kala-azar, amphotéricine B liposomale

Raccourcissement du traitement de l'ulcère de Buruli : le traitement recommandé par l'OMS vs. un nouveau régime contenant des bêtalactamines (l'essai clinique BLMs4BU) – Études de phase II et phase III en Afrique de l'Ouest

Auteurs : Roch Christian Johnson[1,2], Richard Odame Phillips[3], Nana Konama Kotey[4], Mamadou Kaloga[5], Denis Gadah[6], Mawèké Tchalim[7], Juliet Addo[8], Yaw Ampem Amoako[3], Aboa Paul Koffi[5], Akila Bakoubayi[6], Anna Giné[9], Israel Cruz[10], Emma Sáez-López[11], and Santiago Ramón-García[11,12,*], on behalf of the BLMs4BU Consortium

Affiliations :

[1] Foundation Raoul Follereau, France; [2] University of Abomey-Calavi, Benin; [3] Kumasi Centre for Collaborative Research, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Ghana; [4] Ghana Health Service, Ghana; [5] National Buruli Ulcer Control Program, Côte d'Ivoire; [6] DAHW Deutsche Lepra-und Tuberkulosehilfe e. V., Germany; [7] Ministry of Health, Public Hygiene and Universal Access to Care, Togo; [8] GlaxoSmithKline, United Kingdom; [9] Fundación Anesvad, Spain; [10] Instituto de Salud Carlos III, Spain; [11] Department of Microbiology, Faculty of Medicine, University of Zaragoza, Spain; [12] ARAID Foundation, Spain; * Auteur correspondant/ Conférencière.

L'ulcère de Buruli (UB) est une maladie tropicale négligée (MTN) de la peau, causée par *Mycobacterium ulcerans (Mul)*, qui affecte principalement les enfants de moins de 15 ans. Le traitement actuel recommandé par l'OMS nécessite 8 semaines de rifampicine et de clarithromycine quotidiennes, des soins des plaies et, parfois, des greffes de peau et de la chirurgie des tissus. La guérison peut prendre jusqu'à un an et peut poser une charge financière impossible à supporter pour les familles.

Des études récentes de réutilisation ont démontré que les bêtalactamines combinées à la rifampicine et à la clarithromycine ont des effets synergiques *in vitro* contre *Mul* (PMID : 30689630), ce qui conduit à l'hypothèse que l'inclusion d'amoxicilline/acide clavulanique peut améliorer et raccourcir le traitement de l'UB.

L'objectif de l'essai clinique BLMs4BU est d'évaluer si la co-administration d'amoxicilline/acide clavulanique avec la rifampicine/clarithromycine peut raccourcir le traitement de l'UB de 8 à 4 semaines. Un essai randomisé, contrôlé, ouvert, de non-infériorité, de phase II, multicentrique a démarré au Bénin en décembre 2021 (*Identifiant ClinicalTrials.gov : NCT05169554*). Un essai multicentrique de phase III au Ghana, au Togo et en Côte d'Ivoire est prevú de commencer en mars 2023 (*Pan African Clinical Trials Registry : PACTR202209521256638*). Les patients sont stratifiés en fonction de la catégorie des lésions de l'UB et randomisés sur deux régimes : (i) standard [RC8] : rifampicine/clarithromycine (RC) pendant 8 semaines ; et (ii) expérimental [RCA4] : standard (RC) plus amoxicilline/acide clavulanique pendant 4 semaines. Les patients seront suivis pendant 12 mois et pris en charge conformément aux procédures cliniques standard. La décision concernant l'excision chirurgical sera prise à la semaine 14 après le début du traitement. Le paramètre d'efficacité primaire sera la guérison (c'est-à-dire la guérison des lésions sans récidive) sans excision chirurgicale 12 mois après le début du traitement.

En cas de succès, cette étude constituera un nouveau paradigme pour le traitement de l'UB, qui pourrait conduire à un changement de la politique et des pratiques de l'OMS concernant cette maladie. Un traitement entièrement oral, plus court et très efficace améliorera la prise en charge des patients atteints d'UB, l'observance du traitement et entraînera une diminution des coûts directs et indirects ; contribuant ainsi aux cibles de la feuille de route de l'OMS sur les MTN pour l'UB. Cet essai pourrait également

fournir des informations sur les stratégies de raccourcissement du traitement pour d'autres infections mycobactériennes, telles que la tuberculose ou la lèpre, où la rifampicine est le médicament de base.

Remerciements

Ce travail fait partie du project BLMs4BU, qui est soutenu par GlaxoSmithKline (GSK) et financé par Tres Cantos Open Lab Foundation (TCOLF), Foundation Anesvad, DAHW Deutsche Lepra-und Tuberkulosehilfe e. V, et la Fondation Raoul Follereau (FRF).

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

MTN à manifestation cutanée: Ulcère de Buruli, maladie tropical négligée cutanée, raccourcissement du traitement, non-infériorité, association médicamenteuse, amoxicilline, clavulanate.

Cinétique *in vitro* d'amoxicilline/clavulanate en association avec la rifampicin/clarithromycine contre *Mycobacterium ulcerans*

Auteurs : Emma Sáez-López[1,*], Ana Cristina Millán Placer[1], Ainhoa Lucía Quintana[1] and Santiago Ramón-García[1,2]

Affiliations :

[1]Departament of Microbiology, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, Spain; [2]ARAID Foundation, Zaragoza, Spain; *Auteur correspondant/Conférencière

La rifampicine et la clarithromycine pendant huit semaines avec de nombreux soins des plaies sont le traitement actuellement recommandé par l'OMS pour l'ulcère de Buruli (UB), une maladie tropicale négligée de la peau causée par *Mycobacterium ulcerans (Mul)* qui affecte les personnes dans les milieux défavorisés.

Des tests de sensibilité combinatoire ont montré que les bêtalactamines combinées à la rifampicine/clarithromycine étaient synergiques contre *Mul* (PMID : 30689630). Les cinétiques *in vitro* fournissent des informations longitudinales et quantifient la relation concentration-effet antibiotique en fonction du temps. Cependant, les cinétiques sont réalisées en quantifiant les unités formant colonies (UFC), une méthodologie lourde dans la recherche sur l'UB en raison de la croissance lente de *Mul* (1 à 3 mois pour former des colonies).

Le but de cette étude était d'évaluer l'activité *in vitro* de la rifampicine, de la clarithromycine et de l'amoxicilline//clavulanate par les cinétiques en utilisant des méthodologies alternatives contre des isolats cliniques de *Mul*. Les charges bactériennes ont été quantifiées après 1, 3, 7, 10, 14, 21 et 28 jours de traitement par différents méthodologies : (i) l'evaluation bactériologique de référence (UFC/ml) ; (ii) la densité optique (OD_{600}); (iii) le test de viabilité cellulaire BacTiter-Glo (unités de luminescence relative, ULR) et ; (iv) la qPCR 16S rRNA RT/IS2404 (nombre de copies des gènes).

Dans l'ensemble, une bonne corrélation a été observée entre le réference (comptage des UFC) et ls autres méthodologies. Alors que les médicaments (à la concentration testée) seuls n'avaient aucun effet, l'amoxicilline/clavulanate en association avec la rifampicine (AMV+RIF) et avec la rifampicine/clarithromycine (AMV+RIF+CLA) étaient hautement bactéricides, les charges bactériennes ont diminué significativement à partir du jour 3. La réduction bactérienne entre le nombre de colonies viables le dernier jour (jour 28) par rapport au jour 3 était presque de 3 log (>99%). Au jour 28, les deux combinaisons ont montré une moyenne de DO_{600}<0,2, $1{,}78 \times 10^4$ ULR et $5{,}62 \times 10^5$ copies d'ARNr 16S/ADNc, soit des valeurs significativement (valeur $P < 0{,}05$) inférieures que le reste des conditions.

En résumé, les quatre méthodologies ont fourni des résultats comparables montrant que l'amoxicilline/clavulanate est fortement synergique avec la rifampicine/clarithromycine contre *Mul* ; ces combinaisons étaient plus efficaces *in vitro* que les antibiotiques actuellement utilisés pour traiter l'UB. Notre étude suggère que des méthodologies cinétiques alternatives et plus rapides peuvent être utilisées dans la recherche sur l'UB au-delà de la quantification des UFC pour les programmes de découverte et de développement de médicaments.

Ces études soutiennent également un essai clinique en cours (*NCT05169554*) pour déterminer le taux d'inactivation bactérienne dans les lésions des patients.

Remerciements

Ce travail fait partie du project BLMs4BU, qui est soutenu par GlaxoSmithKline (GSK) et financé par Tres Cantos Open Lab Foundation (TCOLF).

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

MTN à manifestation cutanée: Ulcère de Buruli, cinétique, méthodologies, amoxicilline/clavulanate, bactericide, taux d’inactivation bactérienne.

Comment réduire l'échec du suivi dans les cas de mycoses cutanées profondes en situation de ressources limitées ?

Auteurs : Sendrasoa FA, Ratovonjanahary VT, Andrianarison M, Raharolahy O, Ranaivo I, Ramarozatovo LS, Rapelanoro Rabenja F.

Affiliations :

Département de dermatologie, Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo

Introduction : L'échec du suivi pose un grave problème pour la prise en charge des mycoses cutanées profondes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les patients perdus de vue sont souvent plus malades et, sans suivi médical régulier, ils peuvent soit mourir, soit revenir à l'hôpital dans un état grave. Notre but est de communiquer sur les facteurs prédictifs de l'échec du suivi chez les patients malgaches atteints de chromoblastomycose (CBM) ou de sporotrichose (SPT).

Méthodes : De mars 2013 à janvier 2019, une étude prospective sur ces patients a été entreprise. Elle incluait les patients atteints de CBM ou de SPT ayant reçu un traitement antifongique. Le traitement est gratuit pour tous les patients et l'itraconazole à 200 mg par jour leur a été administré. Le nombre de patients perdus de vue a été évalué à la fin du deuxième, du sixième et du douzième mois de traitement.

Résultats : Sur 200 patients atteints de CBM ou de SPT inclus dans cette étude, 50 % puis 64 % avaient été perdus de vue deux et six mois après le début du traitement respectivement. Seul 17 cas de CBM (21,2 %) ont complété leurs 12 mois de traitement. Aucune corrélation n'a été observée avec le genre, l'âge, la gravité des lésions et le risque d'échec du suivi. En revanche, on a vu un risque élevé d'abandon pour les agriculteurs et les patients vivant loin des centres de santé. La durée de la maladie au-delà d'une année a été également un risque d'échec du suivi pour les cas de SPT.

Discussion : Selon nos résultats, les principaux facteurs associés à l'échec du suivi ne tiennent pas seulement au coût du traitement, mais aussi à celui des déplacements vers le centre de santé, au besoin de se procurer de la nourriture au lieu d'aller consulter et au manque de suivi de la part du personnel pour ceux qui abandonnent.

Conclusion : Des interventions pour éviter l'échec du suivi dans les situations de ressources limitées amélioreraient sensiblement la survie et seraient rentables.

MTN cutanées et ou intégration – Mots-clés

MTN à manifestation cutanée : chromoblastomycose

Synthèse des connaissances sur le traitement des communautés du Tigré touchées par la leishmaniose cutanée dans le nord de l'Éthiopie

Auteur : Getachew Taffere

Affiliation :

Collège des sciences de la santé de l'Université de Mekelle, Tigré (Éthiopie)

Bien que la biologie moléculaire de la leishmaniose et son traitement aux antimoniaux pentavalents introduits il y a 50 ans fussent considérables, les connaissances sur la cause, la transmission et le traitement de la leishmaniose cutanée (LC) dans le système de santé éthiopien sont faibles. Parmi les maladies de la leishmaniose, la leishmaniose cutanée a bénéficié de moins d'attention que la leishmaniose viscérale. En conséquence, les communautés dans les zones d'endémie de LC utilisent différentes méthodes de traitement traditionnelles. L'étude ethnographique avait pour objectif à évaluer les pratiques de traitement de la leishmaniose cutanée chez les personnes vivant dans des zones d'endémie du nord de l'Éthiopie. Une étude ethnographique de six mois a été menée dans des districts d'endémie de leishmaniose cutanée en utilisant un modèle biopsychosocial pour intégrer un éventail de questions n'ayant pas encore reçu une attention particulière dans la communauté des chercheurs sur la leishmaniose. En effet, une approche biopsychosociale de la LC fondée sur des données probantes était essentielle pour ouvrir des voies de traitement de cette maladie négligée et débilitante. Les personnes atteintes de LC et les communautés locales ont supposé que la LC méritait moins d'attention et de soins en hospitalisation en raison de son taux de mortalité faible ou nul, car la maladie a la propriété de pouvoir guérir spontanément. En outre, les expériences des personnes atteintes de LC et des communautés locales observées lors de l'initiative ethnographique sur le terrain ont révélé que la LC était l'une des maladies fréquemment traitées de manière traditionnelle. Des traitements traditionnels couramment utilisés étaient mentionnés dont (eau de houx, expectorations matinales de Sheik avant l'alimentation, vernis à ongles, excréments d'enfant, brûlure au fer chaud, prière senbet senabity, extraits de plante qulqual, arrosage ou enduit avec un mélange de poudre de sel, d'urée et d'ail, et un mélange de suie et d'ail). De manière générale, il a été observé une forte préférence pour le traitement traditionnel de la LC et une négligence de la recherche de services de santé modernes. Les raisons suivantes sont couramment mentionnées pour expliquer cette préférence : manque de connaissances sur la disponibilité du traitement moderne pour la LC, croyances de la communauté en l'efficacité du traitement traditionnel et en l'hypothèse selon laquelle la LC ne peut être traitée que de manière traditionnelle, simplification excessive des maladies, manque de parcours thérapeutique réussi des personnes atteintes de LC, services de traitement inefficaces donnés dans les services de santé privés signalés par des patients qui ont découragé les autres de préférer le traitement moderne, et manque de connaissances des professionnels qui ne permet pas de diffuser des informations générales sur la nature de la maladie et sur l'endroit où les personnes atteintes de LC devraient aller pour obtenir des soins. Plusieurs études ont mis l'accent sur les effets négatifs sur la santé de l'utilisation de traitements prescrits par des professionnels en raison du problème potentiel que de tels traitements pouvaient créer. Selon les personnes atteintes de LC, les traitements utilisés avaient été essayés par des membres de la famille proche, des amis ou d'autres personnes et avaient la réputation d'être efficaces. Cependant, cette affirmation d'efficacité est renforcée par le manque de preuves pour montrer que les lésions traitées avaient réellement été causées par LC ou que la lésion avait guéri en raison du traitement ou spontanément. Les personnes atteintes de LC justifient leur décision d'utiliser les traitements traditionnels ou un traitement auto-administré par le fait qu'elles doivent faire face au

problème de la maladie et veulent s'en débarrasser. Pour faire face à cette maladie oubliée, une pratique fondée sur des preuves est hautement nécessaire.

Remerciements

Je remercie ECLIPSE de m'avoir donné la chance d'être chercheur dans le programme et le National Institute for Health and Care Research (NIHR) (NIHR200135) pour le financement. Les opinions exprimées dans ce résumé sont celles de l'auteur et pas nécessairement celles du NIHR ou du Department of Health and Social Care du Royaume-Uni.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, traitement, traitement traditionnel, Tigré, Éthiopie

Comment inclure la dermatite atopique et les maladies chroniques courantes de la peau dans le cadre stratégique de l'OMS pour la lutte et la prise en charge intégrées des MTN cutanées

Auteurs : Alain Taieb[1], Peter Schmid-Grendelmeir[1], Andreas Wollenberg[1], Rabenja Rapelanoro[2], Abate Mulugeta Beshah[3], Jose Antonio Ruiz Postigo[4], Carsten Flohr[5], Mamadou Ball[6], Daudi Mavura[7], Ncoza Dlova[8], Rolanda Manuel[9], Ousmane Faye[10], Christophe Hsu[11]

Affiliations :

[1]Société internationale de dermatite atopique, Davos (Suisse)
[2]Département de dermatologie, Université d'Antananarivo (Madagascar)
[3]Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville (République du Congo)
[4]Département de Lutte contre les MTN de l'OMS, Genève (Suisse)
[5]International League of Dermatological Societies, London (Royaume-Uni)
[6]Université de Nouakchott (Mauritanie)
[7]Regional Dermatology Training Centre, Moshi (Tanzanie)
[8]Université de KwaZulu-Natal, Durban (Afrique du Sud)
[9]Hôpital central de Maputo, Maputo (Mozambique)
[10]Hôpital de dermatologie de Bamako, Bamako (Mali)
[11]Hôpital universitaire, Bâle (Suisse)

Cette présentation résume la réunion sur la dermatite atopique (DA) et les affections cutanées courantes en Afrique subsaharienne parrainée par la Société internationale de dermatite atopique (ISAD), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation mondiale de l'allergie (WAO), la Ligue internationale des sociétés dermatologiques (ILDS) et le Ministère de la santé publique de Madagascar, tenue à Antananarivo le 6 juin 2022. Cette réunion faisait suite à un atelier tenu à Genève résumé dans l'article de Schmid et al publié dans JEADV 2019 DOI : 10.1111/jdv.15972. Le lancement simultané du cadre stratégique de l'OMS sur les maladies tropicales négligées (MTN) de la peau arrivait à point nommé, ouvrant la porte au Département des MTN de l'OMS pour un travail sur les maladies de la peau en général.

L'objectif était de lancer avec toutes les parties prenantes un plan d'action convergent en Afrique subsaharienne ciblant à la fois les MTN cutanées et les maladies chroniques courantes de la peau, en particulier la dermatite atopique (DA), en conjonction avec le nouveau programme-cadre de l'OMS qui vise à réduire la morbidité, le handicap et les impacts psychosociaux des MTN cutanées et d'autres maladies de la peau grâce à une approche intégrée.

Décisions prises lors de la réunion (1) améliorer la formation et le renforcement des capacités, par exemple, mettre à jour les manuels et les applications de l'OMS, y compris les lignes directrices pour la prise en charge de la DA dans les pays à faibles ressources, cours en ligne sur la DA pour la plate-forme de l'OMS, traduction des brochures sur la DA dans les langues autochtones (2) améliorer l'accessibilité des médicaments, en particulier des émollients et du MTX, mais aussi pour des nouvelles molécules, grâce à l'inclusion de la liste des médicaments essentiels et au lobbying pharmaceutique. « L'accessibilité mondiale aux médicaments dans la DA » sera le sujet d'un symposium satellite à l'ISAD de Gdansk 2023.

Remerciements

Société internationale de dermatite atopique, OMS, Université de Madagascar et Ministère de la santé publique

Efficacité du stibogluconate de sodium intralésionnel pour le traitement de la leishmaniose cutanée localisée à l'hôpital général de Boru Meda, Amhara, Éthiopie : essai pragmatique

Auteurs : Feleke Tilahun ZewduID[1]*, Asressie Molla Tessema[2], Aregash Abebayehu Zerga[2], Saskia van Henten[3], Saba Maria Lambert[4]

Affiliations :

[1]Hôpital général Boru meda (Éthiopie)
[2]Université Wollo (Éthiopie)
[3]Institut de médecine tropicale (Belgique)
[4]ALERT, Addis-Abeba (Éthiopie)

Contexte

La leishmaniose cutanée (LC) est généralement causée par *Leishmania aethiopica* en Éthiopie et est relativement difficile à traiter. Le stibogluconate de sodium (SGS) est le seul traitement anti-Leishmania couramment et largement disponible, et peut être utilisé par voie systémique pour les lésions sévères et localement pour les lésions plus petites. Il existe peu de données sur l'efficacité du SGS intralésionnel pour la LC localisée en Éthiopie et, par conséquent, des données de qualité sont nécessaires pour améliorer notre compréhension de l'efficacité du traitement.

Méthodologie/principaux résultats

Une étude pragmatique (avant-après quasi-expérimentale) a été réalisée pour évaluer l'efficacité du SGS intralésionnel chez les patients atteints de LC localisées à l'hôpital général de Boru Meda, dans le nord-est de l'Éthiopie. Les patients à qui le médecin traitant a attribué du SGS intralésionnel étaient éligibles pour cette étude. Les sujets de l'étude ont été recrutés entre janvier et août 2021. L'infiltration de SGS intralésionnel a été administrée chaque semaine jusqu'à un maximum de six doses. Cependant, lorsque les lésions d'un patient étaient déjà guéries avant d'avoir reçu 6 doses, le traitement n'était pas poursuivi et le patient n'était pas invité à venir pour l'évaluation de la lésion seulement. Des frottis cutanés (FC) ont été prélevés chaque semaine jusqu'à ce qu'ils deviennent négatifs. Les résultats ont été évalués au jour 90, les patients ayant eu une réépithélisation à 100 % (pour les lésions ulcéreuses) et/ou un aplatissement (pour les lésions indurées) étant définis comme guéris. Une régression logistique multiniveau a été effectuée pour évaluer les facteurs associés à la guérison. Au total, 83 patients ont été recrutés et les résultats finaux étaient disponibles pour 72 (86,75 %). Sur ces 72, 43 (59,7 %, intervalle de confiance à 95 % 0,44-0,69) ont été guéris au jour 90. Les effets indésirables étaient fréquents, 69/72 patients (95,8 %) signalant une douleur au site d'injection.

Les facteurs associés à la guérison étaient l'âge (OR 1,07 IC à 95 % : 1,07-1,27), le sexe masculin (OR 1,79, IC à 95 % : 1,10-2,25), la taille de la lésion (OR 0,79, IC à 95 % : 0,078-0,94) et le résultat du frottis cutané (FC) avec un grade +1 (OR 1,53, IC à 95 % : 1,24-1,73) et avec un grade +2 (OR 1,51, IC à 95 % : 1,41-3,89) par rapport au grade FC +6.

Conclusion

Nos résultats ont révélé que le stibogluconate de sodium intralésionnel entraînait un taux de guérison d'environ 60 %, avec quasiment tous les patients souffrant de douleurs au site d'injection. Cela souligne la nécessité d'options de traitement local plus tolérable pour les patients et avec de meilleurs taux de guérison.

Remerciements

Je remercie les participants à l'étude et je tiens à remercier les collecteurs de données (dermatovénéréologues, fonctionnaires des services de santé, et infirmières de la clinique de dermatologie) pour leurs efforts considérables.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Intralésionnel, stibogluconate de sodium, efficacité, leishmaniose cutanée localisée, Éthiopie

Prise en charge communautaire des plaies, y compris les MTN cutanées ulcéreuses en milieu rural en Côte d'Ivoire

Auteurs : Simone Toppino[1], Didier Yao Koffi[2,3,4], Bognan Valentin Kone[2], Raymond T.A.S. N'Krumah[2,5], Ismaël Dognimin Coulibaly[2,5], Frank Tobian[1], Gerd Pluschke[6,7], Marija Stojkovic[1], Bassirou Bonfoh[2], Thomas Junghanss[1]

Affiliations :

[1]Division des maladies infectieuses et de médecine tropicale, Hôpital universitaire de Heidelberg, Heidelberg (Allemagne)
[2]Centre suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[3]Programme national de Lutte contre l'Ulcère de Buruli, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[4]Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan, Abidjan (Côte d'Ivoire)
[5]Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo, Korhogo (Côte d'Ivoire)
[6]Unité d'immunologie moléculaire, Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle (Suisse)
[7]Université de Bâle, Bâle (Suisse)

Les plaies sont un problème de santé négligé dans les communautés rurales des pays à faible revenu. Elles sont principalement causées par des traumatismes et des maladies ulcéreuses de la peau, y compris les maladies tropicales négligées (MTN) et associées à des complications systémiques ainsi qu'à un handicap. Les communautés rurales ont un accès limité à des soins des plaies de haute qualité reposant sur des services de santé.

Nous avons mené une étude observationnelle prospective sur la prise en charge des plaies à trois niveaux – communauté (C), centre de santé (CS), hôpital de district (HD) – dans une communauté rurale de Côte d'Ivoire. Les patients présentant des plaies cutanées activement identifiées dans une enquête porte-à-porte et passivement identifiés dans les services de santé dans une zone définie du système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo ont été invités à participer et à effectuer un suivi longitudinal. Les critères d'évaluation étaient la proportion de plaies fermées, le délai de fermeture de la plaie, la taille de la plaie au fil du temps, la fréquence de l'infection bactérienne secondaire, la nécessité de retrouver le patient après une interruption de suivi et la durée de traitement stratifié par niveau de service de santé et par étiologie de la plaie.

Nous avons recruté 561 patients avec 923 plaies entre mai 2019 et mars 2020. La période d'observation s'est terminée en mars 2021. L'âge médian était de 10 ans (IQR 7-15), 63,0 % des patients étaient de sexe masculin. Presque toutes les plaies (99,5 %, 870/874) se sont refermées au cours de la période d'observation, 5,3 % (49/923) ont été perdues de vue. Les plaies principalement traitées en C, CS et HD se sont refermées dans un délai médian de 10, 16 et 170 jours, respectivement. Le délai médian avant la fermeture de la plaie aiguë et de la plaie chronique était de 13 et 72 jours, respectivement. Les plaies traitées en C, CS et HD présentaient des infections bactériennes secondaires dans 10,3 % (36/350), 31,0 % (133/429) et 100 % (5/5) des cas, respectivement. Retrouver le patient s'est avéré nécessaire dans 68,3 % (630/923) des plaies, les participants ayant déclaré que la fermeture de la plaie était la principale raison pour laquelle ils n'avaient pas assisté au suivi.

Nous décrivons un modèle de prise en charge des plaies basé sur les recommandations nationales et de l'OMS axées sur l'identification précoce et le traitement dans la communauté, avec un potentiel de mise en œuvre à grande échelle dans les pays à faible revenu.

Publié dans PLOS NTD https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010730

Remerciements

Nous remercions le personnel du centre de santé d'Ahondo et de l'hôpital du district de Taabo, ainsi que tous les patients qui ont participé à cette étude. Nous remercions Louisa Warryn et Gerd Pluschke pour leur soutien au diagnostic de l'UB, le personnel médical du Programme national de lutte contre les ulcères de Buruli de Côte d'Ivoire et les recenseurs du système de surveillance sanitaire et démographique de Taabo.

Nous sommes très reconnaissants au Centre suisse de Recherches scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan (Côte d'Ivoire), Taabo Health and Demographic Surveillance System, Taabo (Côte d'Ivoire), et DELTAS Africa Initiative (Afrique One-ASPIRE/DEL-15-008), Abidjan (Côte d'Ivoire), et Swiss TPH, Bâle (Suisse) pour le soutien infrastructurel du projet. Nous remercions également le ministère de la Santé de Côte d'Ivoire pour son soutien tout au long de l'étude.

Nous avons reçu un financement pour ce travail de la Else-Kröner-Fresenius Stiftung, numéro de subvention « 2017_HA19 ».

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Gestion intégrée des plaies, soins des plaies, centré sur le patient, MTN cutanées, ulcère de Buruli, pian, filariose lymphatique, maladies cutanées courantes, affections cutanées courantes

L'effet de deux polythérapies sur les profils cytokiniques des patients atteints de leishmaniose dermique post-kala-azar au Soudan

Auteurs : Ana Torres[1], Brima Younis[2], Mohammed Alamin Awadaljeed[2], Samuel Tesema[3], Ahmed Mudawi Musa[2], Javier Moreno[1], Fabiana Alves[3], Eugenia Carrillo[1]

Affiliations :

[1]Centre collaborateur de l'OMS pour la leishmaniose. Centre national de microbiologie. Institut de santé Carlos III, Madrid (Espagne). CIBER (Centre d'investigation biomédical en réseau [Espagne]) maladies infectieuses
[2]Institute of Endemic Diseases. University of Khartoum (Soudan)
[3]DNDi (Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées) (Suisse)

La leishmaniose dermique post-Kala-Azar (LDPKA) est une complication dermatologique affectant les patients traités atteints de leishmaniose viscérale (LV) causée par *Leishmania donovani*. Au Soudan, jusqu'à 50 à 60 % des individus atteints de LV développeront une LDPKA, certaines d'entre elles peuvent évoluer vers une LDPKA chronique ou de gravité de grade 2 ou 3, avec des lésions devenant défigurantes au fil du temps si elles ne sont pas traitées. Le schéma thérapeutique actuel n'est pas satisfaisant, car il étend l'utilisation de médicaments potentiellement toxiques aux patients qui, en moyenne, ne se sentent pas malades.

Un essai clinique de phase II a été mis en œuvre pour évaluer deux nouvelles polythérapies pour les patients atteints de LDPKA au Soudan. Le groupe 1 consistait en une association de paromomycine (20 mg/kg/j) IM pendant 14 jours et de miltéfosine par voie orale pendant 42 jours, et pour le groupe 2, en une association d'Ambisome® (dose totale de 20 mg/kg) IV pendant 7 jours et de miltéfosine par voie orale pendant 28 jours. Au total, 110 patients atteints de LDPKA ont été randomisés dans les 2 groupes de l'étude (55/groupe).

En plus de l'efficacité et de l'innocuité du traitement, un critère d'évaluation secondaire consistait à évaluer la réponse immunitaire de l'hôte avant (J0), à la fin (J42) et après les traitements (M6). Des échantillons de sang total ont été stimulés avec de l'antigène soluble de *Leishmania* (SLA) pendant 24 heures (par immunotransfert). Les niveaux de 15 cytokines spécifiques pour les réponses Th1, Th2 et Th17 dans le plasma stimulé par SLA ont été mesurés à l'aide de la technologie Luminex.

À J0, une réponse mixte Th1/Th2 avec une dominance d'un profil Th1 a été retrouvée pour la plupart des patients, caractérisée par des niveaux élevés de TNF-α et d'IFN-γ et de faibles concentrations d'IL-5 et d'IL-10. Après le traitement par LDPKA (J42), les cytokines pro-inflammatoires ont diminué de manière significative tandis que, en revanche, les cytokines anti-inflammatoires ont augmenté de manière significative et sont restées constantes tout au long du suivi (M6). De plus, il existe des preuves d'une réponse de type Th17 à M6 en raison d'une augmentation de l'IL-17.

À M12, sept patients du groupe 2 ont eu besoin d'un traitement de rattrapage (Groupe2R). L'analyse du profil cytokinique de ce sous-groupe de patients à J0 a montré que les taux d'IFN-γ et de TNF-α étaient significativement inférieurs à ceux trouvés dans le groupe 2. Après traitement (J42), la concentration de ces cytokines a atteint des niveaux similaires à ceux du groupe 2. Cependant, à 6 mois, ces patients présentaient une insuffisance de la capacité à répondre aux cytokines pro-inflammatoires, ce qui était également évident dans les niveaux de Granzyme B.

Pour conclure, après un traitement efficace pour la LDPKA, nous avons observé une réponse mémoire de type Th1 avec des IFN-γ et TNF-α élevés, qui a évolué vers une réponse mixte Th1/Th2 avec diminution des cytokines pro-inflammatoires à court terme, et qui s'est légèrement rétablie à M6, lorsque les réponses de type Th17 sont également patentes. Cependant, les patients en rechute ont montré une anergie dans leur réponse immunitaire cellulaire après un traitement pour LV et/ou LDPKA. Une faible production d'IFN-y et de TNF devrait être étudiée dans le cadre d'essais de plus grande envergure en raison de leur potentiel en tant que biomarqueur de l'échec du traitement.

Remerciements

DNDi a remercié l'aide britannique, MSF International et la DDC pour leur soutien. Aussi, AFD, DGIS et OMS-TDR pour le financement.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

LDPKA, Soudan, *Leishmania donovani*, cytokines, WBA, traitement

Traitement à base communautaire de la leishmaniose cutanée par la cryothérapie et la miltéfosine : la voie à suivre ?

Auteurs : Saskia van Henten[1*], Myrthe Pareyn[1*], Dagimawie Tadesse[2], Mekidim Kassa[2], Mehret Techane[2], Eyerusalem Kinfe[2] ,Nigatu Girma[2], Degnet Demeke[2], Mebratu Mesay[2], Mekibib Kassa[3], Rodas Temesgen[2], Misgun Shewangizaw[2], Johan van Griensven[1], Fekadu Massebo[2] Teklu Wegayehu[2], Behailu Merdekios[2]

Affiliations :

[1]Département des Sciences cliniques, Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique
[2]Leishmaniasis Research and Treatment Center, Gondar University Hospital, Gondar, Éthiopie
[3]National Centre for Epidemiology and Population Health, Research School of Population Health, College of Health and Medicine, Australian National University, Canberra, Australie
[4]The Kirby Institute, University of New South Wales, Sydney, Australie
[5]Centre médical universitaire, Université d'Utrecht, Pays-Bas
[*]*Contribution égale*

La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie négligée qui représente un grand problème de santé publique dans le village d'Ochollo, au Sud de l'Éthiopie. Outre les damans, les données indiquent que les êtres humains contribuent aussi à la transmission de *Leishmania aethiopica*. Le diagnostic et le traitement précoces des patients atteints de LC sont donc essentiels pour réduire le réservoir humain et, par conséquent, la transmission de la maladie. Les données factuelles sur l'efficacité des traitements à base communautaire sont limitées, tandis que les perspectives communautaires du traitement moderne de la LC ne sont pas assez étudiées. Dans ce travail, nous avons cherché à enquêter sur l'acceptabilité et l'efficacité du traitement à base communautaire par la cryothérapie et la miltéfosine.

Une étude pluridisciplinaire a été menée à Ochollo. Tous les patients ayant un diagnostic de LC et éligibles au traitement ont été recrutés et on leur a assigné soit la miltéfosine, soit la cryothérapie en fonction des caractéristiques de leur lésion. La cryothérapie a été administrée une fois par semaine et la miltéfosine tous les jours pendant 28 jours, en appliquant une posologie allométrique pour les enfants. Les résultats cliniques, indiqués par le patient (évaluation globale du patient et indice de la qualité de vie en dermatologie), et parasitologiques ont été évalués à un, trois et six mois après le début du traitement. La guérison a été définie par un aplatissement complet et/ou une réépithélialisation de toutes les lésions six mois après le début du traitement. Pour évaluer l'acceptabilité du traitement moderne à base communautaire, une étude associant plusieurs méthodes a été faite en utilisant des questionnaires, en interrogeant des patients, des anciens patients, des agents de santé, des tradipraticiens et des chefs locaux avant le traitement et après trois mois.

Nous avons intégré 107 patients, dont l'âge médian était de 6 ans. Environ 50 % avaient eu recours au traitement traditionnel et seuls trois avaient essayé le traitement moderne. La cryothérapie a été assignée à 48 d'entre eux, la miltéfosine à 42 et 17 n'ont pas été traités – pour la plupart des patients présentant de graves lésions et trop jeunes pour prendre la miltéfosine. La cryothérapie a été administrée en 1 à 10 séances ; le taux de guérison a été de 52 % à 6 mois et on a observé une amélioration substantielle pour 20 %. Le traitement à la miltéfosine a guéri 41% des patients et 28% ont eu une amélioration substantielle. Avant le traitement, 58 % des patients ont indiqué que leur lésion n'avait pas d'effet sur leur qualité de vie, cette proportion passant à 95 % à six mois. De même, les patients ont jugé en majorité que leur lésion était bénigne (39 %) ou de gravité modérée (28 %) avant le traitement, tandis que 62 % l'ont déclarée guérie à six mois. L'enquête sur l'acceptabilité a montré que 98 % des patients

accepteraient le traitement moderne dans la communauté. Les principaux obstacles pour chercher à obtenir la thérapie moderne sont le besoin de se déplacer (69 %), le temps perdu (74 %) et le coût, la plupart des patients n'étant pas disposés à payer plus de 500 birrs (US $10) pour se soigner. Deux tiers des patients ont été très satisfaits de l'issue thérapeutique et 84 % ont été très satisfaits du traitement reçu dans la communauté. Les interviews ont révélé que le traitement moderne administré était meilleur que le traitement traditionnel parce qu'il guérissait les lésions plus vite, donnait moins d'effets secondaires et de cicatrices et qu'il était plus facile et commode à utiliser.

Les taux de guérison ont été relativement faibles, bien que la plupart des patients aient eu au moins une bonne amélioration de leur état. Les résultats indiqués par les patients et les interviews ont montré qu'ils étaient très satisfaits des issues thérapeutiques et du fait de recevoir le traitement dans la communauté. De plus larges études sur la mise en œuvre sont nécessaires pour optimiser la décentralisation et l'intégration du traitement de la LC en Éthiopie.

Remerciements

Ce travail a reçu l'appui d'un projet de subvention accordé à Behailu Merdekios par l'Université Arba Minch

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée

La réduction tumorale chirurgicale des nodules de podoconiose et son impact sur la qualité de vie en Éthiopie

Auteurs : Wendemagegn Enbiale[1], Kristien Verdonck[2], Melesse Gebeyehu[1], Johan van, Griensven[2], Henry J. C. de Vries[3]

Affiliations :

[1]Université Bahir Dar (Éthiopie) ; [2]Institut de médecine tropicale, Anvers (Belgique) ; [3]Université d'Amsterdam, Département de dermatologie, Amsterdam (Pays-Bas)

Contexte

En Éthiopie, le lymphœdème sévère et la dermato-lymphangio-adénite aiguë (DLAA) des jambes faisant suite à une podoconiose touchent environ 1,5 million d'individus. Dans certains cas, cette affection peut conduire à des nodules fibrotiques ligneux, qui résistent au traitement conventionnel. Nous présentons une série de patients ayant subi une nodulectomie chirurgicale dans un milieu aux ressources limitées et leurs résultats. **Méthodes :** Dans deux hôpitaux universitaires, nous avons proposé des nodulectomies chirurgicales sous anesthésie locale à des patients présentant des nodules fibrotiques importants et persistants, dus à la podoconiose. On a laissé guérir les excisions après nodulectomie par cicatrisation de seconde intention avec un bandage de compression. En conséquence, nous avons enregistré le temps de réépithélialisation après la chirurgie, l'évolution du nombre d'épisodes de DLAA, le changement de la qualité de vie mesurée avec le questionnaire DQLI (index dermatologique sur la qualité de vie) et le taux de récidive un an après la chirurgie.

Résultats

37 opérations de nodulectomie ont été réalisées sur 21 patients. Toutes les plaies ont été réépithélialisées dans les 21 jours (intervalle de 17 à 42). 4 patients ont développé des infections de plaies cliniquement substantielles. Les valeurs du DLQI étaient significativement meilleures six mois après la chirurgie qu'avant la chirurgie ($P<0,0001$). En outre, le nombre d'épisodes de DLAA par tranche de trois mois était significativement plus faible six mois après la chirurgie qu'avant la chirurgie ($P<0,0001$).

Conclusion

La nodulectomie chez les patients atteints de podoconiose entraîne une amélioration significative de la qualité de vie sans complications graves, et nous la recommandons comme procédure standard dans les milieux pauvres en ressources.

Remerciements

Cette recherche a été menée dans le cadre d'une initiative structurée de recherche opérationnelle et de formation (SORT IT), un partenariat mondial coordonné par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Des remerciements particuliers aux patients qui ont donné leur consentement pour utiliser leur photo de pied pour l'étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Prise en charge chirurgicale de l'éléphantiasis ; recherche opérationnelle port de chaussures ; réduction tumorale

Séance 8 : Traitements – Autres résumés

Mise à jour clinique : amélioration de l'accès à l'ivermectine dans le traitement de la gale grâce au changement de budget programmes en Australie

Auteurs : Victoria Cox [1,2], Michelle Dowden[2], Mike Stephens[3], Bart Currie[1]

Affiliations :

[1] Global and Tropical Health Division, Menzies School of Health Research, Darwin (Australie)
[2] One Disease, Darwin (Australie)
[3] Northern Australian Aboriginal Community Controlled Organisation, Canberra (Australie)

Contexte

La gale est une maladie tropicale négligée et est endémique dans les communautés aborigènes du nord de l'Australie avec parmi les taux les plus élevés de gale au monde. Les complications secondaires entraînent une morbidité et une mortalité importantes dues aux séquelles, y compris la cardiopathie rhumatismale et la glomérulonéphrite post-streptococcique. L'accès restreint aux médicaments et les échecs thérapeutiques sont bien connus et perpétuent un cycle d'inégalités en matière de santé dans le nord de l'Australie. L'examen des besoins cliniques de la population de patients pour la prise en charge de la gale dans le nord de l'Australie a mis en évidence les problèmes de faisabilité et de tolérance rencontrés avec l'utilisation de la crème topique à la perméthrine à 5 % comme seule option de traitement de première intention. Il est essentiel d'étudier des stratégies de santé publique et des possibilités thérapeutiques pour faire face à la charge de morbidité élevée qui contribue à l'écart de santé et d'espérance de vie existant entre les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres et les autres Australiens.

Objectif

Une présentation multipartite d'un projet au Pharmaceutical Benefits Advisory Committee a été élaborée pour appuyer une modification de l'inscription de l'ivermectine sur le régime des avantages pharmaceutiques en Australie ; elle recommande l'ivermectine comme option de traitement de première intention pour la prise en charge de la gale chez les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres en Australie.

Résultat

L'inscription dans les budgets programmes a été modifiée avec succès après 9 mois d'examen le 1er avril 2022, et par la suite l'ivermectine orale a été répertoriée comme traitement de première intention pour la prise en charge de la gale chez les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres en Australie. On s'attend à ce que le changement dans la prescription nationale ait un impact important sur un faible nombre d'Australiens, en plus d'améliorer l'accès au traitement pour une prise en charge efficace d'une maladie qui touche de manière disproportionnée les membres des Premières Nations en Australie.

Conclusion

La modification réussie de la liste des budgets programmes a eu lieu avant la publication de la nouvelle édition des nouvelles lignes directrices cliniques australiennes, ces dernières devant être publiées au début de 2023. Les lignes directrices mises à jour incluront l'ivermectine comme traitement de première intention parallèlement avec la crème topique à 5 % de perméthrine, et soutiendront l'examen de stratégies de lutte régionales pour les régions endémiques dans lesquelles la charge de la gale est estimée à plus de 10 %, comme recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier la Northern Australian Aboriginal Community Controlled Organisation (NACCHO) pour son soutien dans l'élaboration de la soumission originale du projet au Pharmaceutic Benefits Advisory Committee.

La D^{re} Victoria Cox est doctorante à la Menzies School of Health Research et est financée par une subvention de recherche du Australian Centre for the Control and Elimination of Neglected Tropical Diseases (ACE-NTDs).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ivermectine, lignes directrices cliniques, accès aux médicaments, administration massive de médicaments.

Traitement de la leishmaniose cutanée récidivante par miltéfosine à Gilgil dans le comté de Nakuru (Kenya)

Auteure : Esther Kinyeru

Affiliation :

Ministère de la santé, Département des services de santé, Comté de Nakuru (Kenya)

La leishmaniose, une maladie tropicale négligée, est causée par plus de 20 espèces de protozoaires transmis à l'humain par la piqûre d'un phlébotome femelle. La leishmaniose cutanée (LL) est endémique dans plus de 90 pays. Au Kenya, la maladie sévit dans les zones rurales et est géographiquement répartie dans le centre de la vallée du Rift au Kenya. Elle se présente sous trois formes : LC localisée, LC disséminée et leishmaniose cutanée récidivante (LCR). La LCR est une forme particulière de LC principalement causée par *L. tropica.* Elle fait encore l'objet d'une grande confusion dans la littérature médicale en raison des lacunes dans les connaissances associées à la nosologie et à la pathogenèse. L'épidémiologie et l'incidence de la LCR parmi les cas de LC dans le monde sont inconnues. L'incidence varie de 3 % à 33 % selon les quelques séries de cas rapportées. Le traitement actuel de la LC au Kenya se fait par stibogluconate de sodium (SGS) intralésionnel ou systémique avec une efficacité sous-optimale.

Un dermatologue et l'équipe de santé locale ont examiné cliniquement les patients et le diagnostic de LCR a été retenu chez 7 patients. Ces patients avaient déjà reçu 28 jours de SGS systémique et avaient présenté des lésions non cicatrisantes ou une rechute. Ils avaient été cliniquement diagnostiqués et le diagnostic avait été confirmé en laboratoire comme étant une leishmaniose cutanée par la mise en évidence d'amastigotes dans des frottis tissulaires par une coloration Giemsa. Les patients ont reçu une dose adulte de miltéfosine 50 mg trois fois par jour pendant 28 jours et ont été suivis sur une période de 18 mois dans le cadre d'un don humanitaire.

Il y avait 5 hommes et 2 femmes. 6 étaient noirs et un d'origine américaine, tous âgés de 36 à 65 ans. Toutes leurs lésions étaient sur le visage. Une majorité des patients (4) avaient une seule taille de lésion comprise entre 6 cm et 10 cm de rayon, 2 avaient deux lésions chacun et un avait 5 lésions. Les lésions de six patients ont disparu dans les trois mois suivant l'administration de la miltéfosine, un des patients ayant présenté une recrudescence 13 mois après avoir terminé la dose. Les effets secondaires les plus fréquents étaient des nausées chez 6 sur 7 patients et des vomissements chez 4 sur 7 patients.

La réponse de la leishmaniose récidivante associée à des lésions non cicatrisantes et/ou à une recrudescence de papules ou de nodules provenant de lésions précédemment cicatrisées est minimale lors d'un traitement par SGS. La guérison est démontrée avec l'utilisation de miltéfosine dans ce type de LC

Le traitement de la LCR en monothérapie, qui est l'approche principale pour le traitement de la LC à Gilgil, n'est pas efficace pour cette forme de LC. La stratégie de prise en charge doit être modifiée pour utiliser une thérapie combinée. Il est également nécessaire de mener des essais cliniques contrôlés pour montrer l'efficacité réelle de la miltéfosine pour le traitement de la leishmaniose cutanée.

Remerciements

Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées

Département des sciences de la santé, comté de Nakuru

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée récidivante, miltéfosine, stibogluconate de sodium

Autoprise en charge thérapeutique pour l'éléphantiasis filaire à l'aide de la médecine intégrative

Auteurs : Saravu Narahari, Madhur Aggithaya, Terence Ryan, Kunnathody Muralidharan, Christine Moffatt, Peter Mortimer

Affiliations :

Institute of Applied Dermatology, Kasaragod, Kerala (Inde)
Institute of Applied Dermatology, Kasaragod, Kerala (Inde)
University of Oxford and Oxford Brookes University, Oxford
ICAR-Central Plantation Crops Research Institute, Kasaragod, Kerala (Inde)
Nottingham University NHS trust Nottingham and University of Nottingham
Molecular and Clinical Sciences Institute (Dermatology Unit), St. George's, University of London (Royaume-Uni)

Contexte

La filariose lymphatique est une maladie tropicale négligée qui provoque un lymphœdème (éléphantiasis) comme séquelle principale. La stratégie d'élimination de la filariose lymphatique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vise l'élimination de la maladie et soulage la souffrance grâce à la prise en charge de la morbidité et à la prévention du handicap (PMPH). Cependant, il n'existe aucun traitement efficace pour l'éléphantiasis filaire par les programmes PMPH. Le traitement de la médecine intégrative pour le lymphœdème utilise une combinaison de médecine traditionnelle indienne, l'Ayurveda, ainsi que des exercices de yoga, une thérapie de compression, des antibiotiques et des antifongiques, permettant une combinaison utile lorsque les ressources sont limitées et que différentes pratiques sont utilisées.

Objectifs

Évaluer la valeur des services de médecine intégrative dans la pratique clinique existante de la prise en charge du lymphœdème des membres inférieurs et déterminer si les résultats du traitement sont conformes à l'objectif mondial de l'OMS pour la PMPH de la filariose lymphatique.

Méthode

Les données institutionnelles des dossiers médicaux électroniques des 1698 cohortes d'éléphantiasis filaire ayant fréquenté l'établissement de médecine intégrative de soins de jour pour le lymphœdème entre 2010 et 2019 ont été analysées rétrospectivement à l'aide de comparaisons avant et après le traitement. Les résultats du traitement des patients ont été évalués, y compris le volume du membre, les points d'entrée bactériens (PEB), les épisodes de cellulite et la qualité de vie liée à la santé (QdVS). L'analyse de régression multiple, les tests t, les tests du chi carré et l'analyse de la variance (ANOVA) ont été utilisés pour évaluer l'association entre la médecine intégrative et les résultats du traitement des patients. Cet audit clinique a adopté les lignes directrices du NICE.

Résultats

Le volume des membres a présenté une réduction substantielle après une période de soins intensifs supervisés (moyenne = 24,5 %, écart-type = 13,17), avec une réduction supplémentaire entre la sortie et le premier suivi (moyenne = 1,42 %, écart-type = 18,42) et une réduction du premier suivi au deuxième suivi (moyenne = 2,3 %, écart-type = 19,53). L'intervalle des jours de suivi allait de 34 à 2595 jours. La plupart des patients (1437 ; 84,63 %) avaient des antécédents de cellulite lors de la première présentation. Aucun nouvel épisode de cellulite n'a été observé lors du premier suivi et seulement cinq (5,3 %)

nouvelles cellulites ont été observées lors du deuxième suivi. Les PEB qui déclenchent la cellulite ont également diminué pendant le suivi. La QdVS s'est significativement améliorée lors de sa mesure au moment des premier et deuxième suivis.

Conclusion : La médecine intégrative pour l'éléphantiasis/lymphœdème des membres inférieurs réduit avec succès le volume des membres et les épisodes de cellulite, les PEB conduisant à une amélioration de la QdVS. Elle s'aligne sur les objectifs de traitement de la filariose lymphatique de l'OMS. En tant que programme de gestion des soins personnels à faible coût, elle a le potentiel de modifier les modèles de soins et d'améliorer la vie des patients atteints de lymphœdème.

Remerciements

Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Filariose lymphatique, lymphœdème, médecine intégrative, gestion de la morbidité et prévention du handicap, Fondation Bill et Melinda Gates

Le rôle de la carence en micronutriments dans la pathogenèse de l'ulcère de Buruli

Auteurs : Aloysius Loglo[1,2], Philemon Antwi[2], Abass Kabiru Mohammed[3], Samuel Osei-Mireku[3], George Amofa[4], Elizabeth Ofori[5], Richard O. Phillips[2], Reginald Annan[6], Barbara Engel[7], Rachel E. Simmonds[1]

Affiliations :

[1]Department of Microbial Sciences, School of Biosciences and Medicine, University of Surrey, Guildford, GU2 7XH (Royaume-Uni)
[2]Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine (KCCR), Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi (Ghana)
[3]Agogo Presbyterian Hospital, Agogo (Ghana)
[4]Dunkwa Government Hospital (Ghana)
[5]Tepa Government Hospital, Tepa (Ghana)
[6]College of Sciences, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi (Ghana).
[7]Department of Nutritional Sciences, School of Biosciences and Medicine, University of Surrey, Guildford, GU2 7XH (Royaume-Uni)

L'ulcère de Buruli (UB) est une maladie tropicale négligée causée par une infection sous-cutanée à *Mycobacterium ulcerans*. La nutrition est connue pour jouer un rôle dans la susceptibilité aux maladies infectieuses, ce qui n'a cependant pas été exploré pour l'UB. Notre objectif était d'évaluer les régimes alimentaires des individus vivant dans les communautés touchée par l'endémie d'UB et de comparer les régimes alimentaires des cas par rapport aux témoins.

Au total, 40 cas confirmés par l'UB et 40 témoins appariés ont été recrutés dans l'étude, tous ayant fait l'objet d'une évaluation anthropométrique. Des questionnaires de rappel à 24 heures permettant des accès multiples sur la fréquence des aliments ont été administrés pour déterminer les habitudes de consommation d'aliments, la diversité alimentaire et l'apport nutritionnel pour l'ensemble de la cohorte, les cas par rapport aux témoins et entre les patients présentant une gravité différente de la maladie. Les niveaux circulants de micronutriments alimentaires sélectionnés ont également été évalués par des tests biologiques sériques dans une cohorte distincte de 80 cas d'UB et de témoins.

Dans l'ensemble, les régimes alimentaires des participants à l'étude étaient inadéquats pour leurs besoins quotidiens et la plupart d'entre eux avaient un apport insuffisant en macro et micronutriments, à l'exception des glucides. Les repas quotidiens de plus de 95 % des participants de l'étude contenaient >60 % de leur apport énergétique total en glucides, tandis que 9 à 10 % provenaient de protéines (à la limite inférieure d'un apport suffisant). Nous avons constaté une réduction significative de l'apport de plusieurs micronutriments chez les cas par rapport aux témoins : zinc (cas : 5,57 ±1,70 mg/jour, témoins : 6,90 ±2,96 mg/jour, valeur-p = 0,011), sélénium (cas d'UB : 52,14 ±31,85 mg/jour, témoins : 77,32 ±44,53 mg/jour, valeur-p = 0,005) et vitamine B12 (cas d'UB : 0,89 ±0,92 µg/jour, témoins : 2,332 ±2,68 µg/jour, valeur-p = 0,002). Une proportion plus élevée de l'alimentation des témoins (85 %) contenait suffisamment de sélénium (tel qu'évalué par le « besoin moyen estimé » ou BME) par rapport aux cas d'UB (60 %) avec une valeur-p = 0,023. De plus, l'insuffisance en vitamine B12 était significativement plus élevée dans les cas d'UB (80 %) que chez les témoins (55 %) avec une valeur-p = 0,03. Ces conclusions ont été renforcées par la découverte de niveaux plus faibles de ces micronutriments dans une cohorte distincte de cas d'UB et de témoins.

Nos résultats globaux montrent que les régimes alimentaires des cas d'UB peuvent être un facteur contribuant à la susceptibilité à la maladie, et les interventions nutritionnelles peuvent avoir un potentiel à la fois pour la prophylaxie et le traitement.

Remerciements

Ce travail a été financé par l'Université de Surrey, la Fondation Nestlé. Rachel Simmonds est titulaire d'une bourse de chercheur en sciences de Welcome Trust

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli

Leishmaniose muqueuse : à la recherche d'un traitement

Auteur : Jaime Soto

Affiliation :

FUNDERMA, Fundación Nacional de Dermatología y Hospital Dermatológico de Jorochito, Santa Cruz, SC, Bolivie

De 3 à 5 % (0,5 – 17 %) des malades atteints de leishmaniose cutanée en Amérique latine souffrent d'une extension à la muqueuse nasale, orale et/ou aux voies respiratoires supérieures de 2 à 5 ans après la lésion cutanée (de 1 à 30 ans ou plus).

Vu que la mise en évidence du parasite à l'examen direct ou à la biopsie n'est possible que dans 10 à 40 % des cas, que les examens moléculaires ne sont pas disponibles dans les zones d'endémie et que les tests sérologiques ne sont pas spécifiques, le diagnostic repose principalement sur la clinique et les antécédents épidémiologiques, avec comme inconvénient le fait que plusieurs maladies fréquentes (tuberculose, lèpre, paracoccidioïdomycose, adénomes, carcinomes) ou rares (lymphomes et autres infections) entrent dans le diagnostic différentiel, ce qui implique de pratiquer des examens supplémentaires (biopsies, cultures) qui se font en général dans des centres spécialisés imposant aux malades des déplacements, avec l'augmentation des coûts qui en découle et des retards pour commencer le traitement.

es recommandations en vigueur des organismes multinationaux comme des services de santé des pays ayant le plus de cas retiennent les antimoniés pentavalents (AP) en monothérapie comme première option thérapeutique. Les publications sur d'autres médicaments (miltéfosine, amphotéricines, pentamidine) sont rares, ce qui ne permet pas de tirer de conclusions pour en faire des options valables. Mis à part quelques publications qui associent les AP à la pentoxifylline pour un groupe limité de malades, il n'existe pas de données factuelles sur d'autres approches thérapeutiques combinées.

L'analyse rétrospective des cas d'atteinte muqueuse traités au cours des 20 dernières années et les résultats préliminaires d'un essai clinique contrôlé en cours sur cent vingt patients traités en monothérapie avec l'un des trois médicaments antileishmaniens reconnus, nous permettent de définir des modèles de présentation et de faire le lien avec la réponse thérapeutique aux différents médicaments employés.

Il y a pour tout médicament administré en monothérapie une grande possibilité d'échec, en particulier dans les cas de lésions évoluant depuis plus de 2 ans ou qui s'étendent au-delà de la muqueuse nasale ou du palais, tandis que les possibilités de guérison sont plus grandes avec l'association de deux médicaments antileishmaniens spécifiques, mais les récidives seront la norme en cas de lésions chroniques, très étendues ou qui ont déjà résisté à des traitements antérieurs.

Le traitement bien conduit de la maladie cutanée, l'éducation et la surveillance des patients pour la détection précoce des atteintes muqueuses, ainsi que la mise en place rapide d'un traitement associé peuvent signifier la guérison de la leishmaniose muqueuse, mais ces circonstances idéales ne se rencontrent que dans à peine 25 à 30 % des cas de sorte que, même avec une bonne réponse initiale, la possibilité de rechute demeure élevée.

MTN cutanées et/ou intégration

Leishmaniose, leishmaniose muqueuse, antimoniés pentavalents, miltéfosine, amphotéricine B liposomale, pentamidine

Étude de cohorte rétrospective de la rifampicine, l'ofloxacine et la minocycline mensuelles dans la prise en charge de la lèpre au Royaume-Uni

Auteurs :

Priyanks Sivakumaran[1], Barbara de Barros[2,3], Diana Lockwood[3], Stephen Walker[2,3,4]

Affiliations :

[1]Royal London Hospital, Barts Health, Londres (Royaume-Uni)
[2]Hospital for Tropical Diseases, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londres (Royaume-Uni)
[3]Faculty of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres (Royaume-Uni)
4Department of Dermatology, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londres (Royaume-Uni)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande la rifampicine, la dapsone et la clofazimine en polychimiothérapie (PCT) pour le traitement de la lèpre. Les effets indésirables graves comprennent le syndrome d'hypersensibilité à la dapsone, la pigmentation de la peau, l'anémie et l'hépatite. À l'hôpital chargé des maladies tropicales (HTD), Londres (Royaume-Uni), la rifampicine, l'ofloxacine et la minocycline mensuelles (ROMm) sont utilisées comme traitement de première intention pour la lèpre. Il existe peu d'études sur l'efficacité et le profil d'effets indésirables de la ROMm.

Une étude rétrospective de patients atteints de la lèpre à qui on avait prescrit de la ROMm à l'HTD a été menée. Des données démographiques et cliniques ont été recueillies pour les critères de jugement, y compris les rechutes, les réactions lépreuses, l'indice bactérien (IB) et les effets indésirables. Les personnes ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire semi-directif pour comprendre leurs expériences de ROMm.

29 sujets ont été identifiés et 20 interrogés. 26 patients (89,7 %) ont terminé une ROM mensuelle. 9 (31 %) étaient passés de la PCT de l'OMS à la ROMm (dont cinq (55,6 %) ont été interrogés). L'IB a diminué de manière significative après le traitement par ROMm (p = 0,04). 17 sujets (58,6 %) ont eu une réaction lépreuse. L'un des 29 sujets (3,4 %) a fait une rechute. Le taux de rechute était de 9,5/1000 années-personnes. Les 52 rapports d'effets indésirables potentiels rapportaient des effets légers ou modérés. L'effet indésirable le plus fréquemment signalé (13/52) était la décoloration orange de l'urine. Aucun effet indésirable n'a nécessité d'hospitalisation ou d'arrêt de la ROMm. La plupart des personnes ont signalé que les lésions cutanées s'amélioraient au moment où elles avaient terminé la ROMm. Trois personnes ont exprimé leur soulagement parce que la pigmentation de la clofazimine s'est améliorée lors du passage de la PCT de l'OMS à la ROMm.

Dans notre petite étude dans un cadre non endémique, la ROM mensuelle était sûre, efficace et acceptable. La thérapie ROM est associée à une amélioration des lésions cutanées, à une baisse de l'indice bactérien et à des effets indésirables acceptables. Des études randomisées prospectives de plus grande envergure sont nécessaires pour déterminer si les taux de rechute avec la ROMm sont équivalents ou supérieurs à ceux de la PCT de l'OMS et pour fournir des données solides sur le profil d'effets indésirables apparemment supérieur de la ROMm.

Remerciements

Nous sommes reconnaissants aux patients et au personnel de l'Hospital for Tropical Diseases, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, Londres (Royaume-Uni).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, traitement, polythérapie, effets indésirables, ROM

Étude des activités antileishmaniales de nanoparticules d'argent obtenues par synthèse écologique par extraction de *Thymus vulgaris* contre *Leishmania major in vitro*

Auteurs : Leila Zaki, Fatemeh Ghaffarifar, Amir KarimiPourSaryazdi

Affiliation :

Service de parasitologie, Faculté des sciences médicales, Université Tarbiat Modares, Téhéran (Iran)

Les complications graves et mortelles de la leishmaniose restent un problème, aucun vaccin n'est disponible et le traitement médicamenteux actuel contre cette infection protozoaire est inefficace. L'utilisation de nouvelles approches telles que la nanotechnologie écologique a été utilisée comme modalité thérapeutique. Cette étude visait à examiner l'efficacité des nanoparticules d'argent de synthèse écologique (Ag NP) extraites de *Thymus vulgaris* (thym) contre *Leishmania major* (*L. major*) *in vitro*.

Nous avons préparé des nanoparticules d'argent (TSNP) en ajoutant de l'extrait de thym à la solution aqueuse de nitrate d'argent (0,2 mM), et évalué leur activité antileishmaniale. La viabilité des promastigotes de *L. major* a été évaluée en présence de diverses concentrations de TSNP par comptage direct après 24 heures. Le test MTT a été utilisé pour identifier la viabilité des promastigotes. Les mêmes procédures ont été appliquées dans des cellules de macrophages non infectées. Les effets apoptotiques des nanoparticules sur les promastigotes de *L. major* ont été déterminés par titrage grâce à la cytométrie en flux en utilisant la coloration à l'annexine. Pour évaluer l'activité anti-amastigotes des TSNP, l'observation par microscopie optique a été utilisée pour déterminer le nombre de parasites dans les macrophages de chaque puits.

L'effet des TSNP sur les promastigotes et les amastigotes de *L. major* était efficace et il apparaît une relation inverse avec sa concentration. Les résultats ont démontré que les TSNP inhibaient le taux de croissance des amastigotes de *L. major* et la valeur CI50 de ces nanoparticules a été estimée à 3,02 ppm après 72 h. De même, ces nanoparticules n'avaient pas de cytotoxicité significative dans les macrophages Raw 264.7. Les résultats de la cytométrie en flux ont montré que les effets toxiques des TSNP sur les promastigotes après 24 heures étaient statistiquement significatifs ($p<0,05$) et montraient 69,51 % d'apoptose.

Dans l'ensemble, notre étude confirme que les TSNP ont un effet bénéfique sur les formes promastigote et amastigote de *L. major in vitro* et pourraient être considérés comme candidats pour le traitement de cette infection.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tout le personnel du département de parasitologie de l'Université Tarbiat Modares, en Iran.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmania major, argent, nanoparticules, in vitro

Séance 9 : Recherche opérationnelle – Présentations

Vendredi 31 mars 2023 Présidente : Ymkje Stienstra		
Horaires	**Sujet**	**Intervenant.e.s**
09:00 – 9:10	**Arrivée du Directeur général** **Remarques**	
09:10 – 09:25	**Présentation des conclusions et recommandations**	Roderick Hay
09:25 – 09:45	**Présentation d'ouverture** : Recherche opérationnelle pour les MTN à manifestation cutanée – quels sont les besoins essentiels ?	Gail Davey
09:45 – 10:00	Expérience de la prise en charge holistique des maladies tropicales négligées cutanées via les réseaux des églises dans le Territoire de Songololo	Delphin Phanzu
10:00 – 10:15	Obstacles liés à l'accès aux services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités dues à la filariose lymphatique dans l'État de Jigawa (Nigéria)	Juliana Amanyi-Enegela
10:15– 10:30	Approche intégrée, centrée sur la personne, pour l'identification, l'orientation, le diagnostic et la prise en charge des cas de MTN cutanées : résultats d'une évaluation pluridisciplinaire	Laura Dean
10:30 – 10:45	Deux ans et demi de camps de dermatologie PEP4LEP : essai de mise en œuvre du dépistage intégré des maladies cutanées et de la prévention de la lèpre dans les communautés en Éthiopie, au Mozambique et en Tanzanie	Anne Schoenmakers
10:45 – 11:00	Pérennité des programmes d'auto-assistance basés en communauté dans le contexte de la lèpre et des travaux des missions contre cette maladie	Sopna Choudhury
11:00 – 11:15	Compréhension locale de l'étiologie et recherche des soins pour la lèpre, l'ulcère de Buruli et le pian dans le district d'Atwima Mponua de la Région d'Ashanti au Ghana	Daniel Okyere
11:15 – 11:30	Contribution à la pharmaco-économie dans les maladies tropicales négligées : le coût du développement de médicament pour le mycétome	Eduard Zijlstra
11:30– 11:45	Comprendre la charge économique des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée pour les ménages : observations qualitatives au Ghana et en Éthiopie	Jacob Novignon
11:40 – 12:00	**Discussions**	**Tous**

Expérience de la prise en charge holistique des maladies tropicales négligées cutanées via les réseaux des églises dans le Territoire de Songololo

Auteurs: Delphin M. Phanzu, Elysée K. Luzolo, Obéis K. Mbombolo, Emmanuel Elumbu, Pierre K. Mbombolo, Gauthier Vakoko, Anatole Ndedoso, Eroll Wekesa, Barthelemy N. Dunda, George N. Gitau, Stefanie Weiland

Affiliations :

[1]Institut Médical Evangélique de Kimpese, Département de la Recherche Scientifique et Développement en Santé, RD Congo
[2]Coordination Provinciale Lèpre-Tuberculose Kongo central Est, RD Congo
[3]American Leprosy Missions, Greenville, South Carolina, USA

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe de maladies évitables et curables. Celles-ci touchent les populations les plus pauvres et les plus vulnérables qui vivent dans les zones reculées d'Afrique. La plupart des pays de la région africaine sont co-endémiques pour au moins 5 MTN.

En 2018, La République Démocratique du Congo (RDC) a rapporté 3334 cas de lèpre, 17 cas de pian et 99 cas d'UB. Pour raison d'efficiente, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prône pour l'intégration de la lutte contre ces MTN cutanées. L'objectif général de l'étude est d'équiper la communauté de foi pour fournir des soins physiques, spirituels et émotionnels aux personnes et aux familles touchées par les MTN cutanées. Plus spécifiquement, i) Donner aux réseaux confessionnels locaux les moyens de mobiliser la communauté religieuse pour identifier les cas de MTN cutanées et orienter les patients vers le système de santé ; ii) Mettre en œuvre les meilleures pratiques de l'autogestion des soins dans la communauté ; iii) Fournir un soutien continu en matière de soins spirituels et émotionnels.

Méthodes

Il s'est agi d'une recherche-action qui s'est déroulée de juillet 2020 à juin 2021 dans deux zones de santé (Kimpese et Nsona-Mpangu) dans le territoire de Songololo, province du Kongo central. Dans chaque zone de santé, 6 aires de santé ont été sélectionnées, soit un total de 12. Ensuite, l'étude s'est déroulée en trois phases : i) la cartographie et identification des églises et des acteurs à former ; ii) la formation de base de trois jours ; iii) mise en œuvre proprement dite des activités.

Résultats

En somme, 506 personnes ont été formées durant la période, dont 480 du réseau des églises (72 pasteurs et 408 leaders laïcs) sur la détection des cas suspects MTN cutanées, orientation vers les structures de santé et l'accompagnement psycho-spirituel ; et 26 professionnels de santé sur l'autosoin.

Au total, 441 cas suspects de MTN cutanés ont été détectés via le réseau des églises dans les deux ZS, repartis comme suite : 243 cas suspects d'ulcère de Buruli, dont 25 cas confirmés (10 %) ; 148 cas suspects de pian dont 2 cas confirmés (1%), 17 cas suspects de lèpre dont 6 confirmés (35 %).

De tous les cas suspects (441) et orientés vers les structures de soins, 385 (87%) y sont effectivement parvenus, 81 (8%) ont bénéficié du soutien spirituel et émotionnel, dont 17 ont reçu le baptême.

Concernant, l’autosoin, 32 patients en ont été bénéficiaires en termes de formation et d’octroi de matériels et consommables requis.

Conclusion

Notre étude a montré le potentiel des réseaux confessionnels locaux à mobiliser leur communauté (pasteurs, dirigeants laïcs et membres de la communauté) pour gérer les personnes atteintes de MTN cutanées, y compris l'identification des cas et l'orientation des soins vers le système de santé, la mise en œuvre des meilleures pratiques d'autosoin dans la communauté et la fourniture d’un soutien spirituel et émotionnel permanent, qui réussit à réduire l'isolement des personnes affectées.

Remerciements

Nous remercions tous les participants à cette étude pour leur coopération, les pasteurs et leaders laïcs des réseaux des églises des aires de santé impliquées dans les zones de santé de Kimpese et Nsona-Mpangu, les Infirmiers responsables des aires de santé, ainsi que le personnel des bureaux centraux des zones de santé pour leur assistance. Cette étude a été soutenue par Cornerstone Trust et American Leprosy Missions.

MTN à manifestation cutanée et/ou intégration – Mots-clés

Maladies tropicales négligées cutanées, Lèpre, Pian, Ulcère de Buruli, soins holistiques, autosoin, Songololo, Kongo central, République Démocratique du Congo

Obstacles liés à l'accès aux services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités dues à la filariose lymphatique dans l'État de Jigawa (Nigéria)

Auteurs : Juliana. A. Amanyi-Enegela[a]; Jacqueline. A. Badaki[b]; Faizah Okunade[d]; Joseph Kumbur[d]; Samuel Omoi[d]; Rinpan Ishaya[c]; Innocent Emereuwa[c]; Girija Sankar[a]

Affiliations :

[a]Inclusive Eye Health and Neglected Tropical Diseases Initiative, CBM Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission e.V., Wellington House, East Road · CB1 1BH, Cambridge ;
[b]Department of Zoology, Federal University of Technology, Lokoja, État de Kogi, Nigéria
[c]HANDS Address: 5A Naomi Jugu Drive, Rayfield, Jos, État du Plateau, Nigéria ;
[d]CBM Christoffel-Blindenmission Christian Blind Mission e.V Nigeria Country Office, 13 Okemesi Crescent, Garki 2, Territoire de la Capitale fédérale, Abuja.

Le lymphœdème et l'hydrocèle sont des manifestations cliniques chroniques de la filariose lymphatique (FL) et la principale méthode pour prendre en charge et traiter ces pathologies consiste à dispenser des soins essentiels de base par le biais des services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités (PMPI) dans les zones d'endémie. Les personnes présentant des morbidités dues à la FL doivent pouvoir accéder à ces services au niveau communautaire et être adressées au niveau secondaire des soins si besoin. Pourtant, il y a peu d'informations sur l'utilisation des services de PMPI et les difficultés rencontrées par les patients pour y accéder au Nigéria. Dans cette étude, nous avons voulu évaluer la situation en matière de recours aux services de PMPI et les facteurs influant sur l'accès à ceux-ci dans l'État de Jigawa, au Nord-Ouest du Nigéria.

Cette étude exploratoire a eu recours à plusieurs méthodes incluant une enquête descriptive transversale portant sur 155 patients, 6 interviews approfondies, 6 entretiens avec des informateurs clés et 8 groupes de discussion. Les données recueillies ont comporté la disponibilité d'établissements de soins primaires proposant les services de PMPI, leur fonctionnalité et les obstacles à l'accès à ces services, la coordination et les partenariats entre les différents intervenants communautaires et des recommandations pour l'amélioration de la prestation et de l'utilisation des services. Une analyse descriptive a été faite pour les données quantitatives et une analyse thématique pour les données qualitatives.

Les résultats de l'exercice de cartographie montrent l'existence d'établissements de soins de santé primaires sur le lieu de l'étude ; en revanche, le personnel a besoin d'une formation sur l'identification des cas de morbidité due à la FL, sur la prestation des soins de santé essentiels et sur la détermination des cas à adresser au niveau secondaire des établissements de santé pour une évaluation et des services plus complets.

Concernant les obstacles à l'accès aux services de PMPI, le coût financier, soit du transport en cas d'orientation vers les établissements secondaires, soit de l'accès aux services de PMPI, tels que le réapprovisionnement en fournitures pour le traitement, était une difficulté majeure. Le peu de connaissance des services disponibles, la peur pour la sécurité des actes chirurgicaux sur l'hydrocèle et la crainte d'une stigmatisation sociale représentaient d'autres obstacles pour l'accès à ces services.

Des possibilités existent pour améliorer le niveau de connaissances, afin d'augmenter l'accès aux services de PMPI et leur utilisation au moyen de structures communautaires innovantes et du renforcement des capacités des personnels soignants et des membres des communautés, quel que soit leur sexe.

Le renforcement de la délivrance de messages de communication localement adaptés et des stratégies pour accroître le recours aux services de PMPI sont primordiaux dans tout programme d'élimination de la FL. Cela peut impliquer d'aller au-delà des services de proximité traditionnels, comme les crieurs publics, et de développer des méthodes novatrices, conçues pour couvrir tous les segments de la société. Les patients ayant adhéré à leur protocole thérapeutique et attestant l'amélioration de leur état de santé deviennent les porte-parole communautaires pour la PMPI. Ils peuvent être des outils puissants pour le plaidoyer et pour alléger les craintes concernant la chirurgie de l'hydrocèle.

Remerciements

Nous aimerions exprimer notre gratitude à HANDS et au Ministère de la Santé de l'État de Jigawa (Nigéria) pour avoir facilité ces travaux et leur avoir procuré un cadre propice.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Filariose lymphatique ; Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités (PMPI) ; Accès et obstacles

Approche intégrée, centrée sur la personne, pour l'identification, l'orientation, le diagnostic et la prise en charge des cas de MTN cutanées : résultats d'une évaluation pluridisciplinaire

Auteurs : Laura Dean[1], Karsor Kollie[2], Rosalind McCollum[1], Wede Tate[3], Hannah Berrian[3], Georgina Zawolo[3], Jerry Kollie[3], John Smith[3], Zeela Zaizay[3], Colleen Parker[3], Sally Theobald[1], Rachael Thomson[1], Joanna Raven[1], Russ Dacombe[1], Yan Ding[1], Maaike Seekles[1], Lucas Sempe[4], Tia Akpan[5], Stefanie Weiland[5] Maneesh Phillip[6], Anna Wickenden[6] et Emerson Rogers[2] pour le compte du consortium REDRESS

Affiliations :

[1]Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, Royaume-Uni
[2]Ministère de la Santé du Libéria, Monrovia, Libéria
[3]University of Liberia Pacific Institute for Research and Evaluation, Monrovia, Libéria
[4]Queen Margaret University, Edinburgh, Royaume-Uni
[5]American Leprosy Mission
[6]Effect Hope

Pour nombre de personnes ayant des MTN cutanées, le manque d'accès à des services efficaces a des conséquences physiques et psychosociales importantes, entraîne des démarches complexes pour le traitement et a des retombées socio-économiques catastrophiques. Des approches intégrées au niveau du système de santé pour prendre en charge les MTN cutanées ont été proposées comme principale solution à ces difficultés et aux problèmes d'équité et d'efficacité. Le Libéria est l'un des premiers pays au monde à élaborer une approche nationale intégrée pour la prise en charge des MTN cutanées. Néanmoins, les données factuelles sont limitées concernant les méthodes optimales, la qualité des services proposés, la rationalisation de la gestion de la santé mentale et des ressources humaines et la mise en œuvre des services à une échelle correspondant à une prestation équitable.

En utilisant une approche centrée sur la personne, nous avons développé conjointement et adapté les interventions des systèmes de santé pour la prise en charge des MTN cutanées au Libéria, afin d'en tirer des enseignements pour d'autres situations en Afrique subsaharienne. Nous avons collaboré avec des responsables du Ministère de la Santé, des agents de santé et des patients, afin de déterminer les stratégies à utiliser de préférence pour détecter, orienter, traiter et aider les personnes ayant des MTN cutanées. Ces approches sont décrites en détail dans un manuel complet d'intervention, conçu pour soutenir les systèmes de santé nationaux dans le déploiement d'une approche intégrée pour la prise en charge des MTN cutanées. Ce manuel se compose de trois principaux modules : 1) la détection des cas et la prise en charge intégrée (avec la fourniture d'un appui à la santé mentale et la réduction de la stigmatisation) ; 2) la formation (en insistant spécifiquement sur les principes de l'apprentissage chez les adultes) ; et 3) la gestion des ressources humaines. Nous sommes en train de tester l'utilisation de ce manuel et des interventions qui s'y associent dans trois comtés du Libéria.

À ce jour, nous avons formé 3 218 cadres de santé (personnels de niveau intermédiaire et communautaire, tradipraticiens et guérisseurs, représentants de pairs) à l'identification, à l'orientation, au diagnostic et à la prise en charge des cas de MTN cutanées. L'ensemble de la formation s'est axée spécifiquement sur la réduction de la stigmatisation, la santé mentale, l'inclusion du handicap et la sensibilité au genre. Après deux semaines d'intervention, nous avions identifié 37 nouveaux cas de MTN cutanées et 30 autres cas déjà connus s'étaient engagés dans des activités de soutien par les pairs. L'engagement des comités consultatifs communautaires au niveau du comté et au niveau national

continue d'être essentiel pour soutenir le suivi de l'intervention et son adaptation ; la collaboration entre les départements ministériels a été cruciale pour notre succès.

Au cours de cette présentation, nous allons communiquer les enseignements que nous avons tirés de notre étude pluridisciplinaire sur l'élaboration, la délivrance et l'évaluation de l'intervention intégrée.

Remerciement

Ce travail a reçu l'appui du National Institute for Health Research (NIHR), Research for Innovation for Global Health Transformation REDRESS Programme (NIHR2001129).

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, lèpre, pian, onchocercose, lymphœdème, hydrocèle, intégration, santé mentale, gestion des ressources humaines, équité et inclusion.

Deux ans et demi de camps de dermatologie PEP4LEP : essai de mise en œuvre du dépistage intégré des maladies cutanées et de la prévention de la lèpre dans les communautés en Éthiopie, au Mozambique et en Tanzanie

Auteurs : Anne Schoenmakers[1,2], pour le compte du consortium PEP4LEP[1-7]

Affiliations :

[1]NLR the Netherlands, Mozambique
[2]Centre médical universitaire Erasmus, Pays-Bas
[3]GLRA (Association allemande de lutte contre la tuberculose et la lèpre) Allemagne, Éthiopie, Tanzanie
[4]AHRI (Armauer Hansen Research Institute) Éthiopie
[5]Université Lúrio Mozambique
[6]CUHAS (Catholic University Of Health And Allied Sciences) Tanzanie
[7]Ministère de la Santé, Éthiopie
[8]Ministère de la Santé, Mozambique
[9]Ministère de la Santé, Tanzanie

L'étude PEP4LEP est un essai de mise en œuvre aléatoire en grappes visant à contribuer à l'interruption de la transmission de la lèpre en déterminant la méthode la plus efficace et faisable pour dépister les personnes susceptibles de développer la lèpre et administrer la chimioprophylaxie en Éthiopie, au Mozambique et en Tanzanie. Dans le cadre stratégique 2022 de l'Organisation mondiale de la Santé pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée (MTN cutanées), une approche intégrée du dépistage cutané est promue pour augmenter l'impact. Elle est appliquée par le projet PEP4LEP : des dermatologues et des agents de santé entraînés dépistent non seulement la lèpre, mais aussi d'autres MTN cutanées, comme la filariose lymphatique, les dermatoses liées au VIH/sida, comme le sarcome de Kaposi, et d'autres pathologies plus courantes, comme l'eczéma. L'application mobile de santé (mHealth) « NLR's SkinApp » peut aider les agents de santé pendant le processus de dépistage.

Les camps de dermatologie (« skin camps »), basés en communauté, sont un volet de l'intervention PEP4LEP : ils sont utilisés pour contrôler 100 contacts communautaires par cas indicateur de lèpre et pour leur donner la chimioprophylaxie s'ils sont éligibles. Ces camps amènent à la fois la chimioprophylaxie de la lèpre et les soins dermatologiques spécialisés à proximité des communautés desservies. Au total, cette intervention doit couvrir 270 cas indicateurs et 27 000 contacts dans les communautés. Les contacts communautaires recrutés ayant des dermatoses reçoivent gratuitement des médicaments topiques, des conseils médicaux ou une orientation vers des soins spécialisés.

Le premier camp PEP4LEP a été organisé en Tanzanie en juillet 2020, suivie de l'Éthiopie en mai 2021 et du Mozambique en avril 2022. En Éthiopie, 43 cas indicateurs ont été inclus jusqu'en décembre 2022. Lors des 43 camps, 4 051 contacts ont bénéficié d'un dépistage cutané intégré. Parmi ces contacts, 33 (0,8 %) nouveaux cas de lèpre ont été détectés, ainsi que 1 735 (42,8 %) contacts communautaires ayant d'autres maladies cutanées. La chimioprophylaxie de la lèpre a été administrée à 3 551 (87,7 %) contacts éligibles.

Au Mozambique, à la fin de 2022, 56 cas indicateurs avaient été inclus dans 26 camps. Au total, 4 142 contacts ont bénéficié d'un dépistage cutané intégré et 3 628 (87,6 %) ont reçu la chimioprophylaxie de la lèpre. Sur l'ensemble des contacts mozambicains contrôlés, 72 (1,7 %) nouveaux cas de lèpre ont été détectés et 1 837 (44,4 %) contacts ont eu d'autres dermatoses

diagnostiquées. On a décelé un nombre particulièrement élevé de cas de gale chez les contacts au Mozambique.

En dehors de la lèpre et de la gale, d'autres maladies cutanées ont été diagnostiquées lors des camps, entre autres : l'acné, l'albinisme, la chéilite angulaire, la dermatite atopique/de contact, la folliculite, les infections fongiques, la furonculose, l'ichthyose, l'impétigo, les chéloïdes, le lichen simplex/plan, le mélasme, les naevus, la pellagre, le pityriasis alba/versicolor, la podoconiose, des éruptions papuleuses prurigineuses, le psoriasis, la dermite séborrhéique, l'urticaire, le vitiligo et le xérosis.

Un des avantages évidents des camps PEP4LEP est qu'il n'est pas nécessaire de dévoiler le statut du cas indicateur de lèpre. De plus, les agents de santé sont motivés et de nombreux membres de la communauté viennent consulter pour le dépistage et le traitement dermatologique. Les difficultés ont trait au transfert du personnel de santé formé, à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les camps (« interdiction des rassemblements »), à l'inaccessibilité des communautés en raison des mauvaises infrastructures routières, des pluies diluviennes et des inondations, ainsi qu'aux pénuries de médicaments, par exemple pour la gale ou pour la lèpre.

On attend prochainement d'autres informations sur la Tanzanie, ainsi que sur l'acceptabilité, le rapport coût-efficacité et l'organisation des camps. Des résultats comparatifs des sites d'études en Tanzanie seront exposés lors de la soumission d'un résumé et d'une présentation.

Remerciements

Nous aimerions remercier tous les patients, les membres des communautés, les agents de santé et les membres du consortium PEP4LEP ayant participé au projet PEP4LEP. Celui-ci a été financé par le programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne (numéro de subvention RIA2017NIM-1839-PEP4LEP). Il a également reçu l'aide financière de la Leprosy Research Initiative (LRI ; www.leprosyresearch.org ; numéro de subvention 707.19.58). Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, dans la collecte et l'analyse des données, dans la décision de publier, ni dans la préparation du résumé.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées, dépistage cutané intégré, camps de dermatologie (« skin camps »), mHealth, maladies cutanées, dermatologie, Afrique orientale (Éthiopie, Mozambique, Tanzanie), recherche

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, leishmaniose dermique post-Kala-azar, lèpre, filariose lymphatique, podoconiose, mycétome, onchocercose, gale, pian, infections fongiques et autres maladies cutanées.

Intégration entre de multiples maladies et entre pays

Pérennité des programmes d'auto-assistance basés en communauté dans le contexte de la lèpre et des travaux des missions contre cette maladie

Auteurs : Sopna Mannan Choudhury[1], Onaedo Ilozumba[1], Joydeepa Darlong[2], Karthikeyan Govindasamy[2], Paul A. Tsaku[3], Sunday Udo[3], Dilip Shrestha[4], Indra B. Napit[4], Linda Ugwu[5], Anthony Meka[5], Jo Sartori[1], Frances Griffiths[6,7], Richard Lilford[1]

Affiliations :

[1]Institute of Applied Health Research, College of Medical and Dental Sciences, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, B15 2TT, Royaume-Uni.
[2]The Leprosy Mission Trust India, New Delhi, Inde.
[3] The Leprosy Mission Nigeria, 12/14 Kings Drive, Fort Royal Homes Estate - Lugbe, P.M.B. 494, Area 10, Garki, F.C.T. Abuja.
[4]The Leprosy Mission Nepal, Tika Bhairav, Lele-9, Lalitpur P. O. Box 151, Katmandou, Népal.
[5]The German Leprosy and Tuberculosis Relief Association (DAHW), Enugu, Nigéria.
[6]Warwick Medical School, A-155, University of Warwick, Royaume-Uni.
[7]Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud.

Introduction

Pour rompre le cercle vicieux de la pauvreté et des mauvais résultats sanitaires associés à la lèpre, des groupes d'auto-assistance (GAA) ont vu le jour ; ils sont basés dans les communautés et impliquent le rassemblement de personnes susceptibles de s'apporter une aide mutuelle et de former des groupements d'épargne.

Objectifs

Notre objectif est de déterminer la mesure dans laquelle les activités du programme des GAA se sont poursuivies après la période de financement et de recueillir les preuves de bénéfices durables sur quatre sites d'étude dans trois pays d'endémie de la lèpre. Les conclusions seront présentées à partir d'un examen exploratoire de la pérennité, ainsi que des discussions sur les observations préliminaires venant de notre étude sur la pérennité des GAA dans quatre sites répartis dans plusieurs pays (Inde, Népal et Nigéria).

Méthodes

Nous récupérerons et analyserons tous les documents du projet. Cette étape sera suivie d'interviews semi-structurées avec les personnes impliquées dans la délivrance de l'intervention pour l'auto-assistance, les bénéficiaires potentiels et des personnes dans l'environnement plus large, susceptibles d'avoir connu le programme. Les interviews visent à déterminer les obstacles et les aides aux succès et à la durabilité. Les données seront analysées par thème et comparées entre les groupes et les pays.

Impact

L'analyse comparative des données provenant des quatre zones géographiques aboutira à une enquête complète sur le concept de pérennité des programmes de GAA, après la cessation du financement, pour les personnes atteintes de lèpre, d'incapacités et d'autres pathologies provoquant des ulcères ou la marginalisation.

Nos conclusions auront des implications pour une population plus large, les personnes ayant la lèpre étant minoritaires dans les groupes d'auto-assistance de tous nos pays participants.

Limitations

Il y a un risque de biais et de conflits d'intérêts, les interviews étant conduites par des personnes issues des organismes d'exécution. Nous nous attendons également à des biais de rappel puisqu'il sera demandé aux participants de se souvenir d'événements de leur passé. Nous pensons que notre triangulation des méthodes et des sources de données atténuera ces biais dans une certaine mesure.

Conclusions

Si on trouve dans la littérature des informations sur l'existence des GAA et sur leur efficacité pendant la durée du financement, on en sait peu sur la pérennité de ces interventions. Notre étude contribuera à combler cette lacune dans les connaissances.

Remerciements

National Institute for Health Research (NIHR: 200132) utilisant l'aide du gouvernement du Royaume-Uni pour soutenir la recherche mondiale dans le domaine de la santé.

MTN cutanées et/ou intégration

Lèpre, incapacité, pérennité (durabilité), soins auto-administrés, groupes d'auto-assistance, évaluation

Compréhension locale de l'étiologie et recherche des soins pour la lèpre, l'ulcère de Buruli et le pian dans le district d'Atwima Mponua de la Région d'Ashanti au Ghana

Auteurs : Daniel Okyere[1], Eric Koka[2], Edmond K. Ocloo[1,2], Emmanuel Afreh Kyei[1], Ishaque Mintah Siam[1], Adwoa Asante-Poku[1], Tara Mtuy,[3] Dorothy Yeboah-Manu[1], Collins S. Ahorlu[1], Jennifer Palmer,[3] SHARP TEAM[1,2,3]

Affiliations :

[1]Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon, Ghana
[2]Department of Sociology and Anthropology, University of Cape Coast
[3]London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni

Les MTN cutanées, dont l'ulcère de Buruli, le pian et la lèpre, sont des causes majeures de morbidité en Afrique subsaharienne. Bien qu'elles puissent être soignées, elles s'associent à une morbidité, des incapacités et une stigmatisation lorsqu'elles sont traitées tardivement. Des études ont montré que la compréhension insuffisante des causes de ces maladies pouvait influer sur la rapidité de la décision et de l'action pour chercher à se faire soigner, ce qui peut aggraver davantage le problème et aboutir à une stigmatisation et à une discrimination des personnes atteintes et de leurs proches. On n'a pas assez d'informations sur les expériences vécues par les personnes atteintes de maladies cutanées dans le district d'Atwima Mponua District, où l'on sait que plusieurs d'entre elles sont co-endémiques. C'est pour cette raison que nous avons voulu examiner dans cette étude comment les personnes appréhendent des causes des MTN cutanées et ce qu'elles vivent en rapport avec ces pathologies.

Nous avons adopté une approche qualitative en utilisant des techniques d'échantillonnage intentionnelles et en boule de neige pour la collecte des données. Après avoir obtenu le consentement écrit, nous avons organisé 7 groupes de discussion avec des adultes de la communauté (n=4), des agents de santé (n=2) et des patients (n=1), nous avons eu 42 interviews approfondies avec des patients ayant un ulcère de Buruli (n=7), des agents de santé (n=33), un instituteur et un tradipraticien. Des observations ont aussi eu lieu au domicile des personnes atteintes et des aidants et dans le cabinet du tradipraticien. Avec MAXQDA v2020, un cadre de codage thématique à 3 niveaux, élaboré à partir des objectifs de l'étude, a été appliqué pour coder et analyser les réponses.

Les résultats indiquent que les personnes atteintes et les membres de la communauté avec lesquels nous avons été en contact, avaient une bonne connaissance des pathologies en termes de signes et de symptômes. Des noms locaux (en twi) tels que « *kwata* » et « *dei* » ont été mentionnés pour la lèpre et le pian respectivement, mais il n'y en a eu aucun pour l'UB. Ceux qui connaissaient cette maladie l'appelaient simplement Buruli ou UB. Les causes indiquées étaient principalement associées à des facteurs environnementaux, humains ou liés aux esprits. Fondamentalement, nous avons observé que la compréhension des causes orientait le choix du parcours de soin. Les gens tendent à se faire soigner auprès des guérisseurs s'ils associent la cause d'une maladie cutanée aux esprits, tandis que les autres vont chercher à se faire soigner par les plantes ou la biomédecine.

Les résultats de cette étude confirment ceux des études antérieures : l'expérience de la maladie par les personnes ayant des pathologies cutanées peut influer sur leur parcours de soin s'ils ne constatent pas d'améliorations là où ils se soignent. Cela peut entraîner des retards dans la recherche de soins adaptés avec, pour conséquence, des difformités.

Les stratégies améliorant l'éducation et la connaissance des causes et des modes de transmission des MTN cutanées dans le district peuvent aboutir à une baisse de la stigmatisation et à un renforcement de la recherche des soins, avec une présentation et un diagnostic plus rapides dans le système de santé officiel, ce qui réduira ou éliminera les incapacités, comme cela a été montré dans des situations similaires.

Remerciements

Nous aimerions remercier les participants à l'étude. Le Skin Health Africa Research Programme est financé par le Research and Innovation for Global Health Transformation (RIGHT) Programme [Numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/. Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude ni dans la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, ulcère de Buruli, pian, stigmatisation

Contribution à la pharmaco-économie dans les maladies tropicales négligées : coût du développement d'un médicament contre le mycétome

Auteurs : Eduard Zijlstra, Borna Nyaoke, Nigel Masbayi, Laurence Vielfaure

Affiliations :

Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées, Genève et Nairobi

Il existe un déséquilibre fatal dans la recherche et le développement (R-D) d'une réponse aux besoins en matière de maladies tropicales négligées (MTN) ; alors que 1393 médicaments ont été mis au point entre 1975 et 1999, seulement 1,3 % concernaient les MTN qui représentent 12 % de la charge mondiale de morbidité. Dix ans plus tard, 4 % des 850 nouveaux médicaments et vaccins étaient destinés aux MTN, et la plupart étaient des médicaments repositionnés ; seulement 1 % des 336 nouvelles entités chimiques (NEC) concernaient des MTN. L'Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées (DNDi) a été lancée en 2003, explorant une solution alternative de rechange, à but non lucratif, pour le développement de médicaments pour les populations négligées. Les coûts de R-D sont décrits dans le document modèle de la DNDi : *https://dndi.org/press-releases/2019/not-for-profit-research-development-can-address-market-failure-for-neglected-patients/*

Nous avons examiné les coûts de R-D d'un essai clinique randomisé (ECR) récemment terminé sur l'utilisation du fosravuconazole dans l'eumycétome.

Le mycétome est une maladie sous-cutanée qui peut être causée par des bactéries (actinomycétomes) ou des champignons (eumycétome). Pour ces derniers, seul l'itraconazole est disponible dans les pays à revenu faible et intermédiaire et est souvent administré pendant 12 mois. La lésion restante est ensuite retirée chirurgicalement. Il n'est pas rare que les patients doivent contribuer financièrement pour l'achat de ce médicament à un coût prohibitif. Il n'y a pas d'ECR ; les taux de guérison tirés des rapports de cas ou des séries de cas indiquent des taux de <40 %.

Nous avons mené un ECR de phase IIb randomisé en double aveugle entre 2017 et 2021 avec 2 groupes pour l'étude du fosravuconazole (200 mg et 300 mg par semaine) et un groupe de témoins avec l'itraconazole (400 mg par jour). Les médicaments ont été administrés pendant 12 mois avec une intervention chirurgicale à 6 mois. Le fosravuconazole a été réutilisé à partir de la gamme DNDi de la maladie de Chagas ; il est homologué au Japon comme indication contre l'onychomycose. C'est un médicament azolé qui a montré une efficacité supérieure pour *Madurella mycetomatis*, le champignon le plus commun causant l'eumycétome au Soudan. Cette étude très complexe, le tout premier ECR sur l'eumycétome, a été menée en partenariat par la DNDi et Eisai Ltd, Japon, et coordonnée par le centre de recherche sur le mycétome (MRC) de Khartoum. Les critères d'entrée étaient stricts : âge ≥ 15 ans, lésions ≥ 2 et <16 cm, pas de traitement préalable. Le recrutement des patients (cible n = 138) était difficile, car les patients vivent dans des zones difficiles d'accès ; cette situation a été aggravée par l'instabilité politique et la pandémie de COVID-19.

Cette étude a été réalisée avec 5 ETP (DNDi) et 22 ETP (MRC) par an avec le soutien supplémentaire de partenaires aux Pays-Bas et au Soudan.

Les dépenses totales globales de l'étude se sont élevées à 8 millions d'euros sur 8 ans contre des estimations initiales de 2 millions sur 4 ans, soit

Le coût par patient était de 38 000 euros/patient pour le R-D total ajusté (p. ex., hors CMC). Ceci est dans une fourchette acceptable pour la DNDi, en particulier dans le contexte d'un essai très complexe avec > 100 patients et une faible prévalence de la maladie. En ce qui concerne le financement, 48 % des coûts directs de R-D provenaient de fonds affectés (GHIT, Canton de Genève & BMGF) et 52 % étaient financés par des fonds de base/portefeuille.

, 7 millions d'euros pour terminer l'ECR et 1 million d'euros supplémentaires pour l'enregistrement au Sudan.

En conclusion, les dépenses pour la réorientation du médicament dans cet ECR se situaient dans la fourchette attendue d'études similaires malgré la complexité de l'étude.

Remerciements

DNDi remercie le Global Health Innovative Technology Fund (GHIT Fund), le Japon, le Canton de Genève et la Fondation Bill et Melinda Fates pour leur soutien financier pour ce travail, et remercie UK AID (Royaume-Uni) ; Médecins sans frontières (MSF) international ; et la Direction suisse du développement et de la coopération (DDC) (Suisse), pour son soutien à sa mission globale.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Mycétome, ECR, Soudan, réorientation d'un médicament, dépenses

Comprendre la charge économique des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée pour les ménages : observations qualitatives au Ghana et en Éthiopie

Auteurs : Jacob Novignon[1], Yohannes Hailemichael[2], Lucy Owusu[1], Ruth Tuwor[1], Mirgissa Kaba[3], Endalamaw Gadisa[2], Teklu Cherkose[2], Daniel Okyere[4], Edmond Ocloo[4], Eric Koka[4,5], Jenifer Palmer[6], Tara Mtuy[6], Iris Mosweu[6], Catherine Pitt[6], SHARP collaboration

Affiliations :

[1] Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine
[2] Armauer Hansen Research Institute, Department of Malaria and Neglected Tropical Diseases,
[3] Université d'Addis-Abeba en Éthiopie
[4] Noguchi Memorial Institute for Medical Research
[5] Department of Sociology and Anthropology, University of Cape Coast
[6] London School of Hygiene and Tropical Medicine au Royaume-Uni

Introduction

Les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée (« MTN cutanées »), la lèpre, le pian, la leishmaniose cutanée et l'ulcère de Buruli, représentent une charge sanitaire et économique considérable dans de nombreux pays africains. Ces maladies s'associent à des incapacités physiques importantes, des souffrances psychologiques, l'exclusion sociale et des difficultés financières. Les informations sont rares sur la charge économique vécue avec ces maladies dans des situations diverses. L'étude avait pour but d'améliorer la compréhension de la charge économique des MTN cutanées pour les patients et leur famille dans des districts au Ghana et en Éthiopie, ainsi que des stratégies d'adaptation pour faire face à ces maladies.

Méthodes

Cette étude a été menée dans le district d'Atwima Mponua de la Région d'Ashanti au Ghana (pour l'ulcère de Buruli, le pian et la lèpre) et dans le district de Kallu de la zone du Sud Wollo en Éthiopie (pour la leishmaniose cutanée et la lèpre). Elle fait partie d'une recherche formative pluridisciplinaire pour orienter l'élaboration et l'évaluation de stratégies intégrées, adaptées au contexte local, visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes atteintes de MTN cutanées. Dans les deux pays, des données qualitatives ont été collectées sur la charge économique pour les personnes touchées et leur famille, sur leurs expériences de la stigmatisation et sur l'évolution de la maladie. La collecte des données s'est faite au moyen d'entretiens approfondis (n=98) avec des personnes touchées, des aidants et des agents de santé ; des groupes de discussion (n=27) avec des membres de la communauté ; et des interviews d'informateurs clés (n=21) avec des leaders d'opinion, des tradipraticiens et des acteurs politiques. Les données ont été codées au moyen du logiciel MAXQDA 2020 avec analyse du cadre thématique.

Résultats

Malgré des différences substantielles dans les situations et les MTN cutanées spécifiques, des thèmes similaires ont émergé dans les deux pays. Nous avons trouvé qu'une charge économique conséquente pèse sur les personnes atteintes, du fait des coûts financiers et des coûts d'opportunité associés à la recherche des soins. Il est apparu aussi que ces coûts retardent la recherche des soins et, quand elle finit par avoir lieu, l'observance du traitement est limitée. Dans les deux pays, les principaux facteurs de coût sont le transport pour aller à l'établissement de santé et les fournitures pour les pansements. En Éthiopie

cependant, d'autres facteurs majeurs s'y ajoutent : l'hébergement, la nourriture, les tests de laboratoire et l'imagerie (ECG). Ces dépenses influent également sur le choix des traitements, certains patients préférant les tradipraticiens. En plus d'être abordable, le choix des tradipraticiens a aussi été attribué à l'accessibilité des soins et à la flexibilité du paiement. Les patients comme les aidants ont indiqué une baisse des activités économiques et scolaires. Plus spécifiquement, des coûts d'opportunité sont apparus : journées de travail perdues, réduction du nombre d'heures travaillées, retards à l'école, absentéisme ou arrêt complet de l'école à cause de la maladie. Dans les deux pays, plusieurs stratégies d'adaptation, désépargne, vente de biens, réduction de la consommation, contrats d'exploitation des terres cultivables, emprunts, aide familiale et communautaire, assurance maladie, ont été adoptées par les patients et les membres de leur famille pour atténuer les coûts financiers de la maladie et les pertes de production.

Conclusion

Ce travail a indiqué dans les deux pays que les interventions pour rapprocher les soins des MTN cutanées des communautés, ce qui réduirait les coûts financiers des déplacements et les coûts d'opportunité des soins, auraient le plus grand potentiel pour atténuer l'impact économique considérable des MTN cutanées et des soins qu'elles entraînent ; elles seraient un élément essentiel de tout effort visant à améliorer la santé et le bien-être.

Remerciements

Nous aimerions remercier les personnes et les communautés ayant participé au travail du Skin Health Africa Research Programme. Le Skin Health Africa Research Programme est financé par le the Research and Innovation for Global Health Transformation (RIGHT) Programme [Numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/

Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude ni dans la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, pian et intégration

Séance 9 : Recherche opérationnelle – Affiches

Compréhension de la leishmaniose cutanée et croyances locales dans la Région Amhara (Éthiopie)

Auteurs : Abebaw Yeshambel Alemu[1, 2 3*], Kassahun Alemu[2], Lemma Derseh[2], Stephen Walker[4], Maria Zuurmond[4], Jennifer Palmer[4], Tara Mtuy[4], Endalamaw Gadissa[3], Mirgissa Kaba[5], SHARP collaboration

Affiliations :

[1] Department of Pediatrics and Neonatal Health Nursing, College of Health Sciences, Debre Tabor University, Debre Tabor, Éthiopie
[2] Department of Epidemiology and Biostatistics, Institute of Public Health, College of Medicine and Health Sciences, University of Gondar, Gondar, Éthiopie
[3] Armauer Hansen Research Institute, Addis Abeba, Éthiopie
[4] London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni
[5] School of Public Health, Addis Ababa University, Éthiopie

La leishmaniose cutanée (LC) est une maladie tropicale négligée (MTN) de la peau, due à un protozoaire du genre *Leishmania*, qui se transmet à l'être humain par la piqûre de femelles de phlébotomes infectées. Cette maladie est un problème de santé publique en Éthiopie où l'on notifie des milliers de nouveaux cas chaque année et où un quart de la population vit dans des zones à haut risque. Dans le troisième plan directeur contre les MTN, le Ministère fédéral de la Santé a proposé des stratégies de promotion de la santé et de lutte antivectorielle pour endiguer la LC d'ici 2030. Toutefois, les données factuelles sont limitées sur les fondements socioculturels de cette maladie en Éthiopie, si l'on veut concevoir des interventions communautaires spécifiques au contexte et prenant la culture en compte. Nous avons cherché à étudier la compréhension et les croyances des communautés à propos de la LC, afin d'orienter ces interventions.

Dans le cadre du Skin Health Africa Research Programme (SHARP, Programme africain de recherche sur la santé de la peau), une étude qualitative exploratoire a été menée de mars à mai 2021 dans le district de Kallu, en Région Amhara (Éthiopie). Nous nous sommes engagés auprès des communautés pour atteindre les villages touchés par la LC et retrouver les personnes atteintes dans le district. Les participants à l'étude ont été recrutés à cet effet en tenant compte de l'hétérogénéité de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation. Nous avons organisé 20 sessions de groupes de discussion avec tous les membres éligibles de la communauté et 18 interviews en profondeur avec les personnes atteintes de LC évolutive. Des guides séparés sur le sujet ont été développés pour recueillir les données lors des groupes de discussion et des interviews. Les données audios ont été enregistrées, transcrites puis traduites in extenso pour l'analyse. Pour la gestion des données, MAXQDA plus 2020 a été utilisé. Un livre de code a été élaboré sur la base des questions de l'étude, puis affiné après codage des données initiales et réalisation de l'analyse thématique.

Dans le district de Kallu, la population utilise les termes vernaculaires de « *kunchir* » ou « *konchir* » pour parler de la LC. La principale manifestation décrite pour cette maladie a été la formation d'une lésion sur le visage, principalement sur le nez, la joue, l'œil et la lèvre. Si la formation de cicatrices et la défiguration ont été les résultats de la maladie, la population a mentionné le cycle lunaire mensuel et les rapports sexuels comme des facteurs exacerbant les lésions. La cause perçue de la LC était le contact avec de « mauvais » liquides corporels : urines et sang menstruel. La vulnérabilité a été attribuée au fait

d’être jeune et de vivre sur les plateaux. De plus, les répondants croyaient que la LC n’est pas contagieuse.

La communauté croyait fortement que les « mauvais » liquides corporels provoquent la LC, contribuant ainsi peut-être à des idées erronées sur la cause, la vulnérabilité, la transmission et donc à une mauvaise compréhension de cette maladie. Il en résulte le besoin d’une intervention adaptée à base communautaire, axée sur la dissipation des idées fausses pour parvenir à endiguer la LC dans le district de Kallu.

Remerciements

Nous souhaitons remercier les personnes et les communautés pour leur participation au travail du Skin Health Africa Research Programme. Celui-ci est financé par le Research and Innovation for Global Health Transformation (RIGHT) Programme [Numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/. Le bailleur de fonds n’a joué aucun rôle dans la conception de l’étude, la collecte des données et leur analyse.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Mauvais ; Croyance ; Communauté ; Leishmaniose cutanée ; Étude qualitative ; Éthiopie

Perceptions de la gale et recherche des soins dans le Ghana central

Auteurs : Yaw Ampem Amoako[1,2,3], Lotte Suzanne van Rietschoten[3], Michael Ntiamoah Oppong[1], Kwabena Oppong Amoako[1], Kabiru Mohammed Abass[4], Bernard Akoto Anim[5], Dennis Odai Laryea[6], Richard Odame Phillips[1,2], Ymkje Stienstra[3,7]

Affiliations :

[1]Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[2]School of Medicine and Dentistry, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[3]Département de Médecine interne/Maladies infectieuses, Université de Groningen, Centre médical universitaire de Groningen, Groningen, Pays-Bas
[4]Agogo Presbyterian Hospital, Agogo, Ghana
[5]Kokofu Government Hospital, Kokofu, Ghana
[6]Disease Surveillance Department, Ghana Health Service, Accra, Ghana
[7]Department of Clinical Sciences, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, Royaume-Uni

Introduction

L'OMS a plaidé pour que les pays pilotent et s'approprient les stratégies de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées cutanées. La connaissance des problèmes particuliers au contexte est importante pour concevoir et mettre en œuvre des interventions de lutte contre la gale dans les pays d'endémie. La compréhension des systèmes de croyances sous-jacents et le fait de donner des informations sur la cause sont essentiels pour encourager les patients atteints à consulter rapidement et à améliorer leur qualité de vie. Nous avons cherché à évaluer les perceptions, les attitudes et les pratiques concernant la gale dans la partie centrale du Ghana.

Méthodes

Les données ont été collectées au moyen de questionnaires semi-structurés appliqués à des personnes ayant une gale évolutive ou ayant eu la gale au cours de l'année écoulée et à des personnes n'ayant jamais eu cette maladie dans le passé. Le questionnaire couvrait plusieurs domaines : connaissance des causes et des facteurs de risque ; perceptions conduisant à la stigmatisation et conséquences de la gale dans la vie quotidienne ; pratiques thérapeutiques.

Résultats

Sur128 participants, 67 appartenaient au groupe ayant eu la gale. L'âge moyen (±ET) des participants était de 32,3 ± 15,6 ans pour les participants dans le groupe de la gale et de 30,1 ± 11,0 ans pour ceux n'ayant pas eu la gale. 48,4 % (62/128) étaient de sexe féminin. Sur l'ensemble des participants, 30 % avaient reçu une éducation supérieure, 14,1 % pas d'éducation et 22,7 % étaient des agriculteurs.

En général, les participants du groupe ayant eu la gale ont indiqué moins souvent un facteur prédisposant à la maladie que les témoins communautaires ; seuls les « contacts parmi la famille/les amis » ont été plus souvent mentionnés dans ce groupe. La cause de la gale a été attribuée à une mauvaise hygiène, à des croyances traditionnelles, à l'hérédité et à l'eau de boisson. Globalement, 31,9 % (41 sur 128) [11,9 % dans le groupe ayant eu la gale et 20 % dans l'autre groupe] et 38,4 % (49 sur 128) [10,5 % dans le groupe ayant eu la gale et 27,9 % dans l'autre groupe] ont indiqué respectivement que la sorcellerie et les mauvais sorts jouaient un rôle dans l'étiologie de la maladie. Les sujets atteints retardent la recherche des soins (la durée médiane entre l'apparition des symptômes et la visite dans un centre de santé était de 21 [14 – 30] jours) et ce délai est renforcé par leurs croyances, une perception de la gravité limitée de la

maladie et le coût du traitement. Par rapport aux participants provenant du service de dermatologie dans le groupe ayant eu la gale, les participants de la communauté dans ce même groupe avaient tendance à avoir un délai plus long (médiane [EI] 30 [14 – 48,8] vs 14 [9,5 – 30] jours, p = 0,002). Les participants ont indiqué que la gale entraînait des conséquences pour la santé, la stigmatisation et la perte de productivité.

L'observation que certaines personnes semblaient ignorer la gratuité du traitement de la gale dans le cadre du programme national d'assurance maladie au Ghana souligne le besoin de programmes d'éducation pour promouvoir la disponibilité de traitements gratuits et efficaces pour les sujets couverts par l'assurance maladie.

Discussion/conclusion

Il est nécessaire de renforcer l'éducation sanitaire pour promouvoir la recherche rapide des soins, développer la connaissance des communautés sur l'impact et dissiper les perceptions négatives sur la gale au Ghana. Les programmes de lutte devraient prendre en considération la diversité des croyances et des attitudes au moment d'élaborer les matériels d'éducation communautaire ou d'entreprendre des administrations de masse de médicaments.

Remerciements

Nous remercions l'Informatiemanagement Onderzoek au Centre médical universitaire de Groningen pour son appui très apprécié concernant l'application REDCap. Nous remercions la Stichting Buruli ulcer Foundation et la Gratama Foundation pour leur aide financière. Nous sommes reconnaissants à Abigail Agbanyo et à Bernadette Agbavor du Kumasi Centre for Collaborative Research pour leur assistance.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Gale, MTN cutanées

« C'était comme une brûlure » : expériences vécues par des personnes atteintes de leishmaniose cutanée à Kallu (Éthiopie)

Auteurs : Teklu Cherkose[1]*., Kibur Engdawork[2]., Tara Mtuy[3], Maria Zuurmond[3], Stephen Walker[3], Endalamaw Gadisa[1] , Jennifer Palmer[3], Mirgissa Kaba[2] SHARP collaboration

Affiliations :

[1] Armauer Hansen Research Institute
[2] Université d'Addis-Abeba en Éthiopie
[3] London School of Hygiene and Tropical Medicine (Royaume-Uni)

La leishmaniose cutanée (LC) est un problème important de santé publique en Éthiopie. Elle entraîne des cicatrices définitives, des incapacités et une stigmatisation. On estime que l'incidence est de 20 000 à 50 000 cas. Malgré cette charge considérable, les données manquent sur le vécu des personnes atteintes en Éthiopie, en particulier pour ce qui est de savoir comment elles ressentent leur maladie, le traitement et les conséquences de vivre avec la LC.

Cette étude avait pour but d'explorer les expériences vécues en interrogeant les personnes ayant la LC dans le district de Kallu (Éthiopie), une zone d'endémie. Nous avons sélectionné à cet effet 18 personnes à Kallu, certaines ayant une LC évolutive et d'autres une LC guérie, pour des interviews approfondies. Des agents de santé de proximité ont identifié les participants éligibles. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits in extenso puis traduits de l'amharique à l'anglais pour le codage des données. Les sections individuelles ont été organisées initialement dans un cadre de codage basé sur le guide des interviews à l'aide de MAXQDA plus 2020. L'analyse du contenu a été faite pour comprendre les expériences vécues par les personnes atteintes de LC.

Les expériences que les personnes atteintes de LC ont vécues comportaient la douleur, le prurit, les saignements et l'ulcération des lésions cutanées.

Les remèdes maison et les tradipraticiens ont été les options thérapeutiques les plus souvent utilisées, reflétant les perceptions de l'efficacité, les conseils de personnes affectées et le coût de commodité. Les personnes atteintes de LC ont éprouvé des sensations de brûlure et des douleurs associées aux traitements par les remèdes maison et ceux donnés par les tradipraticiens.

Les principales conséquences de vivre avec une LC sont la perception d'un impact négatif sur l'image corporelle, une altération du bien-être psychologique et la stigmatisation. Les personnes ont également indiqué s'abstenir d'avoir des rapports sexuels, croyant qu'ils aggravaient la maladie.

Les personnes atteintes de LC ont éprouvé des sentiments de peur, de tristesse et d'inquiétude en raison de la défiguration perçue due à la maladie. La peur d'une propagation potentielle de la lésion et de la mort contribuait à l'impact psychologique. Ces personnes ont indiqué une baisse de l'estime de soi en raison des effets perçus sur leur apparence. L'anticipation de la stigmatisation les a amenées à s'exclure elles-mêmes de la participation aux activités sociales.

La maladie et les traitements utilisés par les personnes ayant la LC à Kallu s'associent à la fois à un inconfort physique et émotionnel et à une perturbation importante de la vie sociale à partir de l'apparition des symptômes, pendant le traitement et même après celui-ci.

Il faut des politiques et des programmes d'intervention pour promouvoir la détection précoce et le traitement des cas, parallèlement à des stratégies spécifiques pour réduire la charge physique, psychologique et sociale de la LC. Les membres de la communauté semblent avoir un rôle crucial à jouer pour promouvoir le choix des soins et l'engagement auprès de ce groupe essentiel pourrait être une stratégie importante pour orienter les patients vers les services d'allopathie. Il faudra lever les obstacles empêchant la recherche du traitement allopathique, comme le coût et la disponibilité.

Mots-clés : leishmaniose cutanée, expérience vécue, MTN cutanées, stigmatisation, traitements traditionnels.

Remerciements

Nous souhaiterions remercier les personnes et les communautés pour leur participation aux travaux du Skin Health Africa Research Programme.

Le Skin Health Africa Research Programme est financé par le Research and Innovation for Global Health Transformation (RIGHT) Programme [Numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/

Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte des données et leur analyse.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, pian et intégration

Organiser et gérer un programme de soins auto-administrés pour la lèpre

Auteurs : Sopna Mannan Choudhury[1], Onaedo Ilozumba[1], Joydeepa Darlong[2], Karthikeyan Govindasamy[2], Paul A. Tsaku[3], Sunday Udo[3], Dilip Shrestha[4], Indra B. Napit[4], Linda Ugwu[5], Anthony Meka[5], Bahadir Celiktemur[6,] Jo Sartori[1], Richard Lilford[1]

Affiliations :

[1] Institute of Applied Health Research, College of Medical and Dental Sciences, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, B15 2TT, Royaume-Uni.
[2] The Leprosy Mission Trust India, New Delhi, Inde.
[3] The Leprosy Mission Nigeria, 12/14 Kings Drive, Fort Royal Homes Estate - Lugbe, P.M.B. 494, Area 10, Garki, F.C.T. Abuja.
[4] The Leprosy Mission Nepal, Tika Bhairav, Lele-9, Lalitpur P. O. Box 151, Katmandou, Népal.
[5] The German Leprosy and Tuberculosis Relief Association (DAHW), Enugu, Nigéria.
[6] The Leprosy Mission England and Wales, Goldhay Way, Orton Goldhay, Peterborough PE2 5GZ, Royaume-Uni

Les personnes atteintes par la lèpre ont un risque accru d'avoir des ulcères dus aux lésions des nerfs périphériques ; ils peuvent entraîner des déficiences visibles, la stigmatisation et la marginalisation économique. La littérature indique qu'en donnant aux patients les moyens de prendre en charge eux-mêmes leur pathologie, on aide à améliorer les résultats cliniques, sociaux et économiques pour les personnes marginalisées. Toutefois, les soins auto-administrés ne peuvent pas exister indépendamment du cadre social et politique plus large.

Nous offrons un cadre organisationnel donnant des orientations aux services de santé et aux organisations non gouvernementales (ONG) souhaitant promouvoir des soins auto-administrés efficaces. Nous décrivons le niveau des systèmes et les principes organisationnels qui forment les conditions nécessaires, mais pas suffisantes, pour la promotion de soins auto-administrés efficaces et acceptables.

Nous concevons un modèle à trois « niveaux », ou directives, pour les soins auto-administrés. Le premier niveau (macro niveau) est celui de l'environnement politique et financier, « l'autorité organisatrice », comme une ONG opérant au sein d'un programme public de lutte contre la lèpre. Cette autorité organisatrice doit préparer le terrain en mobilisant les ressources en termes de personnels, d'établissements, d'équipements et de systèmes d'information. Le deuxième niveau (méso niveau) implique la mobilité des ressources pour traduire la politique en amont en action en aval. L'établissement de ce pont revient classiquement aux « facilitateurs », les personnes faisant le lien entre l'autorité organisatrice et la communauté. Le troisième niveau (micro niveau) implique des pairs responsables et les personnes touchées par la lèpre à qui on doit donner les moyens d'apprendre et de pratiquer les soins auto-administrés dans le cadre de leur vie quotidienne. Ces directives se sont inspirées explicitement de la théorie moderne de la psychologie ; elles ont été produites conjointement avec les personnes souffrant de la lèpre et celles qui sont chargées de l'application des directives ; et, en plus des procédures des soins auto-administrés, elles couvrent aussi les changements organisationnels devant être mis en place pour soutenir les soins auto-administrés dans la communauté.

Nous décrirons ensuite l'élaboration et nos plans d'évaluation des programmes de soins auto-administrés/d'auto-assistance dans trois pays participants, le Nigéria, le Népal et l'Inde. Ces interventions pour les soins auto-administrés s'appuient sur un ensemble de directives que nous avons développées dans le cadre de la Transformation du traitement et de la prévention des ulcères de la lèpre et de Buruli dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (« Transforming the Treatment and Prevention of Leprosy and Buruli ulcers in Low and Middle-Income Countries (LMICs) »), couvert par le programme « Research and Innovation for Global Health Transformation (RIGHT) ».

Remerciements

National Institute for Health Research (NIHR: 200132) utilisant l’aide du gouvernement du Royaume-Uni pour soutenir la recherche mondiale dans le domaine de la santé.

MTN cutanées et/ou intégration

Lèpre, Incapacités, Soins auto-administrés, Groupes d’auto-assistance, Évaluation

Faisabilité du recours à la télésanté pour la formation des agents de santé et des personnes handicapées sur la réadaptation et la prévention intégrées des déficiences et incapacités dues à la lèpre, à la filariose lymphatique, aux ulcères de pression et à d'autres lésions chroniques (Projet TeleRPOID)

Auteurs : Belen Dofitas[1,2], Ysabel Ortiz[1], Ana Dominique España[2], Gerardo Turdanes[2], Julie Mart Rubite[3], Carl Leochico[4]

Affiliations :

[1] Department of Dermatology, Philippine General Hospital-University of the Philippines Manille
[2] Philippine Leprosy Mission, Inc.
[3] Philippine Department of Health-Program Planning
[4] Department of Rehabilitation Medicine, Philippine General Hospital-University of the Philippines, Manille

Les Philippines ont le plus grand nombre de nouveaux cas de lèpre détectés dans la Région du Pacifique occidental, de 1000 à plus de 2000 chaque année au cours de la dernière décennie. Pour la filariose lymphatique (FL), 43 des 46 provinces d'endémie l'ont éliminée. Néanmoins, les incapacités de degré 2 dues à ces maladies tropicales négligées risquent de rester cachées ou de ne pas être détectées chez les patients qui ne sont pas suivis pendant et après le traitement. La pandémie de COVID-19 a créé des difficultés encore plus grandes d'accès aux services de santé pour les personnes atteintes d'incapacités. Le recours à la téléformation n'en est qu'à ses débuts à cause de la pandémie de COVID-19 et une étude de faisabilité est donc nécessaire.

Cette étude visait à déterminer la faisabilité de la télésanté et de l'apprentissage à distance pour former les agents de santé et les patients à la réadaptation et à la prévention intégrées des déficiences et des incapacités dues à la lèpre, à la filariose lymphatique, au mycétome, au diabète, aux ulcères de pression et aux autres lésions chroniques.

Après sélection, des centres de santé ruraux, des patients handicapés et leurs aidants dans une région d'endémie à la fois de la lèpre et de la filariose lymphatique ont été invités à participer à l'étude et ont donné leur consentement. Des responsables municipaux de la santé et des coordonnateurs pour la lèpre ont été impliqués dans la conception, la planification, l'exécution et l'évaluation du programme de téléformation, afin de s'assurer de son acceptabilité et de son utilisation. Des méthodes asynchrones et synchrones ont été employées. Le guide en « dix étapes » (« Ten Steps » guide) a servi de référence principale. Des vidéos de formation ont été préparées et des références électroniques sélectionnées et téléchargées sur Google Drive, auquel tous les participants avaient accès. Une clé USB contenant ces matériels a également été envoyée à chaque site de l'étude. Des sessions didactiques et des formations pratiques d'une journée ont également été organisées sur des plateformes en ligne (Zoom ou Google Meet). Les sujets abordés portaient sur l'évaluation de la fonction nerveuse (pour la lèpre et le diabète), les problèmes de mobilité, le lymphœdème, les soins des plaies et les soins auto-administrés. Il a été demandé aux participants de s'entraîner à la pratique et de démontrer leurs aptitudes sur un patient dans la communauté. Le mentorat a été réalisé au moyen du chat de Messenger. Des évaluations par écrit et par vidéo des connaissances et performances des participants ont été faites.

L'étude s'est déroulée sur quatre mois en 2022. Deux municipalités de la province de Sultan Kudarat, sur l'Île de Mindanao, avec chacune un centre de santé rural, y ont pris part. Tous les participants (N=16 ; 8 membres du personnel des centres de santé et 8 agents de santé des villages) ont participé aux formations pratiques synchrones, 12 (75 %) ont renvoyé des vidéos de démonstration et 10 (62,5 %)

avaient des patients pour les travaux pratiques. Tous les participants ont estimé que la formation avait réussi à leur faire atteindre les objectifs et pratiquer les activités. En général, tous ont été satisfaits par la téléformation du fait de l'amélioration des connaissances et des compétences acquises. Ils souhaitaient la poursuivre. L'efficacité, la rapidité, la qualité de la formation et les formateurs ont été bien notés. Ils ont considéré que la téléformation était efficace pour améliorer les soins des plaies chez leurs patients. De leur côté, les patients étaient également satisfaits des soins à domicile. En revanche, l'instabilité d'internet sur les sites de l'étude a créé des difficultés lors des sessions synchrones et a eu un impact négatif sur le bien-fondé de la téléformation. Il a été difficile de trouver des patients pour les travaux pratiques. Certaines fournitures n'étaient pas disponibles dans les magasins locaux et ont dû être expédiées depuis Manille, ce qui a augmenté les coûts. Globalement, la téléformation a été bien notée. La téléformation sur la prévention et les soins intégrés des incapacités est faisable s'il existe une connexion stable à internet dans les unités de santé à distance. Des études à plus grande échelle sont recommandées.

Remerciements

Financement : Programme de petites subventions du TDR-Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental pour la recherche sur la mise en œuvre concernant les maladies infectieuses de la pauvreté (TDR-WHO Western Pacific Régional Office Small grants scheme for implementation research on infectious diseases of poverty)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Lèpre, filariose lymphatique, lymphœdème, mycétome, déficiences, incapacités, lésions, télésanté, apprentissage à distance

Détermination du modèle optimal pour la détection, l'orientation et la confirmation intégrées des cas de MTN cutanées : étude de cas dans le comté de Bong (Libéria)

Auteurs : Tiawanlyn G. Godwin-Akpan, Shahreen Chowdhury, Laura Dean, Emerson Rogers, Karsor Kollie, Zeela Zaizay, Anna Wickenden, Jubah Matthews, Stephen Kennedy, Georgina Zarwolo, and Colleen Parker

Affiliations :

Ministère de la Santé, Gouvernement du Libéria
Liverpool School of Tropical Medicine
American Leprosy Missions
University of Liberia – Atlantic Centre for Research and Evaluation

Introduction

Les personnes ayant des maladies tropicales négligées (MTN) à manifestation cutanée, en particulier la lèpre, l'ulcère de Buruli, le pian et la filariose lymphatique, ont tendance à retarder l'accès aux services de santé, avec souvent des conséquences physiques, psychosociales et économiques catastrophiques. Les intervenants mondiaux dans le secteur de la santé ont reconnu que l'objectif de développement durable concernant la couverture sanitaire universelle ne peut être atteint que par l'intégration au sein et à l'extérieur des programmes de lutte verticaux et la détection intégrée des cas est un élément crucial de cette approche. Dans cette étude, nous avons évalué les méthodes existantes de détection et d'orientation des cas au Libéria et utilisé les résultats pour élaborer et tester un modèle optimal, basé dans la communauté, de détection et orientation intégrées des cas, ainsi que pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre de ce modèle optimal dans l'amélioration du diagnostic précoce des MTN.

Méthodes

Dans cette étude, nous avons utilisé une combinaison de méthodes, interviews d'informateurs clés, groupes de discussion, observation des participants, analyse quantitative et séances de réflexion pour évaluer les méthodes actuelles et élaborer, tester et évaluer la mise en œuvre d'un modèle optimal de détection et d'orientation des cas, développé à partir des observations lors de la phase formative de l'étude.

Résultats

Sur la base des enseignements tirés du stade formatif, un modèle optimal a été élaboré, portant sur les cinq domaines essentiels à prendre en considération : 1) la formation intégrée, 2) la supervision positive, 3) le processus d'orientation, 4) l'appui logistique et 5) l'égalité des genres. Des activités spécifiques ont eu lieu dans chacun de ces domaines. En raison de la courte durée de la mise en œuvre, les résultats quantitatifs du test du modèle optimal ont une utilité limitée ; le nombre annuel de cas détectés a augmenté au cours des 12 mois de la mise en œuvre en 2020 par rapport à 2019 (pré-intervention), mais il faudra une observation sur une plus longue période pour obtenir une signification statistique. En revanche, les données qualitatives ont révélé des facteurs importants influant sur l'efficacité de la détection des cas ; elles ont souligné la dynamique genrée dans les communautés qui façonne le processus d'identification des cas, par exemple le fait que les hommes et les femmes préfèrent voir des agents de santé du même sexe. Par ailleurs, elles ont montré une amélioration des connaissances sur la transmission, les signes, les symptômes et les options de prise en charge chez les agents de santé

communautaires, leur permettant de dissiper les idées fausses et de lutter contre la stigmatisation liée aux MTN.

Discussion

L'intégration de la détection et de l'orientation des cas de MTN est faisable et peut être très efficace. Néanmoins, pour avoir un impact optimal, il est essentiel d'aller au-delà de la mise en œuvre conjointe de la détection des cas pour plusieurs maladies et d'envisager les cinq domaines essentiels déterminés par cette étude, à savoir : 1) la formation intégrée, 2) la supervision positive, 3) le processus d'orientation, 4) l'appui logistique et 5) l'égalité des genres. Par la prise en compte de ces cinq domaines dans la planification, la budgétisation et la mise en œuvre de la détection des cas, on aura un impact plus grand et des cas qui auraient pu ne pas être détectés auront une plus grande probabilité d'être identifiés ; les connaissances résultant de la formation intégrée auront une plus grande chance de se maintenir dans la communauté et chez les personnels de santé. Les modèles optimaux pour la détection, l'orientation et la confirmation des cas présumés de MTN s'appuient sur des approches intégrées pour la formation, la supervision, l'orientation et la rémunération incluses dans les infrastructures existantes des systèmes de santé. Ensemble, ces approches améliorent l'accès aux services de santé et réduisent ainsi la morbidité associée aux MTN.

Conclusion

Les parties prenantes mondiales dans le domaine de la santé ont plaidé pour l'intégration afin d'améliorer le succès des interventions de santé publique. Les interventions contre les MTN sont de plus en plus intégrées pour optimiser les ressources limitées, améliorer la couverture et l'accès aux soins de santé. Toutefois, la documentation sur l'efficacité des approches pour identifier et orienter les cas de MTN dans la communauté est très limitée. Les résultats apportent des données factuelles sur les avantages d'une démarche intégrée pour la détection et l'orientation des cas, ainsi que sur les défis à surmonter au niveau des programmes pour atteindre le but d'améliorer l'accès des personnes atteintes de MTN aux services de santé.

Remerciements

Étude financée par COR-NTD, avec l'appui d'USAID, BMGF et UKAID

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, lèpre, pian, filariose lymphatique, intégration, détection des cas, orientation, MTN cutanées, MTN, CSU

Évaluations économiques des interventions pour les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée : examen systématique

Auteurs : Iris Mosweu[1], Lucy Owusu[2], Jacob Novignon[2], Yohannes Hailemichael[3], Michelle Zavila[1], Michael Marks[1], Yaw Ampem Amoako[2], Lucas Sempe[4], Sergio Torres Rueda[1], Catherine Pitt[1]

Affiliations :

[1] London School of Hygiene & Tropical Medicine
[2] Kumasi Centre for Collaborative Research in Tropical Medicine, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana
[3] Armauer Hansen Research Institute, Department of Malaria and Neglected Tropical Diseases
[4] Institute for Global Health and Development, Queen Margaret University

Informations générales : Les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée (« MTN cutanées ») peuvent causer une morbidité importante, des incapacités, une stigmatisation, une détresse psychologique, des défigurations et des dépenses substantielles. Compte tenu du manque de ressources pour assumer cette charge sanitaire et économique, la compréhension de l'efficience et de l'accessibilité économique des approches alternatives, dont des stratégies verticales et intégrées, doit orienter les choix politiques. Les examens antérieurs des évaluations économiques n'ont pas pris en compte les MTN cutanées de manière globale, comme un seul groupe, ce qui rend difficile l'étude des données factuelles sur l'économie de l'intégration ou l'identification des points communs et des différences entre les MTN cutanées dans une perspective économique. De plus, personne n'a identifié systématiquement et synthétisé les informations disponibles sur les coûts d'interventions et les coûts des maladies, importants pour décrire la charge et le caractère abordable des interventions. Nous avons procédé à un examen systématique des évaluations économiques des MTN cutanées pour orienter les débats politiques actuels et guider les évaluations futures dans ce domaine.

Méthodes : Des recherches dans la littérature pour identifier les études examinées par les pairs et publiées ont été faites dans 13 bases de données électroniques (plus une revue des examens) en utilisant une stratégie prédéfinie pour identifier les évaluations économiques complètes (analyses coût-efficacité, coût-utilité, coût-avantages ou coût-conséquences) et les analyses des coûts (chiffrage du coût d'intervention, coût de la maladie/charge économique) publiées de janvier 2000 à avril 2022 (inclus) pour 11 MTN cutanées : ulcère de Buruli (UB), leishmaniose cutanée (LC), leishmaniose dermique post-kala-azar (LDPKA), lèpre, pian, filariose lymphatique (FL), onchocercose, mycétome, gale, chromoblastomycose et sporotrichose. Quatre évaluateurs, travaillant en binômes, ont passé indépendamment en revue les documents sur la base de critères prédéfinis d'éligibilité. Les documents inclus ont été classés par maladie, pays, intervention et type d'évaluation économique. Les données détaillées ont été extraites des études comportant des évaluations économiques complètes pour décrire les méthodes et les résultats et pour apprécier la qualité méthodologique sur la base de listes de contrôle et de directives standardisées. Les résultats sont rapportés selon la norme PRISMA (Norme de réalisation de revue systématique de la littérature). Les données ont été analysées en utilisant une statistique descriptive, complétée par une synthèse narrative.

Résultats : 3723 documents ont été identifiés, dont 3491 ont été exclus du fait de la déduplication (591), du contrôle du titre et du résumé (2900) et 105 ont été exclus après examen du texte complet. Les 127 évaluations économiques incluses comptaient 34 (27 %) évaluations économiques complètes, 60 (47 %) études sur le coût d'intervention (seulement) et 33 (26 %) études sur le coût de la maladie ou la charge économique. La FL a été la plus étudiée (n=47), suivie de la LC (n=29), de l'onchocercose (n=27),

de la lèpre (n=18), de l'UB (n=9), de la gale (n=9), de la LDPKA (n=1) et du pian (n=1) ; 11 (9 %) ont évalué ≥2 maladies et 3 études ≥4 maladies. La plupart des évaluations ont porté sur des pays en Afrique (n=50, 38 %) ou en Asie (n=45, 34 %). Pour bien des 34 évaluations économiques complètes, la qualité méthodologique était faible.

Discussion : Ces analyses confortent les efforts pour comparer le caractère abordable et l'efficience des investissements dans les différentes interventions contre les MTN cutanées entre elles et avec d'autres priorités de la santé. Les études du coût prédominent et les analyses sur les rapports coût/efficacité et coût/utilité restent relativement rares. Nous avons trouvé que les évaluations économiques des MTN cutanées sont de qualité irrégulière et sont en général axées sur les maladies individuelles, ce qui limite leur utilité pour la fixation des priorités. Néanmoins, des points communs et des différences importantes sont apparus pour ces maladies. Dans le futur, les évaluations économiques devraient s'appuyer si possible sur les données existantes, tout en s'assurant du respect des normes méthodologiques, afin de veiller à ce que les résultats puissent être utilisés. L'évaluation économique des stratégies intégrées demeure une lacune importante.

Remerciements

Nous aimerions remercier tous ceux qui contribuent au Skin Health Africa Research Programme, financé par le Research and Innovation for Global Health Transformation (RIGHT) Programme [Numéro de référence de la subvention NIHR200125] du National Institute for Health and Care Research (NIHR) https://www.nihr.ac.uk/. Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude ni dans la collecte et l'analyse des données.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, leishmaniose dermique post-kala-azar, lèpre, pian, filariose lymphatique, onchocercose, mycétome, gale, chromoblastomycose et sporotrichose, intégration

Prévalence des maladies tropicales négligées et des infections cutanées dans la population des bidonvilles des communautés urbaines de Mumbai – observations préliminaires

Auteurs : Vivek V Pai*

Affiliation :

* Bombay Leprosy Project, 11 VN Purav Marg, Sion-Chunabhatti, Mumbai – 400 022, Inde

Informations générales

Les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée (MTN cutanées) peuvent entraîner une baisse de la qualité de vie chez les personnes touchées à cause de la modification de leur apparence, des déficiences fonctionnelles, de la discrimination et de la stigmatisation. Les communautés urbaines vivant dans des bidonvilles sont plus exposées au risque de MTN cutanées, dont la lèpre, en raison de plusieurs facteurs : statut socio-économique inférieur, forte densité de population, malnutrition, mauvaise hygiène et conditions climatiques, comme l'humidité à Mumbai. De plus, plusieurs autres maladies cutanées, comme les dermatomycoses superficielles, les infections cutanées parasitaires ou bactériennes et les ulcères tropicaux, qui ne sont pas officiellement reconnus par l'OMS comme des MTN, contribuent à la charge de morbidité dans les communautés urbaines.

L'intégration de ces MTN cutanées dans l'agenda de la santé publique a été une priorité pour la santé mondiale. Pourtant, les données actuelles sur la prévalence, la distribution et la charge de morbidité de ces maladies en milieu urbain dans une perspective communautaire manquent et doivent être étudiées. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la prévalence des MTN cutanées dans la population de Dharavi, un des plus grands bidonvilles de Mumbai.

Méthodes

Nous avons procédé à une enquête transversale en décembre 2022. Environ 5 000 familles de sept localisations dans le bidonville de Dharavi à Mumbai ont été sélectionnées pour devenir la population de l'étude et n'avaient pas eu de dépistage de la lèpre et des autres MTN cutanées au cours des trois dernières années.

Au cours d'une action spéciale de 10 jours, 14 990 personnes (71,2 %) au total, sur les 21 064 dénombrées, ont bénéficié d'un dépistage des MTN cutanées, à l'aide de fiches de poche illustrées et d'un atlas, de la part de 12 contrôleurs externes formés. Ces contrôleurs externes étaient du personnel paramédical entraîné et des bénévoles de santé communautaires pour la lèpre à qui on a donné une formation supplémentaire pour la tâche à accomplir, afin d'identifier la lèpre et les MTN cutanées et des maladies telles que les dermatomycoses superficielles, les infections parasitaires comme la gale, le vitiligo ; ils ont été également entraînés à utiliser l'application mobile avant l'action. Pendant le dépistage, 3 personnes ayant une lèpre guérie et des handicaps physiques et 12 ayant d'autres infections cutanées, pour la plupart la gale ou une dermatomycose superficielle, ont été détectées par la recherche active. La prévalence des MTN cutanées était de 0,1 % dans la population des bidonvilles de Mumbai. Les rapports quotidiens ont été faits par l'application mobile.

Observations

Cette étude montre que la prévalence des MTN cutanées est plus faible dans les populations des bidonvilles des communautés urbaines de Mumbai. La gale et les infections fongiques superficielles étaient les infections cutanées les plus fréquentes et pourraient justifier une administration massive d'ivermectine. Des études de ce type, basées en communauté, sur une plus grande population sont nécessaires pour établir l'ampleur des MTN cutanées, des dermatomycoses superficielles et d'autres maladies cutanées pour planifier et mettre en œuvre des approches et des stratégies basées dans les communautés.

La cartographie systématique des personnes ayant des MTN cutanées peut également contribuer à l'acquisition de nouvelles connaissances autour des approches intégrées pour dépister et prendre en charge les MTN cutanées et accélérer ainsi la réalisation des cibles, à savoir l'élimination des MTN d'ici 2030.

Remerciements

Nous remercions le Bureau de l'OMS en Inde pour son soutien à la réalisation de cette activité de recherche opérationnelle.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

MTN cutanées, intégration, prévalence, communautés urbaines, lèpre, gale

Des interventions sont nécessaires pour la gale à Nampula : impact des camps de dermatologie PEP4LEP

Auteurs : Helder Rassolo [1], Marcelo Banquimane [2], Abdoulaye Marega [3], Anne Schoenmakers [4], Domingos Dreva[5]

Affiliations :

[1]NLR Mozambique; [2]Nampula Central Hospital, Mozambique; [3]Lurio University, Mozambique & Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa, Portugal ; [4]NLR & Erasmus University Medical Center Rotterdam; the Netherlands, [5]Provincial Health Services of Nampula, Mozambique

Introduction

Le projet PEP4LEP compare la faisabilité et le rapport coût-efficacité de deux interventions utilisant une dose unique de rifampicine en prophylaxie post-exposition (PPE) : une intervention à base communautaire (appelée « skin camps », camps de dermatologie) et une intervention basée dans les établissements de santé. Le but est de conseiller le Ministère de la Santé sur l'option la plus faisable. Lors de ces camps, les contacts communautaires d'un cas de de lèpre sont invités à un examen dermatologique et, s'ils sont éligibles, à prendre la PPE. En tenant compte de la stigmatisation et pour avoir un impact plus fort, d'autres membres de la communauté sont aussi invités à se faire examiner et traiter. Les résultats préliminaires montrent que de nombreux nouveaux cas de gale sont détectés parmi les membres de la communauté. Notre objectif est donc de communiquer les résultats concernant les nouveaux cas de gale découverts pendant les camps dans certaines communautés du district de Mogolovas et d'expliquer ce que fait le programme de lutte contre les MTN au niveau provincial pour résoudre le problème.

Méthodes

Le personnel du projet établit un camp de dermatologie sur 1 à 2 journées dans un village et invite les membres de la communauté à y participer. Les agents de santé sont entraînés à la détection et au suivi de la lèpre, ainsi qu'à la reconnaissance d'autres maladies cutanées. Des bénévoles sont formés pour inviter les contacts des patients atteints de lèpre à se présenter au camp dans leur communauté. Au cours de celui-ci, tous les membres de la communauté ont un dépistage et reçoivent un traitement. Un dermatologue est présent (professionnel rarement présent au niveau communautaire) pour confirmer le diagnostic de lèpre.

Résultats

Les camps de dermatologie ont connu un grand succès avec un nombre de participants dépassant la centaine. La plupart d'entre eux n'étaient pas invités (les camps sont conçus pour recevoir 100 participants au maximum). Les résultats préliminaires montrent que 310 nouveaux cas de gale ont été diagnostiqués au cours de 4 camps. Les résultats seront communiqués au programme de lutte contre les MTN et discutés à ce niveau (résultats à suivre).

Discussion

En considérant le nombre maximal de participants, la priorité a été donné à ceux qui avaient reçu des cartons d'invitation. Le nombre de personnes se présentant aux camps était plus élevé que prévu pour le nombre d'agents de santé disponibles, ce qui a entraîné de longues journées de travail et l'impossibilité de prendre des pauses pour le personnel. Il y a eu des difficultés au niveau des médicaments pour les autres dermatoses, en particulier pour la gale, car il était impossible d'en trouver dans le système de santé, ni dans les pharmacies privées.

Conclusions

Les camps de dermatologie (« skin camps ») du PEP4LEP contribuent à la découverte de nouveaux cas de gale dans les communautés. Les autorités sanitaires devraient s'alarmer (et au moins fournir les médicaments) pour surmonter cette situation.

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les patients, les membres de la communauté, les agents de santé et les membres du consortium PEP4LEP qui ont participé au projet PEP4LEP. Ce projet a été financé par le programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne (numéro de subvention RIA2017NIM-1839-PEP4LEP). Le projet a également reçu un financement de l'Initiative de recherche sur la lèpre (LRI ; www.leprosyresearch.org ; numéro de subvention 707.19.58). Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du résumé.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Camps de dermatologie (« skin camps »), diagnostic précoce, lèpre, gale, approche intégrée

Séance 9 : Recherche opérationnelle – Autres résumés

Obstacles à la prévention et à la prise en charge de la leishmaniose cutanée dans le Nord de l'Éthiopie : étude ethnographique

Auteurs : Desalegn Tadese, Mahmud Abdulkadir, Afework Mulugeta et Helen Prince

Affiliations :

Université de Mekele, École de Médecine
Université de Mekele, École de santé publique
Keele University, School of Life Sciences

L'une des maladies tropicales négligées à manifestation cutanée que l'on trouve dans le Tigré, au Nord de l'Éthiopie, est la leishmaniose cutanée (LC). Ces maladies sont souvent liées à des zones d'endémie où l'accès au traitement médical est difficile. Cette étude avait pour but d'enquêter sur les facteurs potentiels qui influent sur la prise en charge et la prévention de la LC dans les établissements de soins primaires du Tigré.

Une étude qualitative de six mois, spécifique du site, avec des méthodes rapides d'ethnographie, a été menée pour répondre à cet objectif ; une analyse par contenu thématique a été utilisée pour créer un cadre de codage. Des interviews semi-structurées, des groupes de discussion et des observations participatives ont été organisés (n = 33, 3 et un grand nombre respectivement) avec des patients atteints de LC, des aidants, des professionnels de santé, des tradipraticiens et des chefs de communauté.

On a découvert que des obstacles à trois niveaux, individuel, communautaire et à celui du système de santé, avaient un effet sur l'accès des communautés aux soins de la LC. Au niveau individuel, ces obstacles sont la connaissance, les limitations financières et les retards dans le diagnostic et le traitement. Au niveau des communes, il existe des empêchements liés à la pauvreté, à la stigmatisation et à la perception de la maladie. Au niveau du système de santé, les barrières ont trait au manque d'accès, à l'insuffisance des connaissances et des capacités des professionnels de santé, à un manque de médicaments et de fournitures, à une mauvaise gestion des données, à des contraintes financières, à l'absence d'un appui programmatique pour la leishmaniose cutanée et au manque de soins de la LC. Cette étude a permis d'identifier un certain nombre de difficultés, comme une surveillance insuffisante dans les zones d'endémie, un manque d'accès aux soins de la LC et des lacunes dans l'information. Les diagnostics et les traitements sont également limités par les normes nationales existantes en matière de prévention de la LC et de lutte. Des barrières culturelles influant sur les attitudes et les actions des communautés et des agents de santé ont été également mises à jour.

Bien qu'il y ait plusieurs facteurs qui influent sur la prise en charge de la LC, le plus important est que les personnes désavantagées ne peuvent pas être facilement diagnostiquées et traitées et que le grand public comme les professionnels de santé n'ont pas une connaissance suffisante de la maladie.

Remerciements

J’aimerais exprimer ma profonde reconnaissance aux participants à l’étude, à l’Université de Mekele et au projet ECLIPSE (financé par le National Institute for Health Research_NIHR et l’aide du Royaume-Uni)

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Leishmaniose cutanée, soins de santé primaires, maladies cutanées négligées, Tigré

Rôle des récepteurs de type Toll (TLR), des cytokines et des récepteurs opioïdes dans la prévention et le traitement de la leishmaniose cutanée

Auteurs : [a]Fatemeh Ghaffarifar, [a]Parisa Ebrahimisadr, [b]John Horton, [c]Zohreh Sharifi, [a]Abdolhossein Dalimi, [a]Leila Zaki

Affiliations :

[a] Département de Parasitologie et d'Entomologie médicale, Faculté des Sciences médicales, Université Tarbiat Modares, Téhéran, Iran

[b] Tropical Projects, Hitchin, Royaume-Uni

[c] Blood Transfusion Research Center, High Institute for Research and Education in Transfusion Medicine

Introduction

Les récepteurs de type Toll (TLR : Toll-Like Receptors) et les cytokines jouent un rôle crucial dans le contrôle des infections**.** Ils renforcent aussi la phagocytose et la destruction des parasites. La morphine peut modifier l'immunité et les défenses de l'hôte contre les maladies infectieuses. Les récepteurs opioïdes partagent des mécanismes fonctionnels et des signaux intracellulaires.

Méthodes

Dans cette étude, nous avons évalué les effets thérapeutiques et préventifs de la morphine sur *Leishmania major*, puis l'expression des TLR**,** des cytokines pro- et anti-inflammatoires et des récepteurs opioïdes (kappa κ, delta δ et mu μ) à la fois dans des macrophages sains et d'autres infectés par *Leishmania major* in vitro et chez des souris BALB/c. Pour le traitement, on a utilisé la morphine et le glucantime. L'expression des TLR**,** des cytokines et des récepteurs opioïdes a été évaluée par la PCR en temps réel.

Résultats

La morphine a eu un effet préventif et aucune lésion n'a été observée dans le groupe sous morphine avant d'être soumis à une épreuve avec des promastigotes. L'expression du TLR2 a diminué chez les macrophages sains sous traitement, tandis que celle du TLR4 a augmenté. Celle du TLR7 a baissé dans les macrophages sains. L'expression du TLR9 a été la plus forte dans les macrophages infectés des groupes sous morphine. Nos observations ont révélé que les macrophages sains produisent plus de TNFα et moins d'IL6 ; c'est l'inverse dans les macrophages infectés, avec plus d'IL6 et moins de TNFα. Nous avons observé que le traitement à la morphine renforce les réactions défensives contre la leishmaniose. Dans les macrophages de souris, la plus forte expression du TLR9 a été induite par la morphine.

Discussion

Les résultats ont montré que la morphine à toutes les concentrations et le glucantime augmentaient l'expression des récepteurs d'une manière significative dans tous ces groupes par rapport au groupe témoin ($P < 0.05$). Dans les macrophages sains et parasités et dans les macrophages péritonéaux isolés chez des souris saines et parasitées sous traitement à la morphine, l'expression de tous les récepteurs opioïdes a augmenté ; l'expression la plus forte des récepteurs mu (μ) a été constatée dans les macrophages péritonéaux isolés à partir de souris infectées et traitées à la morphine, avec un facteur de multiplication de 32,29.

Conclusion

TLR7 et TLR9 ont un rôle crucial dans la reconnaissance et le contrôle des infections microbiennes. Aucune lésion n'est apparue chez les souris traitées à la morphine avant l'épreuve, ce qui indique pour ce médicament un rôle protecteur contre la leishmaniose. La morphine joue un rôle positif dans la baisse de l'expression d'IL-10 et la hausse de l'expression des cytokines inflammatoires, comme le TNF-α, et a donc un rôle dans la prévention de la leishmaniose.

Remerciements

Ce travail a été financé par l'Université Tarbiat Modares.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Morphine, Glucantime, *Leishmania major*, effet préventif, effet thérapeutique, TLR, cytokines, récepteurs opioïdes.

Application des diverses optiques des systèmes de santé communautaires pour identifier les déterminants de l'accès à la chirurgie dans les populations mobiles et migrantes atteintes d'hydrocèle en Zambie.

Auteurs : Patricia Maritim, Mwimba Chewe, Margarate Nzala Munakaampe, Adam Silumbwe, George Sichone, Joseph Mumba Zulu

Affiliations :

Department of Health Policy and Management, School of Public Health, University of Zambia, Lusaka, Zambie.
Participatory Research and Innovations Management, Lusaka, Zambie.

Introduction

L'hydrocèle, qui apparaît dans les cas de filariose lymphatique de longue durée, peut être traité par la chirurgie. L'accès aux interventions chirurgicales reste faible, en particulier dans les populations difficiles à atteindre. Dans cette étude nous avons appliqué les diverses optiques du système de santé communautaire (SSC) pour identifier les facteurs conduisant à l'adoption, à la mise en œuvre et à l'intégration des opérations chirurgicales de l'hydrocèle dans les populations migrantes et mobiles du district de Luangwa (Zambie). On peut appliquer au SSC quatre optiques principales ; l'*optique programmatique* considère le SSC comme un continuum entre les systèmes de soins de santé primaires et le SSC lui-même dans un espace géographique délimité, avec un ensemble d'intervenants, de populations et de programmes reposant sur les politiques et plans existants. L'*optique relationnelle* s'intéresse aux intervenants, à leurs liens formels et informels et à la circulation du pouvoir dans les communautés. L'*optique de l'action collective* examine les mécanismes et processus permettant aux divers intervenants de se mobiliser, de collaborer et d'agir collectivement pour la santé. Enfin, l'*optique critique* cartographie les relations de pouvoir en évaluant les idées, les intérêts et les institutions, ainsi que leurs interactions dans la prestation des services de santé.

Méthodes

Un modèle appliquant des méthodes mixtes simultanées, enquête transversale sur les patients atteints d'hydrocèle (n = 438) et interviews approfondies avec divers intervenants locaux (n = 38), a été appliqué en octobre 2021. L'analyse des données s'est basée sur l'optique relationnelle et l'optique programmatique des systèmes de santé communautaires.

Résultats

Dans l'*optique programmatique,* les ressources insuffisantes ont rendu la plupart des établissements de santé incapables de fournir l'ensemble minimum de soins pour la filariose lymphatique. L'absence de structures de collaboration transfrontalière obère la continuité des soins pour les patients se déplaçant entre les trois pays. Les patients qui avaient des hydrocèles de taille réduite retardaient l'accès aux soins jusqu'à ce que la maladie ait progressé de manière importante et que la douleur devienne insupportable. La barrière de la langue, notamment pour les pêcheurs, les agriculteurs et les migrants du Mozambique qui parlent portugais, a influé sur leur possibilité de communiquer avec les soignants et les agents de santé communautaires. Les coûts directs et indirects liés à la chirurgie étaient un obstacle majeur pour 46 % des répondants à l'enquête et 72,3 % d'entre eux étaient totalement incapables d'assumer le coût. Dans l'*optique relationnelle,* les chefs de communautés utilisaient leur statut respecté pour plaider pour les interventions et ils ont pris publiquement la parole sur la maladie et l'utilité de la chirurgie, remettant ainsi en cause le secret entourant les discussions sur l'hydrocèle. Néanmoins, le niveau d'engagement

des tradipraticiens et des chefs religieux était assez faible, ce qui donne une marge de progression pour améliorer l'accès. Les patients étaient rarement inclus dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services pour l'hydrocèle. L'absence de groupes de patients dans le district donne la possibilité de renforcer leur engagement. Pour les populations de pêcheurs, les associations de pêche pas encore engagées dans la prestation du service représentaient une autre possibilité de tirer parti des *forces internes*. Certains patients utilisaient leurs *forces internes* pour se faire les défenseurs de la chirurgie.

Conclusions

Les systèmes de santé communautaires ouvrent une voie potentielle par laquelle renforcer l'accès aux populations mobiles et migrantes grâce à des stratégies telles que l'engagement de groupes de patients, le partage transfrontalier des connaissances et le recours à des initiatives de suivi communautaire.

Remerciements

Cette publication a reçu l'appui financier de l'USAID (United States Agency for International Development) et du Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth du Royaume-Uni (UK FCDO), par le biais de la Coalition for Operational Research on Neglected Tropical Diseases (COR-NTD) et administrée par l'African Research Network for Neglected Tropical Diseases (ARNTD). Nous aimerions remercier Louis Adu-Amoah (ARNTD), le Bureau de la Santé du District de Luangwa et les agents de santé communautaires impliqués dans la délivrance locale des interventions contre la filariose lymphatique pour avoir facilité l'étude.

MTN cutanées et/ou intégration – Mots-clés

Filariose lymphatique

Obstacles et facilitateurs pour améliorer les soins des personnes et des communautés touchées par les MTN cutanées

Auteurs : Auteurs multiples provenant du Réseau PROSPER, financé par le NIHR

Affiliations :

Auteurs multiples provenant du Réseau PROSPER, financé par le NIHR, avec un portefeuille de financement de plus de 20 millions de livres sterling de 2019 à 2024.
Les intervenants viendront de :
SHARP - https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/sharp
ECLIPSE – https://www.eclipse-community.com/
5S – https://www.bsms.ac.uk/research/global-health-and-infection/nihr-5s-foundation/nihr-5s-foundation.aspx
REDRESS - https://www.redressliberia.org/
UoB RIGHT - https://www.birmingham.ac.uk/research/applied-health/research/nihr-right-leprosy/index.aspx

Dans leur parcours pour se soigner, les personnes ayant des MTN cutanées rencontrent à tous les niveaux des obstacles à la qualité des soins. Pour lever ces barrières, il faut collaborer avec toutes les parties prenantes, c'est-à-dire les patients eux-mêmes, les communautés, les prestataires de soins informels, les agents de santé et les programmes locaux et nationaux de lutte contre les MTN.

Les consortiums du réseau PROSPER, financés par le Research and Innovation for Global Health Transformation, un programme du NIHR (Royaume-Uni), ont utilisé une approche pluridisciplinaire. Ce réseau est une association de cinq consortiums de recherche collaborative au Brésil, en Éthiopie, en Inde, au Ghana, au Libéria, au Népal, au Nigéria, au Royaume-Uni et au Sri Lanka. Les travaux couvrent l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, le mycétome, la podoconiose, la gale et le pian.

La vaste portée et la nature transdisciplinaire du réseau PROSPER nous ont permis d'examiner et de comparer les stratégies d'engagement auprès des principales parties prenantes, ainsi que de faire des observations clés pour mieux comprendre et lever les obstacles aux soins spécifiques au contexte. Dans cette présentation conjointe, nous allons exposer des conclusions transversales du réseau PROSPER, axées sur les stratégies pour engager les principales parties prenantes, afin de comprendre et lever les obstacles aux soins. L'engagement communautaire et l'implication des personnes affectées et des membres de leur famille jouent un rôle central dans les approches adoptées par les cinq consortiums. Des études de cas de chaque consortium du réseau seront utilisées pour démontrer l'utilité des approches pluridisciplinaires faisant appel à l'anthropologie, aux sciences sociales, à l'économie de la santé, à la biomédecine et aux systèmes de santé, à de multiples niveaux pour résoudre ces problèmes.

Les thèmes revenant régulièrement dans nos travaux comportent les questions relatives à la compréhension conceptuelle de la maladie, à la stigmatisation interne et vécue, au bien-être mental, à la charge financière des MTN cutanées, à la fois pour les personnes atteintes et pour le système de santé, et à un manque important de préparation du système de santé s'agissant de la prestation de services accessibles, durables, efficaces et intégrés pour les MTN cutanées.

Nos conclusions apportent une perspective intéressante sur les défis et les opportunités spécifiques au contexte pour améliorer les soins des personnes et des communautés affectées par les MTN cutanées et indiquent qu'une approche « uniformisée » pourrait s'avérer inefficace. Elles soulignent comment les systèmes de santé devraient s'activer à forger des partenariats dans les communautés concernées pour une exécution efficace des programmes. L'implication des parties prenantes internes et externes dans la

conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services de soins des MTN cutanées, par exemple, peut être essentielle pour s'assurer que les stratégies s'attaquent aux obstacles locaux, sociaux, économiques et environnementaux et répondent aux besoins des communautés.

Remerciements

NIHR

MTN cutanées et/ou intégration

Ulcère de Buruli, leishmaniose cutanée, lèpre, filariose lymphatique (lymphœdème et hydrocèle), onchocercose, podoconiose, mycétome, gale, pian

Résumés des bureaux régionaux de l'OMS

Situation des MTN cutanées dans la Région africaine

Les MTN cutanées sont un sous-groupe de maladies tropicales négligées qui ont des manifestations cutanées avec des troubles, des incapacités et des défigurations qui peuvent entraîner une stigmatisation, des discriminations et des problèmes socio-économiques. Plus de la moitié des 20 MTN ont des manifestations cutanées et font de ces maladies des problèmes de santé publique importants imposant l'association ou l'intégration des activités autant que possible, afin d'optimiser l'utilisation des ressources (financières et humaines), de renforcer la surveillance, de réduire la stigmatisation et de sensibiliser le public à la prévention. La plupart des MTN cutanées sont co-endémiques en Afrique avec des niveaux variables d'endémicité et des interventions de lutte, d'élimination et d'éradication à des degrés divers dans les États Membres.

Principales maladies

Dans la Région africaine, les MTN cutanées endémiques sont **l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, le mycétome, la chromoblastomycose et les autres mycoses profondes, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la leishmaniose dermique post kala-azar, la gale et les autres ectoparasitoses dont la tungose** et **le pian**.

Activités

Les activités en cours pour combattre, éliminer et éradiquer les MTN cutanées comprennent le cadre stratégique de lutte intégrée contre les MTN cutanées, repris dans le Plan directeur national de lutte contre les MTN, la mise en œuvre renforcée et intégrée de la lutte contre les MTN cutanées, la détection active des cas et leur prise en charge, le soutien au suivi et à l'évaluation des projets et programmes au niveau national, le développement des capacités des personnels soignants, le renforcement des partenariats et de la coordination.

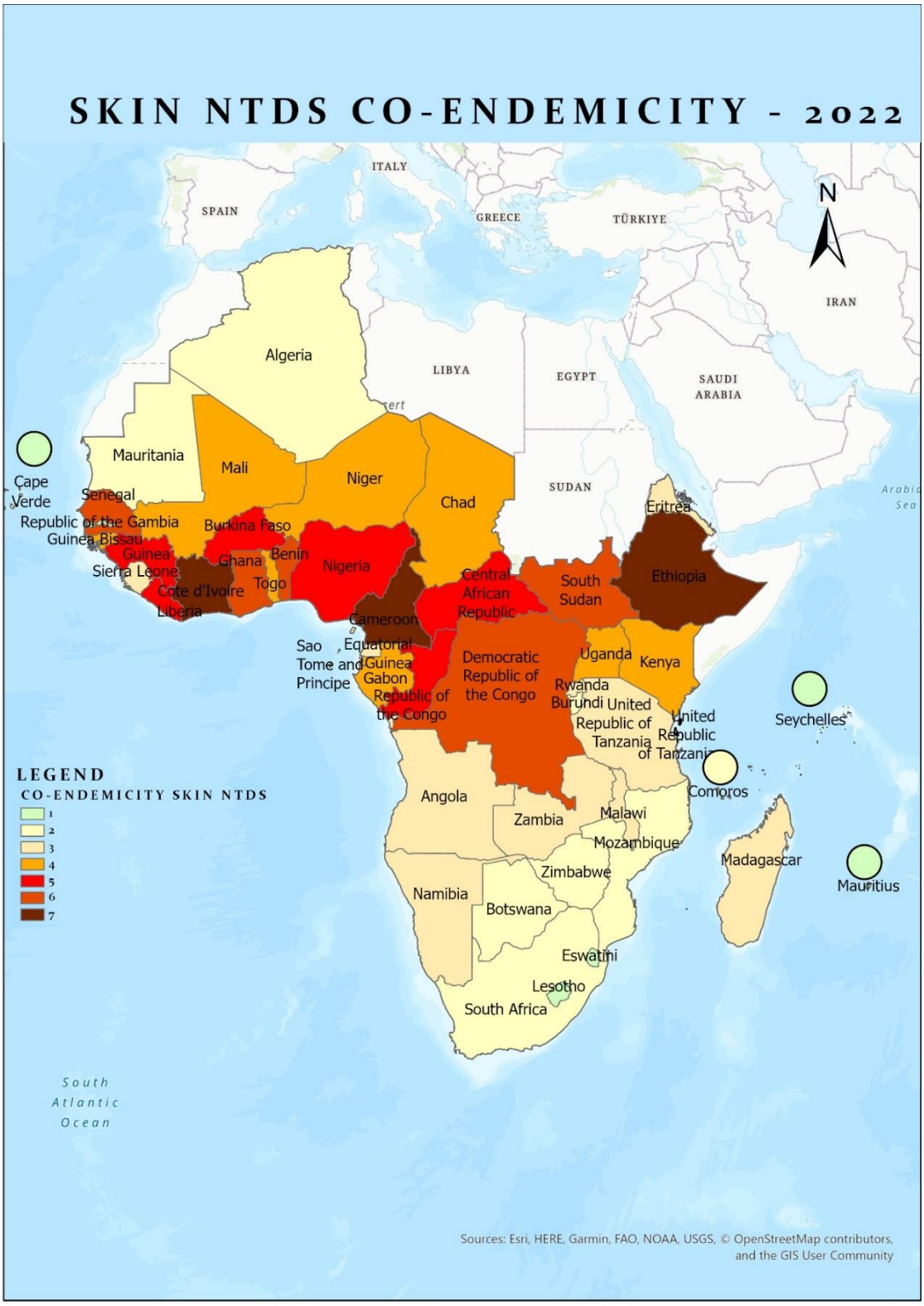
Difficultés

On ne connaît pas bien la véritable charge des MTN cutanées dans la Région africaine, ce qui affecte la mise en œuvre. Il y a aussi le manque de ressources (financières, humaines compétentes), l'absence d'outils adaptés pour la détection et le traitement des cas, l'insuffisance des informations sur la charge et la répartition des maladies, l'absence ou la faiblesse de l'intégration.

Voie à suivre

Mise en œuvre du cadre stratégique pour l'intégration des activités de lutte et de prise en charge liées aux maladies tropicales négligées à manifestation cutanée en suivant une approche centrée sur les gens, renforcement de l'appropriation par les pays, cartographie des maladies, renforcement du système de surveillance, amélioration de l'accès aux services, plaidoyer pour le financement et dons de médicaments et d'outils de diagnostic, renforcement des systèmes de santé, recherche et développement, utilisation des technologies disponibles, dont l'IA, et soins complets, formant un continuum, englobant les soins de santé mentale.

CO-ENDÉMICITÉ DES MTN CUTANÉES - 2022



Situation des MTN cutanées dans les Amériques

Lèpre

Jusqu'en 2019, la situation de la lèpre dans les Amériques se caractérisait par une tendance à une baisse lente mais constante au fil des ans. De 2005 à 2019, il y a eu une diminution de 28 % du nombre des nouveaux cas détectés, de 41 780 à 29 936. Une légère hausse s'est produite en 2017, 2018 et 2019. En 2019, tous les pays, à l'exception du Brésil, ont signalé un taux de prévalence inférieur à un cas pour 10 000 habitants.

La pandémie de COVID-19 a frappé au début de 2020 et a eu un gros impact sur les pays dans toute la Région des Amériques. Elle a eu des conséquences importantes pour tous les programmes de santé publique, dont les programmes nationaux de lutte contre la lèpre, la plupart d'entre eux, pour ne pas dire tous, ayant suspendu partiellement ou totalement leurs activités afin de protéger les communautés, les professionnels de santé et les agents de santé. Les activités à base communautaire ont été interrompues au moins temporairement et les patients ont cessé de venir consulter par peur de la COVID-19. Les ressources financières et humaines des programmes nationaux de surveillance de la santé publique, dont les programmes de lutte contre la lèpre, ont été, à juste titre, réaffectées pour soutenir la riposte à la pandémie de COVID-19.

Il y a donc eu un impact sur tous les indicateurs de la lèpre dans toute la Région. Le Tableau 1 montre l'évolution des plus importants d'entre eux de 2017 à 2021. On notera la baisse marquée pour tous, y compris le nombre total de nouveaux cas détectés, de 30 153 en 2019 à 19 195 en 2020, soit une diminution de 36,3 %, et le nombre de nouveaux cas enregistrés pour le traitement en fin d'année, de 35 557 à 25 786, soit une baisse de 27,5 %. Une légère hausse du nombre de nouveaux cas détectés s'est produite en 2021, à 19 826 (631 cas supplémentaires), alors que le nombre de cas enregistrés pour le traitement a été ramené à 25 053 (733 cas en moins).

Tableau 1. Principaux indicateurs de la lèpre dans la Région des Amériques sur cinq ans, de 2017 à 2021.

	Année				
Indicateur	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Nouveaux cas détectés	29 101	20 957	29 936	19 195	19 826
Cas enregistrés pour le traitement en fin d'année	31 527	34 538	35 231	25 786	25 053
Nouveaux cas d'enfants de moins de 15 ans	NA	1 781	1 612	904	817
Nouveaux cas d'ID2	2 149	2 324	2 544	1 609	1 862
Nouveaux cas d'enfants avec une ID2	NA	41	51	37	31

L'impact négatif de la pandémie sur les programmes de la lèpre aurait pu avoir de graves conséquences pour les patients : retards dans le diagnostic, le traitement, le diagnostic et la prise en charge des réactions à la lèpre, possibilité accrue de développer des incapacités permanentes et des défigurations, ainsi que toutes les conséquences psychologiques, sociales et économiques néfastes.

Leishmaniose cutanée et muqueuse

En 2021, 37 786 cas ont été notifiés dans la Région, soit le nombre le plus faible sur la période 2001-2021. Cela est dû une tendance progressive à la baisse depuis 2005. En 2021, bien que le nombre de cas ait diminué dans certains pays, d'autres ont observé des hausses importantes par rapport à 2020 : l'Argentine (85 %), le Mexique (60,5 %), Panama (37,1 %) et El Salvador (28,2 %). En 2021, l'incidence régionale était de 16,54 cas pour 100 000 habitants, le plus faible taux enregistré ces dernières années. Les pays où ce taux a été le plus élevé ont été le Suriname (200,3), Panama (42,8), la Bolivie (35,8), le Pérou (35,4) et le Guatemala (33,9). À l'inverse, ceux ayant les taux les plus bas ont été le Guyana (0,8), le Paraguay (2,6), le Mexique (6,2), l'Argentine (6,9) et le Venezuela (8.8). La Figure 1 montre l'incidence des deux formes de leishmaniose dans les Amériques en 2021, sur la base des données transmises par les programmes nationaux de lutte et les services de surveillance.

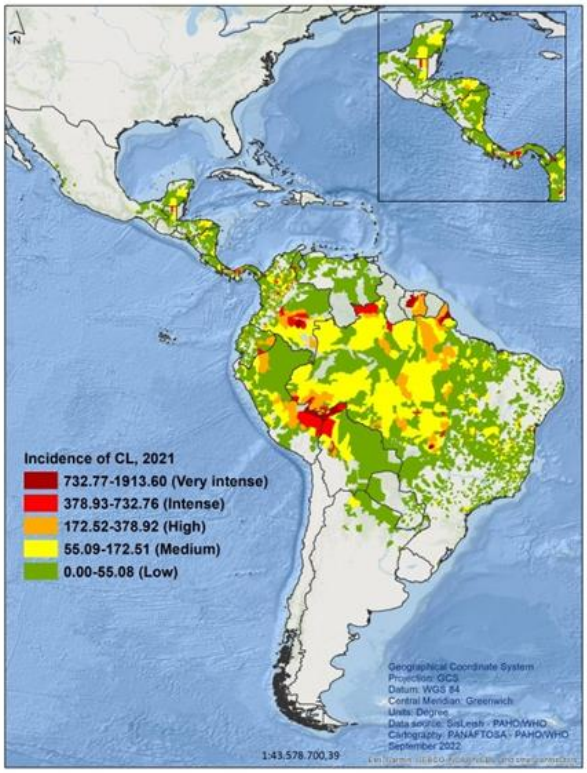


Figure 1. Incidence de la leishmaniose cutanée pour 100 000 habitants au second niveau administratif infranational dans la Région des Amériques.

Source : *Organisation panaméricaine de la Santé. Leishmaniases. Epidemiological Report on the Region of the Americas Washington, DC : PAHO ; décembre 2022 [consulté le 20 mars 2023].*

Onchocercose

On a observé la transmission de l'onchocercose dans la Région des Amériques dans 12 foyers situés dans 6 pays, le Brésil, la Colombie, l'Équateur, le Guatemala, le Mexique et le Venezuela. Le Programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques (OEPA) a démarré en 1992 avec le but d'éliminer la morbidité et la transmission. La stratégie consistait à fournir des traitements semestriels d'ivermectine à toute la population éligible en atteignant une couverture ≥ 85 % au moins deux fois par an. L'OMS a vérifié l'élimination de la transmission de l'onchocercose dans 4 pays : la Colombie (2013), l'Équateur (2014), le Mexique (2015) et le Guatemala (2016). Le Ministère de la Santé du Venezuela a annoncé l'élimination de la transmission dans 2 des 3 foyers du pays.

En 2021, les 538 517 habitants des anciennes zones d'endémie représentaient une baisse de 94 % de la population d'origine exposée au risque d'onchocercose. Les 6 % restants (35 518 personnes) vivent dans la zone du foyer de Yanomami, une zone transfrontalière de transmission entre le Brésil et le Venezuela, nommée d'après la population autochtone nomade qui y habite. Elle se compose de deux foyers contigus, le foyer brésilien d'Amazonas et le foyer sud du Venezuela, et couvre 654 communautés dispersées sur environ 230 000 km^2 de savanes et de forêts humides amazoniennes. Malgré des progrès sensibles, ce foyer représente un grand défi, en raison des obstacles à la fois géographiques et culturels, pour l'élimination régionale dans les Amériques.

Source : *Organisation mondiale de la Santé. (2022). Progrès vers l'élimination de l'onchocercose dans la Région OMS des Amériques : avancées pour protéger les dernières communautés d'endémie du foyer sud de la République bolivarienne du Venezuela. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 97 (39), 481 - 484. Organisation mondiale de la Santé.* *https://apps.who.int/iris/handle/10665/363331*

Filariose lymphatique

La Région des Amériques est dans les temps pour atteindre l'objectif d'élimination de la FL. Sur les sept pays où l'on considère que la transmission de la FL est endémique, trois ont été retirés de la liste de l'OMS en 2021 (Costa Rica, Suriname, Trinidad et Tobago). Les quatre pays restants (Brésil, Guyana, Haïti, République dominicaine) ont fait des progrès importants au cours des dernières années :

Le Brésil est le premier pays dans les Amériques à interrompre les AMM au niveau national et à établir une surveillance post-AMM. La dernière enquête d'évaluation de la transmission (TAS) aura lieu à Jaboatão dos Guararapes (Recife) en 2023. Le pays prévoit de boucler le dossier en 2023 et de le présenter au Groupe d'examen des programmes régionaux.

La République dominicaine a cessé les AMM dans tous les foyers d'endémie de la FL. La Ciénaga et le Sud-Ouest ont passé 3 TAS avec succès et le foyer Est a réussi une TAS.

Le Guyana a introduit des approches et outils renouvelés, micro-planification, stratégies de communication, outils de supervision et d'autres, et a obtenu des couvertures efficaces des AMM en 2017 et 2018. En 2019, il a intensifié le traitement dans 100 % de la région géographique et introduit l'ivermectine dans l'AMM, passant de DA (DEC et albendazole) à IDA (ivermectine, DEC et albendazole). En 2023, le pays a procédé à une enquête sur l'impact de l'IDA pour décider de l'interruption de l'administration de masse de médicaments. Ce nouveau traitement, avec l'IDA, donne de nouvelles possibilités au Guyana d'atteindre l'élimination de la FL d'ici 2026.

Haïti a réussi la TAS dans plus de 80 % des communes d'endémie. Celle-ci ne subsiste que dans 22 communes, la plupart dans des zones urbaines, ce qui souligne l'importance d'obtenir une couverture efficace pour progresser vers l'objectif d'élimination de la FL. L'expérience de l'AMM en 2018 et 2019 avec la micro-planification, en renforçant la communication sociale et la supervision, a permis d'améliorer les résultats de la campagne et ouvre de nouvelles possibilités de progrès vers le but d'éliminer la FL.

La prise en charge de la morbidité demeure le principal problème dans la Région des Amériques. Même si les quatre pays ont soumis des informations sur la prise en charge de la morbidité et sur la prévention des incapacités, la charge de la maladie est sous-estimée et la disponibilité rapportée de ces soins dans les unités d'intervention où il y a des patients connus est de 3 % dans la Région (4 sur 117).

Compte tenu des progrès en Amérique latine et dans les Caraïbes (ALC), la population ayant besoin d'AMM dans cette Région a baissé de 12,9 millions de personnes (diminution de 67 %). Pour avancer dans la dernière ligne droite sur la voie de l'élimination, de nouvelles approches ont été élaborées dans les Amériques pour améliorer les résultats des AMM comme, entre autres, des outils de micro-planification, des stratégies combinées pour améliorer la communication et la mobilisation sociale, le suivi de la couverture des médicaments et l'évaluation rapide de la couverture de l'AMM.

Tungose

En 2021, l'OPS/OMS a organisé une consultation officielle sur la tungose, dont les conclusions ont été publiées et sont disponibles en ligne[9].

L'article sur la situation épidémiologique de la tungose dans les Amériques a été publié au second semestre de 2022[10]. En octobre 2022, une réunion s'est tenue pour documenter les actions visant à combattre et à prévenir la tungose au Brésil et en Colombie ; le rapport de cette réunion sera publié prochainement. Cette même année, un groupe interprogrammatique interne a été formé à l'OPS pour soutenir les actions de lutte contre cette maladie dans les Amériques, avec la participation de MIN, de l'entomologie en santé et de l'équipe PANAFTOSA.

En 2023, nous avons acheté 1000 flacons de NYDA qui ont été donnés au Brésil et à la Colombie, l'accent étant mis sur le traitement des cas dans les populations autochtones. Un surplus de NYDA est disponible et sera distribué selon les besoins dans d'autres pays. Des lignes directrices opérationnelles sont en cours d'élaboration pour combattre la tungose dans les Amériques. Une fois qu'elles seront rédigées, nous consulterons des experts pour vérifier les documents. Une ligne directrice pour le traitement de la maladie, basée sur la méthodologie GRADE, est en cours de préparation et devrait être publiée au second semestre de 2024.

Pian

Un examen systématique du pian dans les Amérique a été publié en 2019[11].

Début mars 2023, une réunion régionale a été organisée avec 13 pays, afin de présenter les recommandations actuelles sur les stratégies pour interrompre la transmission du pian et déterminer les principales actions à mener pour progresser vers la confirmation de l'interruption de la transmission dans la Région des Amériques.

Gale

En mai 2022, la première réunion régionale sur la gale s'est tenue pour présenter les connaissances actuelles et les lacunes aux niveaux mondial et régional, ainsi que pour étudier les possibilités de collaboration entre les pays de la Région des Amériques, l'IACS et l'OPS/OMS.

Une formation pour mener à bien la cartographie rapide intégrée des MTN cutanées est planifiée.

[9] https://www.who.int/publications/i/item/9789240054400

[10] https://www.paho.org/en/documents/current-status-knowledge-epidemiology-tungiasis-americas

[11] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6405159/

Autres MTN cutanées

La charge régionale et les facteurs de risque du mycétome, de la chromoblastomycose et de la sporotrichose sont partiellement connus dans la Région des Amériques, mais il faut poursuivre les efforts de cartographie pour établir la distribution, la charge des maladies et les facteurs de risque. Sur la base de ces informations, une stratégie régionale de prévention et de lutte pourra être élaborée.

La podoconiose n'a pas été détectée dans la Région des Amériques et seuls des cas sporadiques d'ulcère de Buruli ont été signalés.

Situation des MTN cutanées dans la Région de la Méditerranée orientale

Dans cette Région, les MTN cutanées prévalentes sont la leishmaniose cutanée, le mycétome, la chromoblastomycose et les autres mycoses profondes, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la leishmaniose dermique post-kala-azar et la gale.

Dans le monde, la Région a la plus forte charge de leishmaniose, qui représente 75 % du total mondial chaque année. La maladie est endémique dans 18 des 22 pays[1]. Cinq pays de la Région, l'Afghanistan, l'Iran, l'Iraq, le Pakistan et la Syrie ont notifié 93 % des cas en 2021. C'est la Syrie qui a déclaré le plus grand nombre de cas en 2021, soit 78 231[2]. Depuis 2009, on observe dans les pays des tendances variables dans la notification des cas, mais aucun n'a montré une tendance progressive à la baisse. La plupart des pays d'endémie ne disposent pas de capacités suffisantes au niveau des systèmes de santé pour une prise en charge efficace des cas. Sauf en Iraq, les pays ayant une charge élevée de la LC dans la Région ont recours aux deux options thérapeutiques, la chimiothérapie et le traitement physique.

Tous les pays ont éliminé la lèpre en tant que problème de santé publique, sauf la Somalie. Cinq pays, l'Égypte, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen, notifient chaque année plus de 90 % des cas[1]. Tous les pays de la Région ont adopté le schéma thérapeutique avec 3 médicaments, recommandé par l'OMS en 2018. L'Égypte, le Pakistan et le Yémen procèdent au dépistage des contacts des cas indicateurs. Néanmoins, aucun pays ne fournit la prophylaxie par une dose unique de rifampicine, du fait que ce médicament n'est pas disponible à ce niveau.

La filariose lymphatique est endémique en Égypte, au Soudan et au Yémen. L'Égypte et le Yémen l'ont éliminée en tant que problème de santé publique. Le Soudan est, dans la Région, le seul pays qui organise une administration de masse des médicaments pour éliminer la maladie.

L'onchocercose est endémique au Soudan et au Yémen. Le Soudan compte quatre foyers d'endémie, dont deux ont un besoin d'intervention avec l'administration de masse de médicaments pour 176 553 personnes. Au Yémen, on estime que 763 881 personnes ont besoin de la chimiothérapie préventive[2]. Le Yémen a commencé l'administration partielle de masse de médicaments depuis 1992. Ces dernières années, le personnel sanitaire prenant en charge l'onchodermatite a observé une baisse sensible du nombre des cas[6].

Malgré une forte charge de la leishmaniose viscérale au Soudan, en Somalie et au Yémen, les données sur la leishmaniose dermique post-kala-azar sont minimes. Seul le Soudan notifie des cas de LDPKA, mais la notification n'est pas complète[4]. Le Soudan a déclaré que les lésion dermiques guérissaient spontanément dans près de 85 % des cas et persistent pour les 15 % restants, qui requièrent un traitement médical aux antimoniés[5].

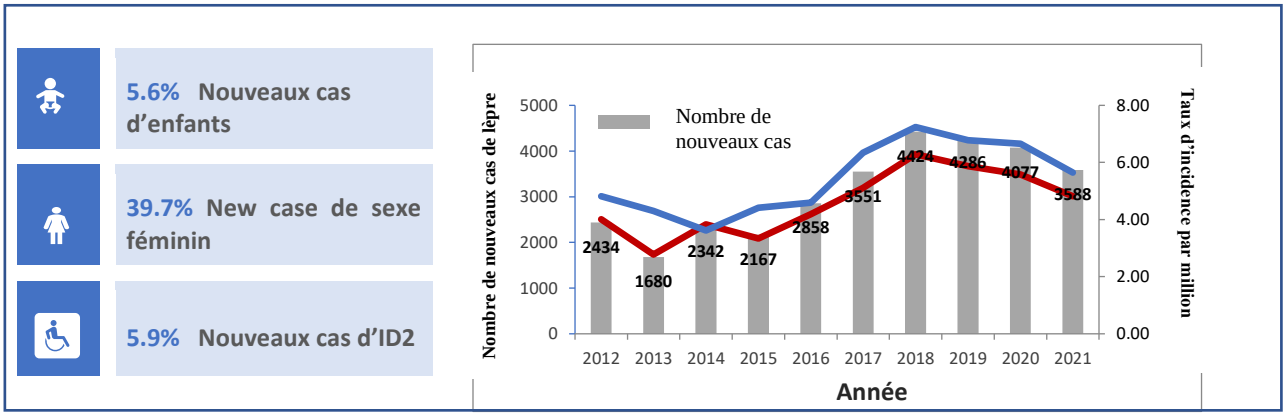
Des données sur le mycétome ont été transmises à EMRO par l'Arabie saoudite, les EAU, l'Iran, la Libye, le Qatar et le Soudan[3]. La notification des données n'a pas été régulière. Parmi les pays ayant transmis des données sur le mycétome, le Soudan a signalé le plus grand nombre de cas depuis 2015. L'Arabie saoudite a notifié des cas en 2015 seulement, d'autres pays ont notifié zéro cas. Même si le Yémen, la Somalie, le Pakistan et Djibouti ne notifient pas de cas, la maladie y est endémique[5] .

La gale est prévalente dans de nombreux pays de la Région[5]. Reconnaissant la charge de morbidité et le risque de séquelles à long terme, les stratégies de lutte doivent être intégrées aux activités existantes, afin de faciliter une adoption de la stratégie rapide et efficace au meilleur coût.

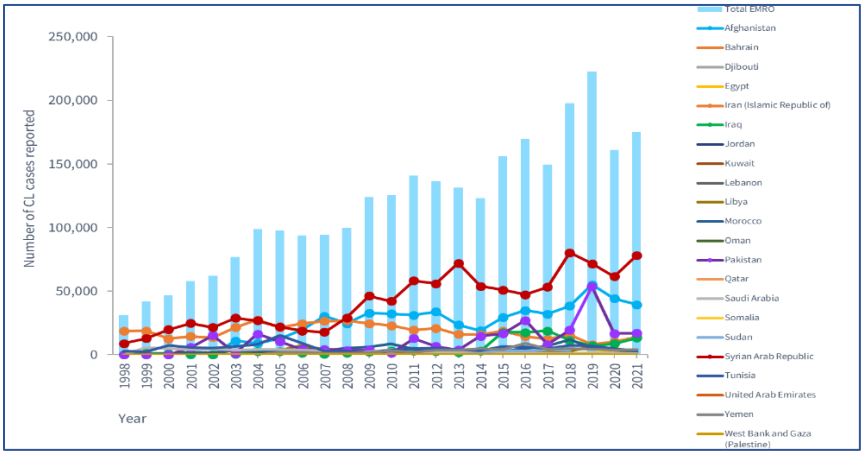
De nombreux pays dans la Région prennent des initiatives pour intégrer la prise en charge des cas de MTN cutanées à tous les niveaux du système de délivrance des soins. Le Pakistan a intégré la prise en charge des cas de leishmaniose cutanée et de lèpre. Le Soudan, où la charge des MTN cutanées est élevée, assure la prise en charge intégrée pour la plupart d'entre elles. Le Yémen a également une prise en charge intégrée de la lèpre, de la filariose lymphatique et de l'onchocercose.

La prévention, le contrôle et l'élimination des MTN cutanées se heurtent à de nombreux obstacles, notamment lorsque la prise en charge est individuelle. Le manque de capacités au niveau du personnel sanitaire pour dispenser des soins efficaces, la pénurie mondiale de médicaments, les approches verticales des programmes de lutte et l'insuffisance de l'appui des donateurs font partie des problèmes constatés dans la Région de la Méditerranée orientale.

EMR : profil de la lèpre



EMR : tendances de la leishmaniose cutanée



Références

1. Eastern Mediterranean Region plan 2021-2025 to accelerate implementation of the global roadmap for neglected tropical diseases 2030
2. Observatoire mondial de la Santé : https://www.who.int/data/gho
3. Review of the neglected tropical diseases programme implementation during 2012–2019 in the WHO-Eastern Mediterranean Region ; PLOS NTD : 29 septembre 2022.
4. WHO Integrated data platform: https://extranet.who.int/dhis2/dhis-web-dataentry/index.action
5. Burden and management of Neglected Skin Diseases in the Eastern Mediterranean Region, 2019. Mourad Mokni; Afif Ben Salah (non publié).
6. Abdul Samid Al-Kubati. National Onchocerciasis Advisory Committee meeting, 5-6 mars 2022, Le Caire, Égypte.

Situation des MTN cutanées dans la Région de l'Asie du Sud-Est

Les maladies tropicales négligées à manifestation cutanée, les « MTN cutanées », ont été délaissées dans le passé du fait qu'une détection active des cas, une prise en charge individuelle, des ressources importantes et des efforts intenses sont requis pour les combattre, les éliminer et les éradiquer. Au moins dix d'entre elles, incluses par l'OMS dans sa liste des MTN, se manifestent par des changements cutanés avant que des modifications des organes internes ne se produisent ou que des incapacités physiques n'apparaissent. Les MTN sont co-endémiques dans la Région de l'Asie du Sud-Est, à des degrés divers d'intégration et à des stades différents pour la cartographie, les interventions, l'action post-intervention et post-élimination.

Principales MTN cutanées

La Région de l'Asie du Sud-Est est celle où l'on observe la plus grande charge de morbidité pour la lèpre et la filariose lymphatique, avec une co-endémicité importante. De plus, la leishmaniose cutanée et la leishmaniose dermique post-kala-azar sont endémiques dans la Région, mais il reste à établir la véritable charge qu'elles représentent. En outre, l'endémicité de la gale, du mycétome, de la chromoblastomycose et des autres mycoses profondes doit encore être cartographiée.

Le pian est actuellement endémique en Indonésie et le Timor Leste est dans la dernière ligne droite de son élimination. L'Inde a été déclarée exempte de pian depuis 2016 et se trouve désormais dans la phase de post-élimination.

Activités

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 6 États Membres sur 11 ont éliminé au moins une MTN, dont la filariose lymphatique ou le pian.

Le Programme national d'élimination du kala-azar au Bangladesh (National Kala-azar Elimination Programme : NKEP) a, en collaboration avec d'autres programmes nationaux de lutte contre les MTN et avec l'appui de l'OMS, développé les capacités des agents de santé en première ligne pour une approche intégrée concernant les MTN cutanées dans les upazilas de Modhupur et Mirzapur du district de Tangail, où la lèpre et le kala-azar sont endémiques. Après la formation, les upazilas ont piloté l'approche intégrée pour les MTN cutanées au service de consultations externes de l'hôpital et dans la communauté pour comprendre les difficultés de sa mise en œuvre.

Un outil régional sur les MTN cutanées est en cours d'élaboration pour renforcer les capacités du système de santé en matière de détection, de diagnostic et de riposte ; il se compose d'une brochure et d'un livre de poche simplifié sur les MTN cutanées et les dermatoses courantes dans la Région pour aider les agents des soins de santé primaires.

La Région organise des enquêtes intégrées à base communautaire couvrant autant que possible les MTN cutanées. Ces dernières années, le Timor-Leste a montré les meilleures pratiques en matière d'approche intégrée en dépistant la gale et le pian chez les élèves des première et deuxième années des écoles primaires lors d'enquêtes d'évaluation de la transmission de la FL.

La Région a organisé l'atelier régional sur la prise en charge de la filariose lymphatique et la prévention des incapacités en étroite collaboration avec le Government T.D. Medical College à Alappuzha, dans le Kerala (Inde), en 2019 et des progrès importants ont été observés dans les États Membres. Un atelier similaire est donc prévu au cours de l'année 2023.

Défis

Comme nous l'avons déjà mentionné, certaines MTN cutanées, comme la gale et le mycétome, ont été encore plus négligées que d'autres maladies. Il est important de comprendre le véritable fardeau qu'elles représentent. Les degrés divers d'intégration des MTN cutanées et leur inclusion dans le système national de santé constituent un autre grand défi. Il faut encore plaider pour un engagement politique résolu à inscrire les MTN cutanées dans la liste des priorités. Le manque de financement et la pénurie de ressources humaines compétentes est depuis longtemps un problème pour de nombreuses interventions de santé publique et il en va de même pour les MTN cutanées.

La voie à suivre

La co-endémicité sera cartographiée pour mieux cibler les interventions intégrées contre les MTN cutanées.

La véritable charge de certaines MTN cutanées sera examinée au moyen d'exercices d'estimation ou en s'appuyant sur des plateformes existantes, telles que les enquêtes d'évaluation de la transmission (TAS).

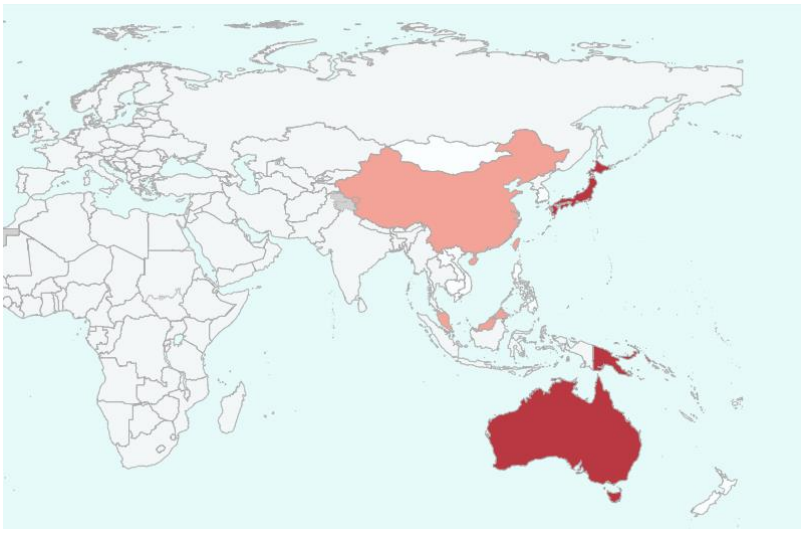
Les agents de santé de la Région seront formés aux MTN cutanées au moyen d'outils régionaux.

Le plaidoyer pour un engagement politique résolu se fera au moyen d'une réunion régionale de haut niveau sur les MTN.

Situation des MTN cutanées dans la Région du Pacifique occidental

Dans la Région OMS du Pacifique occidental, sept MTN cutanées sont endémiques, dont l'ulcère de Buruli, la leishmaniose cutanée, la lèpre, la filariose lymphatique, la gale et le pian.

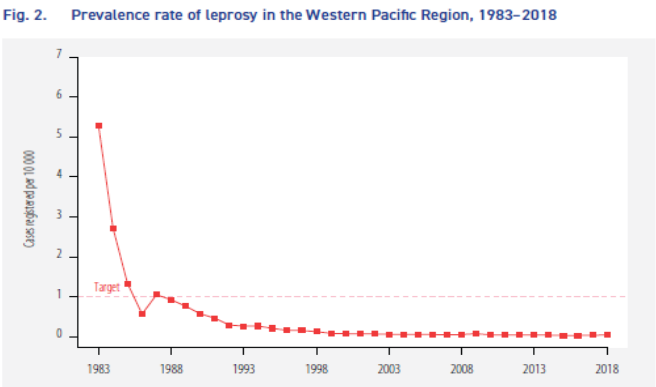
L'ulcère de Buruli (UB) n'est actuellement endémique que dans trois pays – l'Australie, le Japon et la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Dans trois autres, la Chine, Kiribati et la Malaisie, l'UB était endémique auparavant, mais on n'a pas une vue complète de la situation actuelle. Dans leur majorité, les cas sont notifiés par l'Australie (308 cas en 2019), suivie de la PNG (11 cas) et du Japon (3 cas) pour cette même année. Même si, historiquement, l'endémie n'a pas été présente au Cambodge, deux cas suspects d'UB y ont été détectés en mars 2023. En dehors du Japon et de l'Australie, la plupart des pays de la Région ne disposent pas des capacités pour confirmer le diagnostic de l'UB.



Carte de l'endémicité de l'UB en 2021 dans la Région du Pacifique occidental : Source – WHO GHO

La leishmaniose n'est pas endémique dans la Région bien qu'on considère qu'il y a une très faible endémicité en Chine. Aucune donnée n'a été transmise ces deux dernières années. Seulement 5 cas de leishmaniose cutanée ont été notifiés en 2015.

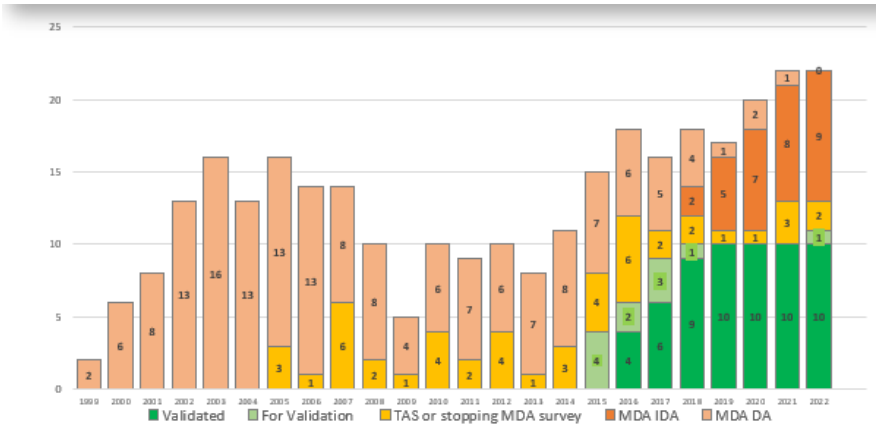
Comme le montre la figure ci-dessous, il y a eu une baisse spectaculaire de la prévalence de la lèpre au cours des quatre dernières décennies et les pays de la Région progressent sensiblement vers le but de zéro lèpre ; des difficultés persistent néanmoins dans certains pays, notamment les pays insulaires du Pacifique.



Taux de prévalence de la lèpre dans la Région du Pacifique occidental, 1983-2018: Epidemiological Review of Leprosy in WPR

En 2018, 4193 cas de lèpre ont été notifiés dans la Région, ce qui représente 2 % du nombre total des cas signalés dans le monde cette année-là. Les taux de détection pour 100 000 habitants continuent d'être les plus élevés dans les pays insulaires du Pacifique.

Dans la Région du Pacifique occidental, la filariose était endémique dans 22 des 37 États et territoires en 2016. Depuis lors, 10 des 22 États et territoires ont éliminé cette maladie en tant que problème de santé publique et ont reçu de l'OMS la validation de l'élimination en 2019. Le Cambodge, les Îles Cook, Nioué et le Vanuatu ont éliminé la maladie en 2016, suivis de Kiribati, des Îles Marshall, de Palaos, des Tonga, du Viet Nam et de Wallis et Futuna les années suivantes. Plus récemment, la République démocratique populaire lao a validé en février 2023 l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique. Deux autres pays procèdent à une enquête d'évaluation de la transmission et neuf mettent en œuvre l'AMM.



Situation de l'élimination de la FL dans la Région du Pacifique occidental

Le pian est endémique dans quatre pays de la Région – la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Îles Salomon, le Vanuatu et les Philippines. Avec la notification de 92 856 cas suspects de pian en 2021, la PNG supporte la plus lourde charge de cette maladie dans le monde, suivie des Îles Salomon, qui ont notifié 13 599 cas suspects cette même année.

La gale est endémique dans les pays insulaires du Pacifique, dont la PNG, les Îles Salomon, le Vanuatu et Kiribati. Pourtant, des estimations précises de la charge de morbidité ne sont pas disponibles du fait de l'insuffisance des données et de la cartographie.

Alors que la Région a fait des progrès significatifs, de grandes difficultés subsistent. Il y a un plus grand potentiel d'intégration dans certains pays où la co-endémicité est courante, par exemple la PNG et les Îles Salomon. Néanmoins, des problèmes systémiques liés à la faiblesse du système de santé, au manque de ressources et à l'inclusion insuffisante dans les SSP font obstacle à l'intégration. La Région fait face à d'autres défis pour combattre et éliminer diverses MTN cutanées endémiques : manque des fonds nécessaires et d'engagement, faible capacité des SSP pour le diagnostic et le traitement des MTN cutanées, stigmatisation et discriminations à l'encontre des sujets atteints, requérant de mettre davantage l'accent sur la mobilisation des communautés pour donner aux individus les moyens d'agir, capacités plus faibles de gestion des chaînes d'approvisionnement, médiocrité de la surveillance et de la cartographie des maladies et insuffisance de la collaboration intersectorielle.