



Aspects épidémiologiques et diagnostiques de la lèpre chez l'enfant congolais.

Epidemiological and diagnostic aspects of leprosy in Congolese children

Aloumba GA^{1,2*}, Kambourou J¹⁻³, Manomba C⁴, Ngambou KA⁵, Okana L⁵, Kimbatsa DD⁵, Lekomba C⁵, Kombo C⁵, Doukaga MT^{1,2}, Ekati M^{1,2}, Amona M⁶, Ossibi IB¹⁻², Ondima IP¹⁻⁷, Kitembo L⁵, Ndziessi G¹, Bayonne KES¹⁻⁸, Moyen E^{1,3}, Mabiala BJR¹⁻³.

Reçu le 21-11-2025

Accepté le 22-12-2025

Publié le 30-12-2025

Mots-clés

Lèpre, grand-enfant,
Likouala,
multibacillaire.

Résumé

Introduction : La lèpre est une infection chronique invalidante, due à *Mycobacterium leprae* ou bacille de Hansen, transmissible par voie respiratoire, lors d'un contact prolongé étroit avec des patients lépreux non traités. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques et diagnostiques de la lèpre chez l'enfant.

Méthodes et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, rétrospective, qui s'est déroulée sur une période du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Décembre 2023. Elle a été menée dans les départements de la Sangha, la Likouala, le Niari, les Plateaux et Pointe-Noire.

Résultats : Au total 1979 cas de lèpre ont été recensés durant la période d'étude, dont 224 cas (11,31%) étaient des enfants de moins de 15 ans. Parmi ceux-ci, 75 (33,48%) étaient âgés de moins de six ans, 124 (55,35%) étaient des garçons, 158 (70,53%) résidaient dans le département de la Likouala et 155 (69,19%) présentaient la forme multibacillaire.

Conclusion : La lèpre affecte le grand enfant, en particulier dans le département de la Likouala et dans sa forme multibacillaire.

Keywords

Leprosy,
Child,
Likouala,
Multibacillar.

Abstract

Introduction: Leprosy is a debilitating chronic infection caused by *Mycobacterium leprae*, also known as Hansen's bacillus, transmitted through the respiratory route during prolonged close contact with untreated leprosy patients. This work aims to describe the epidemiological and diagnostic aspects of leprosy in children.

Methods: This was a retrospective, descriptive, cross-sectional study conducted from January 1, 2016, to December 31, 2023. It was carried out in the departments of Sangha, Likouala, Niari, Plateaux, and Pointe-Noire.

Results: A total of 1,979 cases of leprosy were recorded during the study period, of which 224 (11.31%) were children under 15 years of age. Of these, 75 (33.48%) were under six years old, 124 (55.35%) were boys, 158 (70.53%) resided in the Likouala department, and 155 (69.19%) presented with the multibacillary form.

Conclusion: Leprosy affects older children, particularly in the Likouala department and in its multibacillary form.

Introduction

La lèpre est une infection chronique invalidante, due à *Mycobacterium leprae* ou bacille de Hansen, germe non cultivable in vitro, à multiplication lente et à tropisme cutané

et nerveux périphérique. L'infection est transmise par des gouttelettes qui s'échappent du nez et de la bouche lors d'un contact prolongé étroit avec des patients lépreux non traités. Elle se manifeste par des lésions de la

peau, des nerfs périphériques, de la muqueuse des voies respiratoires supérieures ainsi que des yeux. L'atteinte nerveuse est source de complications et de séquelles mutilantes [1]. Ces dernières sont responsables de stigmatisation et de discrimination des malades et anciens malades de la Lèpre. Le diagnostic de la Lèpre repose sur la présence d'au moins un (01) des trois (03) critères cardinaux suivants : la présence d'une tache hypo chromique avec trouble de la sensibilité, une hypertrophie nerveuse périphérique et une bacilloscopie positive. Ce diagnostic peut être posé par l'examen clinique seul devant la présence des deux critères cliniques. Mais en cas de signes cliniques atypiques ou incomplets, la confirmation par la bacilloscopie positive est nécessaire [2]. Aujourd'hui elle est limitée aux pays tropicaux pauvres. Elle fait partie des maladies tropicales négligées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et est ciblée pour élimination en 2030 [3]. Elle demeure présente dans plusieurs pays de la région Africaine de l'OMS, où sa prévalence varie selon les pays, impactant sur la vie des populations locales [4]. La prévalence de la lèpre chez l'enfant est un indicateur majeur du niveau de transmission de la maladie et de l'efficacité de la réponse du système de santé face à cela. Elle fait partie des données obligatoires à renseigner chaque année par les pays endémiques. Le Congo a éliminé la Lèpre comme problème de santé publique en 2003 en atteignant le seuil de moins d'un cas pour 10.000 habitants. Cependant la maladie persiste dans les principaux foyers endémiques, malgré un traitement disponible et gratuit dans les formations sanitaires assurant la prise en charge des cas. Le renforcement de la surveillance épidémiologique ces dernières années a permis d'observer un rebond de la maladie et une atteinte régulière des enfants de moins de quinze ans. Ceci témoigne de la persistance d'une transmission intense dans les foyers de la maladie et remet en cause les stratégies de sensibilisation, de dépistage, de

prise en charge et de prophylaxie en vigueur contre la maladie. C'est dans ce contexte que l'on s'est proposé de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques de la Lèpre chez l'enfant congolais.

METHODES :

Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive transversale multicentrique, menée du 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2023.

Lieux d'étude

- Département de la Likouala : Il s'agit des hôpitaux de base et des formations sanitaires périphériques des deux districts sanitaires : Impfondo et Enyellé.
- Département de la Sangha : Il s'agit des hôpitaux de base et des formations sanitaires périphériques des deux districts sanitaires : Ouessou et Sembé.
- Département des Plateaux : Il s'est agi des hôpitaux de base et des formations sanitaires périphériques des deux districts sanitaires : Djambala et Ngo ;

Affiliations :

- (1) Université Marien NGOUABI, Brazzaville, République du Congo.
- (2) Service des Maladies infectieuses, CHU de Brazzaville, République du Congo ;
- (3) Service de Pédiatrie, CHU de Brazzaville, République du Congo ;
- (4) Faculté de Médecine, Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon ;
- (5) Programme national de lutte contre la Lèpre, le Pian et l'Ulcère de Buruli, Brazzaville, République du Congo ;
- (6) Service de Médecine interne, Hôpital central des armées, Brazzaville, République du Congo ;
- (7) Service de chirurgie pédiatrique, CHU de Brazzaville, République du Congo ;
- (8) Service de Dermatologie et Maladies infectieuses, Hôpital de référence de Talangai, Brazzaville, République du Congo

***Auteur correspondant :** Gilius Axel Aloumba, email : axel.aloumba@gmail.com ; Tel/Whatsapp : +242 06 679 59 51

- Département Brazzaville : L'étude a été conduite au niveau de l'hôpital de référence de Kinsoundi.
- Département du Niari : Il s'agit des hôpitaux de base et les formations sanitaires périphériques de deux districts sanitaires : Dolisie, Kimongo et Kibangou.
- Département du Kouilou : Il s'agit respectivement des hôpitaux de base et les formations sanitaires périphériques des trois districts sanitaires : Madingokayes-Nzambi, Kakamoeka-Mvouti et Hinda-Louango ;
- Département de Pointe noire : Il s'agit respectivement des hôpitaux de base et les formations sanitaires périphériques des districts sanitaires de Madingokayes-Nzambi, de Kakamoeka-Mvouti et Hinda-Louango d'une part, ainsi que l'Hôpital Adolphe Sicé d'autre part.

Population d'étude

Il s'est agi de cas de Lèpre âgés de moins de quinze ans affectés par la maladie, diagnostiqués, notifiés et suivis en mode ambulatoire ou en hospitalisation dans les lesdites formations sanitaires.

Méthode d'échantillonnage

▪ Critères d'inclusion

- Avoir été dépisté de la Lèpre ;
- Être âgé de moins de 15 ans ;
- Être suivi dans une formation sanitaire retenue durant la période d'étude ;
- Être enregistré dans le registre intégré des maladies tropicales négligées à manifestations cutanées de son aire de santé et de son district sanitaire de résidence habituelle ;
- Avoir une fiche individuelle de suivi ;

▪ Critères de non inclusion :

Les cas de répondant pas aux critères d'inclusion n'ont pas été inclus à l'étude.

▪ Échantillon :

L'échantillon a été exhaustif, comprenant l'ensemble des cas lèpre pédiatrique répondant

aux critères d'inclusion, pris en charge dans les cadres et durant la période d'étude.

Variables d'étude :

Variables épidémiologiques :

Il s'est agi de l'âge, du sexe, la notion de contagion lèpreux, du profil de la population, de la zone, le district sanitaire et du département de résidence habituelle.

Variables diagnostiques

Au plan clinique, il s'agit du mode de dépistage, la classification des cas selon le nombre de lésions cutanées, du type de lésion, la palpation des nerfs périphériques, l'évaluation de la sensibilité périphérique, l'évaluation de la mobilité trophicité, l'évaluation du tonus musculaire, le degré d'invalidité, l'examen des yeux, la confirmation biologique les co-infections.

Collecte des données

Pour la collecte des données, nous avons eu recours à une fiche d'enquête qui a été rempli à partir des fiches individuelles, des dossiers médicaux des malades et les registres des formations sanitaires incluses.

Analyse des données

Le logiciel Microsoft Excel version 2016 a été utilisé pour le traitement et la saisie des résultats.

Considérations éthiques et administratives

Les autorisations de recherche ont été obtenus des Directeurs départementaux de soins et services de santé et des responsables des formations sanitaires retenues pour cette étude. La confidentialité, l'anonymat et la sécurité des données ont été garantis dans cette étude. Cette étude n'a représenté aucun danger pour les participants et n'a fait objet d'aucun conflit d'intérêt.

Résultats

Sur la période d'étude 1979 nouveaux cas de lèpre ont été détectés à l'échelle nationale.

La proportion des patients âgés de moins de 15 ans était de 11.32% (n=224).

Aspects épidémiologiques

L'on a dénombré une prédominance masculine avec 55,36% (n=124) garçons contre 44,64% (n=100) filles. Le sex-ratio était de 1,24. La tranche d'âge la plus représentée était celle des enfants de 6 à 14ans, avec des extrêmes de 4 à 14ans. Les cas étaient d'origine autochtones (pygmées) en grande majorité avec 91,51% et 99,10% (n=224) résidaient habituellement en zones rurales. La notion de contagé lépreux (familial, entourage et/ou contact régulier) étaient présente chez tous les cas. A propos des départements habituels de résidence, celui de la Likouala était le plus représenté district sanitaire, avec les districts sanitaires de Enyellé avec 4,37% (n=77) et Impfondo avec 21,42 % (n= 48). Il était suivi par celui de la Sangha avec Sembé avec 20,53% (n=46) et Ouessou avec 19,19 % (n= 43). Les aspects sociodémographiques sont présentés dans le **tableau I**.

Tableau I : Répartition socio-démographiques des cas (N=224)

Variables	Effectif	%
Sexe		
Masculin	124	55,36
Féminin	100	44,64
Age (année)		
Min-Max	4– 14	
≤ 5 ans	75	33,48
6-14	149	66,52
Sous-population		
Autochtones	205	91,51
Bantou	19	8,48
Notion de contagé lépreux		
Oui	224	100
Profil des zones de résidence habituelle		
Rural	222	99,10
Urbain	2	0,89
Districts sanitaires/Départements de résidence habituelle		
Enyellé/Likouala	77	34,37
Impfondo/Likouala	48	21,42
Sembé /Sangha	46	20,53
Ouessou /Sangha	43	19,19
Kibangou/Niari	4	1,78
Kimongo/Niari	3	1,33
Mongompoukou/Po	2	0,89
inte-Noire		
Ngo/Plateaux	1	0,44

La notification des cas pédiatriques de lèpre a été constante de 2016 à 2023, avec un pic en 2019 avec une proportion de 11,62% (n=58) sur l'incidence annuelle générale. L'évolution des incidences et proportions annuelle de la Lèpre chez les enfants de moins de 15 ans est illustrée par la **figure 1**.

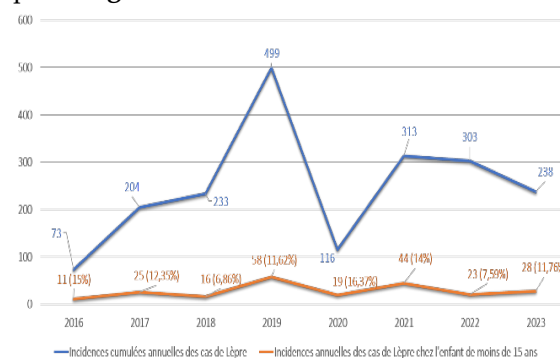


Figure 1: Evolution des incidences et proportions annuelles des cas de Lèpre chez l'enfant de moins de 15ans

Les départements de la Likouala et de la Sangha ont été ceux notifiant le plus de cas en fréquence et en régularité. La répartition des cas selon les départements de résidence habituelle et les années est illustrée par la figure 2.

Aspects diagnostiques

La recherche active communautaire a permis de dépister 64,28% (n=144) et l'examen des contacts a permis de trouver 20,98% (n=47) des cas de plus. Au plan dermatologique, selon le nombre des lésions, 75% (n=168) des cas étaient classé comme multibacillaire. Selon le type de lésions, il s'agissait de la présence exclusive des macules avec 50% (n=112), les associations macule-infiltration avec 25,44% (n=57), macule-nodule avec 16,96% (n=38) et macule-infiltration-nodule avec 7,59% (n=17). L'examen des nerfs périphériques et l'évaluation de la sensibilité étaient normaux chez 59,82% (n=134) tandis qu'on avait retrouvé l'association légère hypertrophie-douleur et une sensibilité diminuée chez 40,17% (n=90) des cas. La motricité, tonicité et trophicité étaient normales chez 92,41% (n=207) contre 7,58%

(n=17) qui avaient un tonus diminué et des troubles trophiques à types fissures, ulcères ou brûlures. L'examen des yeux a mis en évidence 98,21% (n=220) des cas ne présentant pas de

de complications (lagophtalmie/œil rouge/baisse de l'acuité visuelle) tandis que 1,78% (n=4) présentaient une baisse du tonus de la paupière.

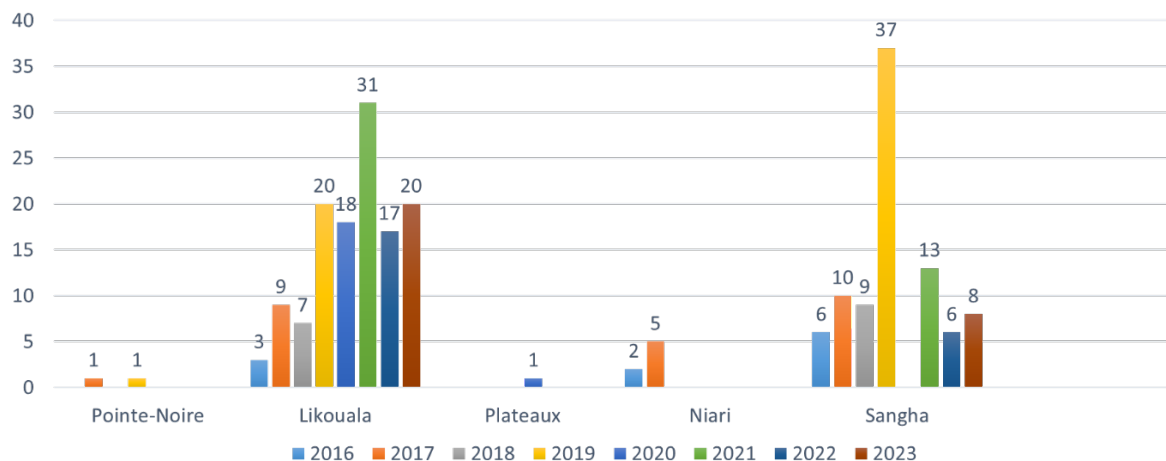


Figure 2: Répartition des nouveaux cas chez l'enfant de moins de 15ans selon les départements et selon les années.

Ainsi, Le degré d'invalidité évalué était nul chez 59,82% (n=134), égal à 1 chez 32,58% (n=73) et égal à 2 chez 7,58%(n=17). Au plan paraclinique, la bacilloscopie a été contributive pour 33,03% (n=74), tandis que pour 66,96% (n=150) le diagnostic a été essentiellement clinique.

Les aspects diagnostiques sont présentés dans le **tableau II**.

Les lésions observées chez les enfants sont illustrées par les figures 2 et 3.



Figure 3: Macule cuivrée sur la fesse gauche chez un enfant dans le district sanitaire de Ouesso, Département de la Sangha (Source ALOUMBA GA)



Figure 4 : Macules au cours de la Lèpre multibacillaire chez un enfant dans un village du district sanitaire de Enyellé Département de la Likouala (Source ALOUMBA GA)

Discussion

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive transversale couvrant une période de huit ans. Cette méthode n'a pas permis de réaliser un interrogatoire des cas, en particulier les plus anciens. Cet interrogatoire aurait permis de recueillir davantage de données

épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques à des fins analytiques, susceptibles de contribuer à déterminer des éventuels facteurs prédictifs et/ou associés à la survenue de la maladie chez l'enfant congolais. Notre étude a inclus 224 enfants âgés de 0 à 14

ans. Soit une prévalence de 11,32 % sur l'ensemble des cas de lèpre enregistrés sur ladite période. Un taux comparable aux 12% et 14% observés respectivement par Niang [5] et par Seydi [6] à Dakar, aux 14,44% observés par Njih Tabah au Cameroun [7].

Tableau II : Répartition des cas selon les caractéristiques cliniques et biologiques

Caractéristiques cliniques et biologiques	Effectif (N=224)	Pourcentage (%)
Mode de dépistage		
Recherche active communautaire	144	64,28
Examen des contacts de cas	47	20,98
Référence par un agents de santé communautaire/famille	33	14,71
Classification des cas (nombre de lésions cutanées)		
Multibacillaire (MB) : Nombre de lésions ≥ 6	168	75
Paucibacillaire (PB) : Nombre de lésions ≤ 5	56	25
Types de lésion cutanée		
Macule	112	50
Macule et Infiltration cutanée	57	25,44
Macule et nodule	38	16,96
Macules, nodule et infiltration cutanée	17	7,59
Palpation des nerfs périphériques (auriculaire, ulnaire, radial, poplitée externe, tibial postérieur)		
Pas d'hypertrophie ni douleur	134	59,82
Légère hypertrophie et douleur	90	40,17
Forte hypertrophie et douleur	-	-
Evaluation de la sensibilité périphérique		
Conservée	134	59,82
Diminuée	90	40,17
Abolie	-	-
Evaluation de la mobilité et trophicité		
Absence de troubles	207	92,41
Fissure, ulcère ou brûlure palmo-plantaire	17	7,58
Présence de griffes digitales mobiles et fixes	-	-
Présence d'amputation digitale	-	-
Evaluation du tonus musculaire		
Tonus conservé	207	92,41
Tonus diminué (Écartement pouce/5 ^{ème} doigt, relèvement du pied)	17	7,58
Examen des yeux		
Pas de complications (lagophtalmie/rougeur/baisse de l'acuité visuelle)	220	98,21
Baisse du tonus de la paupière	4	1,78
Degré d'invalidité		
O (absence d'invalidité)	134	59,82
1 (baisse de la sensibilité aux mains ou pieds)	73	32,58
2 (baisse sensitivo-motrice et /ou atteinte trophique)	17	7,58
Confirmation par la biologie		
Non	150	66,96
Bacilloscopie/Histologie	74	33,03

En revanche, il est de loin inférieur aux 61,9% observés à Thiès par Dioussé [8]. Cette différence s'explique en grande partie par le fait que la stratégie de dépistage actif ciblé sur les enfants, intégrant les enseignants à la reconnaissance des lésions cutanées dans la surveillance épidémiologique est déjà appliquée au Sénégal mais encore au Congo. Cette approche est en conformité avec la stratégie une seule santé prônée par l'OMS, dans sa nouvelle feuille de route pour l'élimination des MTN à manifestation cutanée 2021-2030 [9]. Ces résultats soulignent l'impact des interventions communautaires sur la détection et la nécessité d'adapter les stratégies de lutte à chaque contexte local.

Au sein de notre population d'étude, la tranche d'âge comprise entre 6 et 14 ans a été la plus représentée avec 66,52% (n=149). Un profil similaire a été décrit par Pradhan en Inde [10]. Cela s'explique la longue incubation et de la maladie, qui s'exprime plusieurs années après le contagement. Le sex-ratio était de 1,24. Il indique une légère prédominance masculine, en cohérence avec les résultats des travaux de Ramos [11] en Ethiopie et Singal al. [12] en Inde. Cette convergence suggère que le sexe masculin pourrait être associé à une exposition ou une détection plus fréquente. Au sein de notre population 91,51% (n= 205) des cas étaient issus de la sous-population autochtone (pygmées) de ces régions, contre 8,48% (n= 19) de cas issus de la sous-population Bantou. Cela s'expliquerait d'une part par le mode de vie des autochtones caractérisé par la promiscuité, des habitations à type de hutte peu aérée, favorisant la transmission des maladies contagieuses. D'autre part, par la faible intégration de la sous-population autochtone dans la société congolaise avec pour conséquence la faible interruption de la transmission des maladies contagieuses au sein de cette communauté.

La notion de contagement lépreux a été retrouvée chez tous les enfants inclus. Cela s'explique par

le fait que la lèpre chez l'enfant a une incubation beaucoup plus courte que chez l'adulte et elle est le principal indicateur de grande transmission d'une région, un témoignage du contagement intense. De ce fait le lien épidémiologique est facilement établi entre l'enfant malade et un ancien cas de sa famille ou de son environnement immédiat

Nos résultats se rapprochent de ceux de Dioussé qui rapporte 66,7% d'enfant lépreux provenant de village abritant des cas actuels ou anciens et un contagement familial chez 69,2%. A l'opposé de Pradhan, a retrouvé un contagement familial chez 33,2 % cas pédiatriques de lèpre. La résidence en milieu rural a été retrouvée chez 99, 10% (n=222) des cas inclus. Un profil similaire avec une grande majorité d'origine rurale a été retrouvée par Ramos avec 69,45% des patients. A l'opposé, les travaux similaires entrepris au Brésil par de Moraes [13] et Levantezi [14] retrouvent une prédominance urbaine de la maladie avec respectivement 77,4% et 61%. A propos du lieu de résidence habituel, les districts sanitaires de Enyellé et de Impfondo dans le département de la Likouala, ont été les plus représentatifs avec respectivement 34,37% (n=77) et 21,42% (n=48). Ils sont suivis par ceux de Sembé et de Ouesso dans le département de la Sangha avec respectivement 20,53% (n= 46) et 19,19% (n=43). Cela s'explique par la plus forte concentration de la population autochtones dans ces régions par rapport au reste du pays et par leur mode de vie décrit ci-dessus. Les aspects diagnostiques ont montré que le mode de dépistage reposant sur la recherche active communautaire des cas avec 28 % (n=144) et l'examen de leurs contacts avec 20,98 % (n= 47) étaient les deux stratégies les plus fructueuses recommandées par l'OMS, justifié par l'enclavement des zones endémiques ne facilitant pas l'accès des populations aux services de santé. La classification des lésions cutanées selon leur nombre a permis de

dénombrer 75% (n= 168) cas multibacillaire (MB) contre 25% (n=56) paucibacillaire (PB). Nos résultats s'alignent sur ceux de Ramos [15] en Ethiopie et Santos [16] au Brésil qui ont retrouvé respectivement 95,5% et 57,1% de multibacillaires. Ces chiffres s'opposent à ceux de Dias [17] au Brésil a retrouvé une prédominance des formes paucibacillaires avec 75,8%. Nos observations pourraient s'expliquer par le retard du dépistage, explicable par les faiblesses du système de santé (personnel peu expérimenté au dépistage précoce, insuffisance de la logistique de transport vers les foyers éloignés et enclavés de la maladie), qui ne permettant pas un dépistage communautaire régulier. A cela s'ajoute la tendance des populations rurales à privilégier les traitements indigènes locaux au détriment du traitement moderne. Les lésions cutanées étaient les macules exclusivement chez 50% (n=112), les associations macules-infiltration cutanée 25,44% (n=57), Macule-nodule 16,96% (n=38) et Macules-nodule-infiltration cutanée 7,59% (n=17)

Ainsi donc, la macule est le signe physique le plus reconnu et le plus retrouvé de la lèpre chez l'enfant. Cela s'explique par le fait qu'il s'agisse en général du premier signe à apparaître et le plus reconnaissable. La palpation des nerfs périphériques a permis d'observer que chez 59,82% (n= 134) il n'y avait pas d'hypertrophie ni douleur tandis qu'une légère hypertrophie et douleur étaient retrouvées chez 40,17% (n=90) des cas. Cela s'explique par une évolution de lente de la maladie vers les signes chronicité. Au plan neurologique, la sensibilité était conservée chez 59,82% (n = 134) et diminuée chez 40,17% (n= 90). Aucun cas d'abolition de sensibilité n'avait été observée. Chez 7,58% (n=17) des cas le tonus musculaire était diminué sans être abolie avec des discrets troubles trophiques (fissure, ulcère ou brûlure), constituant une invalidité de degré 2. Nos observations sont supérieures à ceux de De Moraes au Brésil qui a retrouvé un taux de 4%,

mais inférieures à celles de Um Boock [18] en Centrafrique et de Ramos qui ont retrouvé respectivement une prévalence d'invalidité de degré 2 de 16,66% et de 27,3%. L'examen oculaire a permis de retrouver une baisse du tonus de la paupière chez 1,78%(n=4) cas, sans rougeur ni baisse de l'acuité visuelle. Cette faible proportion de signes de chronicité et de gravité s'explique par la longueur de l'évolution de la maladie malgré un contage important. Les signes de chronicité sont plus fréquemment observés à l'âge adulte. Cette hypothèse est soutenue par les résultats des travaux de Ramos en Ethiopie. Au plan biologique, chez 33,03% (n=74) des cas, l'on a fait recours à la bacilloscopie et l'histologie pour confirmer le diagnostic. Cela laisse penser que ce recours à la biologie s'est davantage fait dans la forme paucillaire, où l'on les signes cardinaux cliniques peuvent être moins évidents par rapport à la forme multibacillaire qui a une sémiologie dermatologique et neurologique plus riche. Cette hypothèse est soutenue par les travaux de Moraes qui ont montré une contribution de la biologie dans 18% tandis que dans 46% la biologie n'est pas sollicitée pour la confirmation.

Conclusion

La Lèpre chez l'enfant est régulièrement observée, plus fréquente chez le grand enfant de sexe masculin résident dans le département de la Likouala. La prédominance de la forme multibacillaire et la notification des invalidités de degré 2 attestent d'un dépistage tardif et d'une faiblesse de la réponse sanitaire.

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements aux autorités sanitaires des départements des zones de cette étude leurs contributions et accompagnements respectifs pour l'aboutissement de ce travail.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Collège des universitaires des maladies infectieuses et tropicales. ePILLY TROP maladies infectieuses tropicales 2022. 3ème édition web. Edition alinéa plus, Paris France 2022. Mis à jour en juin 2022 ; Page 464-71. Consulté le 10 novembre 2025. Disponible sur <https://www.infectiologie.com/fr/pillytrop>.
2. OMS. Lèpre (maladie de Hansen). Mis à jour le 25 janvier 2025. Consulté le 03 janvier 2026. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>;
3. Feuille de route 2021-2030 de l'OMS pour les maladies tropicales négligées.
4. Consulté le 10 novembre 2025. Disponible sur chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_10-fr.pdf
5. Organisation mondiale de la santé. Situation de la lèpre dans le monde en 2023 : Relevé épidémiologique du 13 septembre 2024. Consulté le 10 novembre 2025. Disponible sur <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4b0aea60-d4ec-4228-946e-773d864e1b2d/content> ;
6. Niang SO, Diallo M, Ndiaye M, Diatta BA, Wadih M et al. Epidemiologic and clinicopathologic aspects of Leprosy in Dakar; evaluation of 73 new cases. *Dermatol Reports*. 2011; 3(2): e18.
7. Seydi M, Mané J, Soumaré M , Faye O ,Badiane C, Coly SL, Diop BM. Évaluation de l'endémie lépreuse au Sénégal en 2002. *Med Mal Infect*. 2005 ; 35(4) : 225-7 ;
8. Njih TE, Nsagha DS, Anne-Cecile Zoung-Kanyi BA, Bratschi MW, Ngh NT, Plushke G. The Burden of Leprosy in Cameroon : Fifteen years into the Post-elimination Era. *PLOS Neglected Trop diseases*. Consulté le 04 Janvier 2026. Disponible sur DOI:10.1371/journal.pntd.0005012.
9. Dioussé P, Dione H, Bammo M, Gueye N, Diallo TAA, Seck F, et al. La lèpre de l'enfant à Thiès/Sénégal: signal d'une recrudescence? *Pan African Medical Journal*. 2017;27:174. doi:10.11604/pamj.2017.27.174.12150. Consulté le 04 janvier 2026. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/27/174/full>;
10. Organisation mondiale de la santé. La lèpre ou maladie de Hansen : Recherche des contacts et prophylaxie post-exposition. Orientations techniques. 2020. Disponible sur <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d5cfea45-c966-4b07-ba7d-c767022b1c1f/content>;
11. Pradhan S, Nayak BP, Padhi T, Sahu K.Profil clinico-épidémiologique de la lèpre infantile dans l'ouest de l'Odisha : Étude rétrospective hospitalière. *Indian J Paediatric Dermatol* . 2020 ; 21(2) :105-9 ;
12. Ramos JM, Ortiz-Martínez S, Deriba L, Petros MM, Ortiz-Martínez C, Tesfamariam A et al. Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des enfants et adolescents atteints de lèpre admis sur une période de 16 ans dans un hôpital rural d'Éthiopie : une analyse rétrospective. *J Trop Pediat*.2018 ; 64 (3) :195-201 ;
13. Singal A, Sonthalia S, Pandhi D. Childhood leprosy in a tertiary-care hospital in Delhi, India: a reappraisal in the post-elimination era. *Lepr Rev*. sept 2011;82(3):259-69;
14. De Moraes PC, Eidt LM, Koehler A , Machado PD, Scroferneker ML.Epidemiological characteristics and trends of leprosy in children and adolescents under 15 years old in a low-endemic State in Southern Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2021 ; 63: e80
15. Levantezi M, Moreira T, Sena Ns, De Jesus Al. Leprosy in children under fifteen years in Brazil, 2011. *Lepr Rev*.2014 ; 85, 118–122 ;
16. Ramos JM, Reyes F, De Deriba L, Tesfamariam A, Belinchón I, Górgolas M. Le fardeau de la lèpre chez les enfants et les adolescents dans les zones rurales du sud

- de l'Éthiopie. *Pediat santé infant internat.* 2014 ; 34 (1) : 24-8 ;
17. Santos MJS, Ferrari CKB, De Toledo OR, De Moraes EV, David FL. Leprosy among children and adolescents under 15 years-old in a city of Legal Amazon, Brazil. *Indian J Lepr* 2012, 84 : 265-9 ;
18. Dias ML, Rogerlândio F, Mello M, Miranda TP, Heukelbac J. Hansen's disease in children under 15 years old in the state of Tocantins, Brazil, 2001–2012: epidemiological patterns and temporal trends. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22: e190047.
19. Um Boock A, Ntozo'o JP, Boua B, Vander Plaetse B. Évidence d'une forte endémicité de la lèpre et du pian dans la commune de Balé-Loko en République centrafricaine. *Med Santé Trop.* 2019 ;29, (2) : 155-8.