

## RECRUESCENCE ACTUELLE DE LA TRYPANOSOMIASÉ HUMAINÉ DANS LE FOYER DE LA SANGHA (CUVETTE) AU CONGO

Par J. JANNIN (1), L. PENCHENIER (2), P. EOZENOU (3), P. VENTROU (4),  
J. MIALEBAMA (5), F. LOUYA (5), T. BOBENDA (5), F. SAMBA (6)  
& R. CODDY ZITSAMELE (7) (8)

Present recrudescence of sleeping sickness in the Sangha focus (cuvette) in Congo.

**Summary:** In the Congo the Sangha focus of sleeping sickness caused more than 500 000 deaths in the early 20 th century. Despite many years of quiescence many new cases have been detected since the early eighties.

In 1987 an investigation found 43 infected patients within 5 villages (during the same year, 74 cases were detected from both investigation and passive detection).

In December 1989 our further investigation found 96 new documented cases (115 for the whole year).

The prevalence is increasing and the proportion of early stage in comparison with later stage is decreasing. The age diagram resembles that of the early 20th century. Despite the fact that the survey in 1989, extracted twice as many patients as in 1987 passive detection detected 99 infected patients in 1990, three times as many cases as in 1988, and places the « Sangha focus » in II<sup>d</sup> place in the Congo, after the « Bouenza focus ». As only river transport is available to have access to that focus, the Congo will be faced with considerable difficulties in the future.

**Résumé :** Le foyer congolais de la basse Sangha est l'un des foyers de trypanosomiase humaine du bassin du Congo. Ce dernier au début de ce siècle, a été le centre d'une pandémie ayant fait plus de 500 000 morts.

Depuis le début des années 1980, de nouveaux malades sont dépistés alors que, depuis plusieurs dizaines d'années, il n'avait pas fait parlé de lui. En 10 ans, il est devenu le 2<sup>e</sup> foyer du Congo.

En 1987, une enquête dans 5 villages de la région met en évidence 43 malades (74 pour l'ensemble de l'année avec les dépistages passifs hors enquête). En décembre 1989, la prospection faisant l'objet de cette étude dépiste 96 nouveaux cas parasitologiquement prouvés (115 pour l'ensemble de l'année). La comparaison des deux enquêtes montre que le foyer de la Sangha est en pleine expansion. Le taux de prévalence augmente et le rapport entre 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> période de la maladie diminue. La répartition des cas, selon l'âge, présente les mêmes caractéristiques que celles qui furent observées lors de la poussée épidémique du début du siècle. Quoique la prospection de 1989 ait sorti du foyer 2 fois plus de malades que la prospection de 1987, en 1990, 99 malades seront dépistés passivement soit près de 3 fois plus qu'en 1988, maintenant ce foyer au second rang du Congo. Une telle situation, compte tenu des difficultés d'accès du foyer (uniquement par voie fluviale) est lourde de menaces pour l'avenir.

### INTRODUCTION

La trypanosomiase humaine africaine est connue au Congo depuis plus d'un siècle. Les premiers récits

de voyages et ouvrages scientifiques traitant du Congo (5, 4) insistent tous sur l'importance de l'endémie dans le bassin du Congo qui semble être alors l'épicentre de la pandémie d'Afrique centrale. La maladie fera des ravages dans toute cette région jusque dans les années 1920-1925. Depuis le début des années 1950, grâce à une lomidinisation de masse, la trypanosomiase humaine ne faisait plus parler d'elle, mais en 1981 de nouveaux malades sont dépistés dans la région. Le phénomène va aller en s'accroissant. En 1983, 5 malades étaient dépistés. En 1987, ils étaient 74 (dont 43 en prospection), ce qui plaçait ce foyer parmi les plus importants du Congo. Malgré cette prospection, 39 nouveaux malades sont

(1) Médecin chef du Programme national de Lutte contre la trypanosomiase, BP 1066, Brazzaville, Congo.

(2) Médecin chef du laboratoire d'Épidémiologie des Grandes endémies tropicales, ORSTOM, BP 181, Brazzaville, Congo.

(3) Médecin chef du service d'Épidémiologie, Direction de la Médecine préventive, Brazzaville, Congo.

(4) Médecin de l'Association des Volontaires du progrès, Mossaka, Congo.

(5) Programme national de Lutte contre la trypanosomiase, Brazzaville, Congo.

(6) ORSTOM, Brazzaville, Congo.

(7) Directeur de la Médecine préventive, Brazzaville, Congo.

(8) Manuscrit n° 1203. Accepté le 16 octobre 1991.

ORSTOM Fonds Documentaire

09 OCT. 1992

N° : 35.957 ex 1

Cote : B P8 IV

PM 79

diagnostiqués passivement en 1988. Une telle évolution nous a amenés, en 1989, à réaliser une nouvelle enquête, dans les mêmes villages qu'en 1987.

La particularité majeure de ce foyer est géographique puisque uniquement accessible par voie fluviale, la route la plus proche étant située à 300 km du point proximal du foyer. C'est la raison pour laquelle il n'y a eu que 2 prospections organisées depuis l'indépendance du Congo, le manque d'accessibilité entraînant des coûts extrêmement élevés.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

### Zone d'étude

Le foyer de la Sangha qui tient son nom de la Sangha, gros affluent du fleuve Congo, s'étend autour de la ville de Mossaka, à 400 km au nord de Brazzaville (carte C1). Il correspond à la partie est de la région de la cuvette qui va du fleuve Congo à l'est, au Gabon à l'ouest et de Makoua au nord à l'Alima au sud (carte C2). Il est situé aux confluent du Congo avec la Likouala-Mossaka, la Likouala aux herbes, la Sangha, l'Alima et l'Oubangui (carte C3). La région entière est constituée de forêts inondées. Le climat est de type subéquatorial et les précipitations annuelles varient de 1 600 à 1 800 mm. L'habitat est constitué de petits village situés sur les berges des rivières et de campements de pêche temporaires occupés surtout aux basses eaux. La densité de population est très faible : 0,5 habitant/km<sup>2</sup>. La circulation s'effectue uniquement par voie fluviale.

### Historique du foyer

La trypanosomiase humaine ouest-africaine à *Trypanosoma brucei gambiense* a ravagé l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest lors de 2 grandes pandémies, la première a eu lieu dans les années 1895-1905 dans tout le bassin du Congo se prolongeant localement jusque dans les années 1920. La seconde qui a ravagé des pays comme le Cameroun dans les années 1920-1930 aurait également son origine dans le bassin du Congo.

La maladie était déjà signalée en 1886 dans toutes les régions du bas Congo et dans certaines régions de l'Oubangui (10).

Il semble que le sous-peuplement du Congo (2 millions d'habitants pour un territoire d'une superficie égale aux 2/3 de la France) puisse être imputable en grande partie à la trypanosomiase. Un récent ouvrage de J. REICHOLF, *L'émergence de l'Homme* (Flammarion, 1990) va jusqu'à rendre la trypanosomiase humaine responsable des grandes migrations de la préhistoire. Le tribut payé par le seul bassin du Congo à la fin du siècle dernier serait de plus de 500 000 morts (2). La première grande mission dans la région (7) fait état de nombreux villages

désertés à cause de la trypanosomiase. Un gros village comme Loukouléla a été abandonné, avant l'arrivée des colonisateurs, du fait d'une trop grande mortalité, puis réoccupé car la mortalité était tout aussi importante dans la nouvelle implantation de la population. Dans les années 1895, selon les responsables de la mission, Loukouléla comptait 3 à 4 fois plus d'habitants qu'en 1907. Les régions de la basse Sangha, de la Likouala et de l'Alima qui ont fait l'objet de notre travail, étaient au cœur du foyer, même si les régions les plus touchées ont été celles de la haute Sangha (Nola-Carnot) et du Congo/Oubangui (Impfondo-Epéna-Loukouléla). Il est à signaler que les premiers cas de maladie du sommeil dépistés à Brazzaville (1895-1897) provenaient de Liranga et de la basse Sangha.

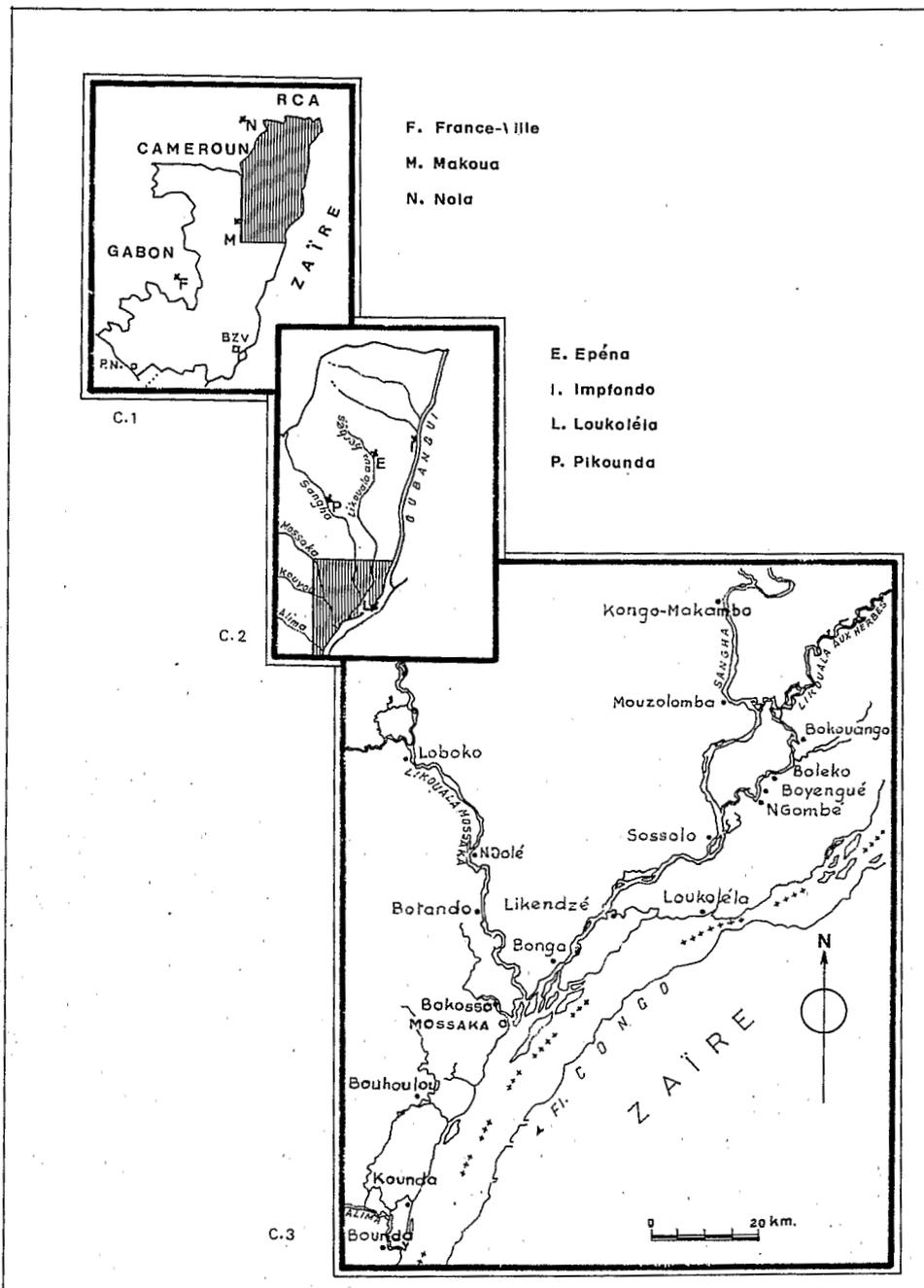
Alima : cette rivière était la « route » des caravanes de Franceville à Brazzaville. En 1890, la maladie était très répandue sur son cours inférieur. En 1924, on notait une nette régression de l'endémie et une extinction dans les années 1950.

Likouala : depuis 1908 jusque dans les années 1925, l'endémie y est très marquée dans son cours inférieur, plus particulièrement à Mossaka. En 1950, quand la campagne de lomidinisation a commencé, l'endémie était encore forte. En 1956, la régression était très importante et persistante.

Basse Sangha : l'endémie la plus ancienne et la plus forte se localisait au confluent de la Sangha et de la Likouala aux herbes sans dépasser Picounda. Cette endémie est antérieure à 1893 (7). En 1913, c'est vers Impfondo que se situe le gros de l'endémie. De 1924 à 1949, on assiste à une légère régression. En 1953, du fait de la lomidinisation de masse, on constate une extinction générale de la maladie. En 1956, il ne demeurait que 2 petits foyers, à Impfondo et à Dongou (51 km au nord d'Impfondo sur l'Oubangui).

Depuis la fin des années 1950, tous les spécialistes se félicitent de la situation. En 1964, Pierre RICHET (9), faisant l'historique de la maladie du sommeil, parle « d'incroyable triomphe ». Le rapport de la 1<sup>re</sup> conférence technique de l'OCEAC (3) ne cite pas la région de la cuvette comme foyer congolais. En 1964, sur l'ensemble du Congo, il y a 499 trypanosomés pris en compte dont 75 nouveaux trypanosomés dépistés pour 468 000 personnes visitées (population totale du Congo : 860 000). DUTERTRE, qui est le rapporteur, écrit que « la trypanosomiase ne représente plus en Afrique centrale qu'une question résiduelle ».

A la fin des années 1970, la trypanosomiase se réveille brutalement au Congo (fig. 1). La région de la cuvette est faiblement touchée, mais aucun cas n'est signalé dans le foyer de la Sangha proprement dit. Ce n'est que dans les années 1980 que les premiers malades y seront dépistés. En l'espace de 5 ans, ce foyer, « d'inexistant », va prendre la 2<sup>e</sup> place du pays derrière la Bouenza (fig. 2).



Cartes c. 1, c. 2 et c. 3.

En 1987, une prospection va être réalisée dans 5 villages de la cuvette dépistant 43 trypanosomes parmi 69 suspects immunologiques pour une population visitée de 1 546 personnes (8). Deux ans après, en décembre 1989, nous avons organisé une 2<sup>e</sup> prospection qui a porté sur 13 villages dont les 5 de la prospection de 1987.

**Réalisation de l'enquête**

La prospection a été réalisée en décembre, à une époque de hautes eaux où l'occupation des campements de pêche est très faible. Elle a porté sur les

villages de Bounda, Kounda, Bokosso, Ndole, Bonga, Likenze, Sossolo, Mondzouloumba, Kongo-Makambo, Bokouango, Boleko, Boyengué et Ngombe. Les villages soulignés sont les 5 villages vus lors de la prospection de 1987.

Le protocole a été classique.

a) Sensibilisation des populations dans les jours précédents avec déplacements en pirogue pour indiquer aux campements de pêche habités les lieux et dates des regroupements.

b) Recensement de la population présente.

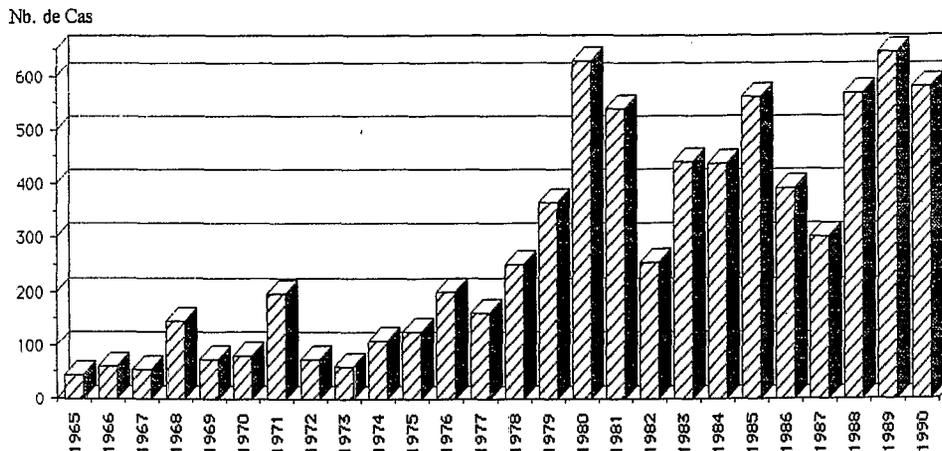


Fig. 1. — La trypanosomiase au Congo de 1965 à 1990.

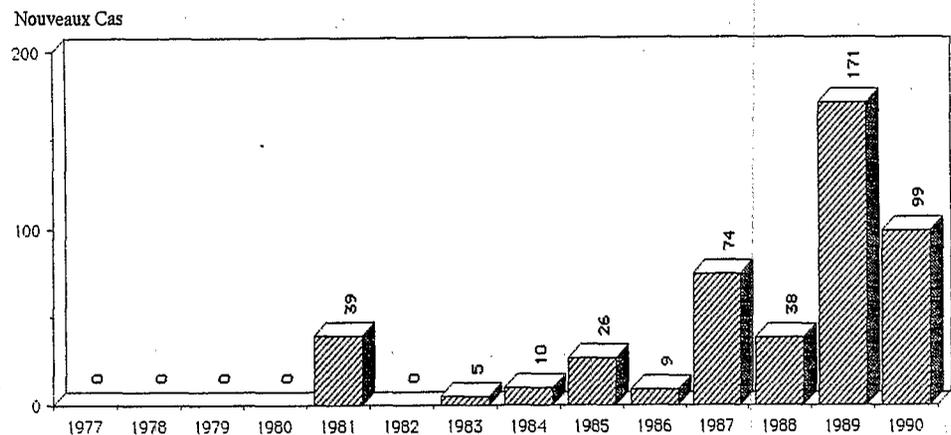


Fig. 2. — Nouveaux cas épistés en 1977 et 1990.

c) Palpation des aires ganglionnaires sus-claviculaires pour tous les individus recensés, suivie en cas d'adénopathie d'une ponction systématique de celle-ci pour recherche de trypanosomes dans le suc ganglionnaire placé entre lame et lamelle.

d) Test d'agglutination sur carte (CATT® test) (6) sur sang total à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt pour tous les individus recensés.

e) Confirmation sur 5  $\mu$ l de sérum de tous les CATT positifs sur sang total.

f) Recherche de trypanosomes dans le sang par centrifugation sur tubes capillaires (11) pour toute personne positive au CATT.

De plus, le sang de tous les malades parasitologiquement prouvés a été inoculé par voie intrapéritonéale à des rats aux fins d'isolement des souches de trypanosomes.

Tous les patients déclarés malades, qu'ils soient trypanosomés ou suspects immunologiques (CATT

sur sang et CATT sur sérum positifs), ont subi une ponction lombaire (PL) avec examen du liquide céphalorachidien (LCR) pour recherche de trypanosomes, de cellules et d'albumine, afin de définir la phase de la maladie et de prendre une décision thérapeutique. La 1<sup>re</sup> période, ou P1, est définie par une absence de trypanosomes dans le LCR, une cytorachie inférieure à 5 cellules/mm<sup>3</sup> et une albuminorachie inférieure ou égale à 0,20 g/l. La 2<sup>e</sup> période, ou P2, est définie par la présence de trypanosomes dans le LCR et/ou une cytorachie supérieure ou égale à 5 cellules/mm<sup>3</sup> et/ou une albuminorachie supérieure à 0,20 g/l.

Pour chaque malade un dossier clinique complet a été établi et le malade a été convoqué au centre de traitement de Mossaka.

Compte tenu des résultats de l'enquête de 1987 sur les animaux, de la rareté de ceux-ci dans les villages (nous n'avons trouvé de porcs qu'à Boléko et Sos-solo) et du nombre de malades que nous dépistons, nous n'avons prélevé aucun animal.

## RÉSULTATS

## De 1977 à 1988

De 1977 à 1980, 10 malades ont été dépistés dans les régions de la cuvette, de la Sangha ou de la Likouala qui représentent toute la zone de forêts inondées du Congo, mais aucun cas n'a été dépisté aux confluent de l'Alima, de la Sangha ou de la Likouala avec le fleuve Congo. Les premiers malades ont été diagnostiqués en 1981 (fig. 2). Ils étaient tous porteurs de trypanosomes (T+). Si, en 1982, aucun T+ n'a été mis en évidence, par contre 28 personnes ont été trouvées positives en Immuno Fluorescence Indirecte (IFI) parmi 7 287 prélèvements. Aucun d'eux n'a été traité. En 1983, 5 T+ ont été diagnostiqués et 38 personnes trouvées positives en IFI (pour 6 341 prélèvements). Comme en 1982, ces 38 personnes n'ont pas été traitées. De 1984 à 1986, 45 nouveaux malades ont été dépistés passivement.

En 1987, parmi les 74 malades diagnostiqués, 43 l'ont été en prospection. Il y a eu 1 546 personnes visitées. Boleko était le village le plus touché avec 32 T+ diagnostiqués pour 526 personnes examinées (prévalence 6,1 %), suivi de Mondzoulouba avec 2 malades pour 95 personnes examinées (prévalence 2,1 %) et de Sossolo avec 9 malades pour 462 personnes examinées (prévalence 1,9 %). Le taux de prévalence d'ensemble est de 2,78 % avec un rapport P1/P2 de 1,69 (27/16).

En 1988, parmi les 39 malades dépistés, on compte 26 P2.

## De 1989

## Résultats d'ensemble

Dans les 11 mois qui ont précédé l'enquête, 19 nouveaux cas ont été dépistés passivement, tous en P2.

En décembre nous avons vu 3 070 personnes et dépisté 96 malades parasitologiquement prouvés (prévalence 3,13 %). A ceux-ci il faut ajouter 56 suspects immunologiques (positifs au CATT sang et au CATT sérum) chez lesquels aucun trypanosome n'a été mis en évidence mais qui, du fait des résultats immunologiques, ont été considérés comme malades et traités. Avec ces 56 personnes, le total des malades passe à 152 et la prévalence à 4,95 % (tableau I). Dans les villages de Boléko, Sossolo et Mondzoulouba où des malades avaient été diagnostiqués en 1987, nous avons respectivement trouvé 41, 12 et 26 malades (T+ et suspects biologiques) soit des prévalences de 5,92 %, 2,50 % et 13,27 %. A Mondzouloumba, où la prévalence est la plus forte alors qu'en 1987 elle était la plus faible (2,1 %), il y a eu 17 malades confirmés parasitologiquement soit une prévalence de T+ parasitologiquement confirmée de 8,67 %.

Parmi les 96 T+, 36 avaient des trypanosomes dans le suc ganglionnaire. Il est à signaler que 5 des personnes ayant eu une ponction ganglionnaire positive (14 %) étaient négatives au CATT sur sang total mais positives au CATT sur sérum (CATT refaits après mise en évidence des trypanosomes).

## Répartition des cas

*Par sexe.* — Que l'on considère les T+ ou l'ensemble T+ et suspects biologiques, il n'existe pas, pour l'ensemble des cas, de différence significative entre hommes et femmes. Il n'en existe pas non plus pour chaque tranche d'âge.

*Par âge.* — La structure générale de la population est relativement homogène (fig. 3) alors qu'elle est très disparate quand on considère les villages séparément. Ainsi, à Boléko et à Sossolo où il y a des écoles, les tranches d'âge de 0 à 14 ans représentent

Tab. I. — Récapitulatif général de la prospection.

| VILLAGES        | Population visitée | Suspects Biologiques | Malades T+ | Ensemble SB + T+ | Prévalence SB + T+ (%) |
|-----------------|--------------------|----------------------|------------|------------------|------------------------|
| BOUNDA          | 118                | 1                    | 0          | 1                | 0,9                    |
| KOUNDA          | 240                | 0                    | 0          | 0                | 0,0                    |
| BOKOSSO         | 296                | 2                    | 2          | 4                | 1,4                    |
| NDOLE           | 273                | 4                    | 3          | 7                | 2,6                    |
| BONGA           | 126                | 1                    | 1          | 2                | 1,6                    |
| LIKENZE         | 119                | 2                    | 3          | 5                | 2,5                    |
| SOSSOLO         | 480                | 4                    | 8          | 12               | 2,5                    |
| MONDZOULOUMBA   | 196                | 9                    | 17         | 26               | 13,3                   |
| KONGO-MAKAMBO   | 148                | 3                    | 2          | 5                | 3,4                    |
| BOKOANGO        | 165                | 7                    | 13         | 20               | 12,1                   |
| BOLEKO          | 692                | 17                   | 24         | 41               | 5,9                    |
| BOYENGUE-NGOMBE | 215                | 6                    | 21         | 27               | 12,6                   |
| MOSSAKA         | 2                  | 0                    | 2          | 2                |                        |
| <b>Total</b>    | <b>3 070</b>       | <b>56</b>            | <b>96</b>  | <b>152</b>       | <b>4,95</b>            |

T+ : Trypanosomés parasitologiquement confirmés  
 SB : Suspects Biologiques

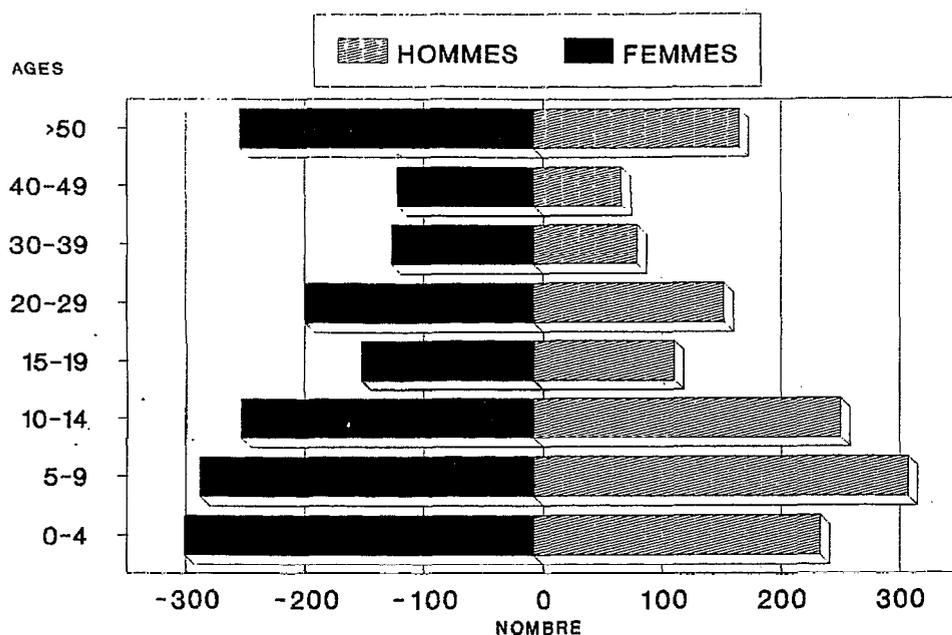


Fig. 3. — Structure de la population totale examinée.

le plus gros de l'effectif tandis qu'à Mondzouloumba ou à Likenzé il y a un déficit très important dans ces tranches d'âge.

Contrairement à la prospection de 1987 dont les auteurs signalent que chez les hommes, « seuls les âges extrêmes de la vie sont affectés », nous n'avons pas trouvé de particularité dans la répartition des cas par tranches d'âge selon les sexes. La distribution des cas positifs par tranche d'âge, sexes confondus ou non, montre que le nombre de malades augmente avec l'âge (fig. 4).

*Par période.* — Sur l'ensemble des malades, 27 % (41/152) sont en 2<sup>e</sup> période (tableau II). Ils étaient 37,2 % en 1987 (quoique les auteurs aient fait une distinction entre P2 avancés ayant plus de 20 cellules dans le LCR, et P1-P2 ayant de 3 à 20 cellules dans le LCR, nous avons regroupé ici les P1-P2 avec les P2 avancés).

Parmi les seuls T+, 36,5 % sont en 2<sup>e</sup> période (35/96) pour 10,7 % des suspects biologiques (6/56).

Le rapport P1/P2 sur l'ensemble de la prospection est de 2,71 (111/41). Pour les T+ il est de 1,74 (61/35). A Boleko, pour les T+, le rapport était de 1,91 en 1987 (21/11) et il est de 3 en 1989 (18/6).

*Par village.* — Les villages de la basse Sangha et de la basse Likouala aux herbes sont les plus touchés avec une prévalence d'ensemble de 6,90 % dépassant les 12 % à Mondzouloumba, Bokoango et Boyengue-Ngombe (tableau I). Le village le plus touché est celui qui est le plus éloigné de Mossaka (Mondzouloumba : 13,27 %). Ceux de la proximité de Mossaka (Likenzé, Bonga et Bokosso), de la basse Likouala Mossaka et de la basse Alima sont très nettement moins touchés (respectivement : 2,03 %, 2,56 % et 0,3 % de prévalence).

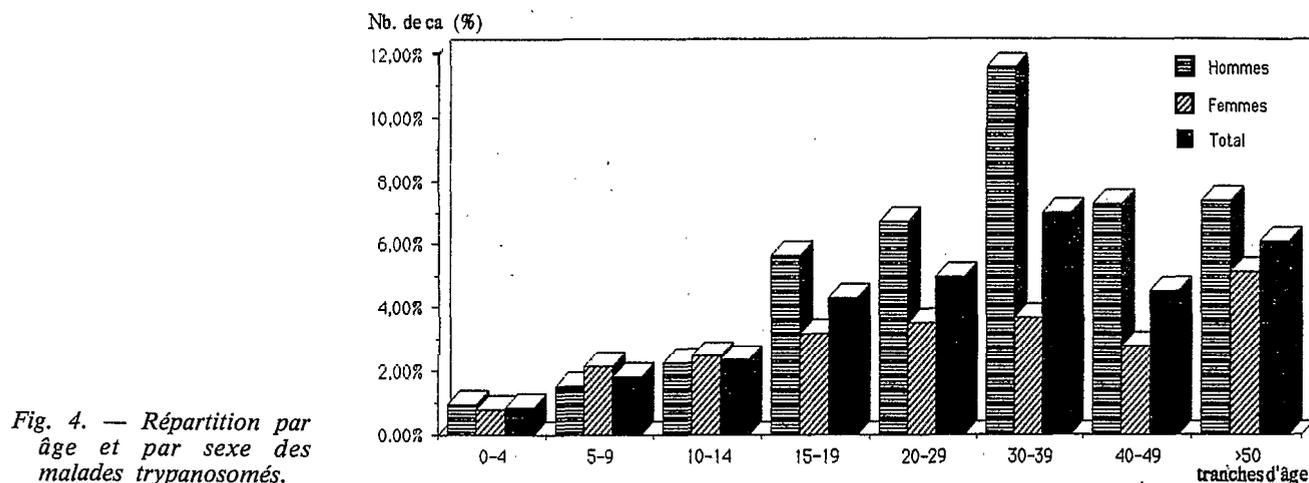


Fig. 4. — Répartition par âge et par sexe des malades trypanosomés.

Tab. II. — Répartition des malades par périodes.

| VILLAGES        | Total P1<br>(SB + T+) | T+ en P1<br>(%) | Total P2<br>(SB + T+) | T+ en P2<br>(%) | Total P1+P2<br>(SB + T+) | Total T+<br>en P1/P2 (%) |
|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| BOUNDA          | 1                     | 0 (0)           | 0                     | 0 (0)           | 1                        | 0,0                      |
| KOUNDA          | 0                     | 0 (0)           | 0                     | 0 (0)           | 0                        | 0,0                      |
| BOKOSSO         | 2                     | 0 (0)           | 2                     | 2 (100)         | 4                        | 50,5                     |
| NDOLE           | 5                     | 2 (40)          | 2                     | 1 (50)          | 7                        | 42,9                     |
| BONGA           | 2                     | 1 (50)          | 0                     | 0 (0)           | 2                        | 50,0                     |
| LIKENZE         | 2                     | 1 (50)          | 3                     | 2 (67)          | 5                        | 60,0                     |
| SOSSOLO         | 10                    | 6 (60)          | 2                     | 2 (100)         | 12                       | 66,7                     |
| MONDZOULOUNBA   | 22                    | 14 (63)         | 4                     | 3 (75)          | 26                       | 65,4                     |
| KONGO-MAKAMBO   | 3                     | 0 (0)           | 2                     | 2 (100)         | 5                        | 40,0                     |
| BOKOANGO        | 12                    | 6 (50)          | 8                     | 7 (88)          | 20                       | 65,0                     |
| BOLEKO          | 34                    | 18 (52)         | 7                     | 6 (86)          | 41                       | 58,5                     |
| BOYENGUE-NGOMBE | 18                    | 13 (72)         | 9                     | 8 (89)          | 27                       | 77,8                     |
| MOSSAKA         | 0                     | 0 (0)           | 2                     | 2 (100)         | 2                        |                          |
| <b>Total</b>    | <b>111</b>            | <b>61 (52)</b>  | <b>41</b>             | <b>35 (85)</b>  | <b>152</b>               | <b>63,20</b>             |

T+ : Trypanosomés parasitologiquement confirmés

SB : Suspects Biologiques

P1, P2 : 1ère et 2ème Périodes de la maladie

(il n'y a pas eu de prospection à Mossaka. Les 2 malades sont venus nous voir spontanément).

La répartition entre P1 et P2 montre une nette prédominance des 1<sup>res</sup> périodes sur la Sangha et la Likouala aux herbes (92 P1/34 P2). La proportion de P2 y est de 26,98 %. Elle est de 45,45 % (6/5) dans les villages proches de Mossaka, de 33,33 % sur la Likouala Mossaka (4/2). Le seul malade dépisté sur l'Alima était un suspect biologique en 1<sup>re</sup> période.

## DISCUSSION

L'endémie est en pleine réviviscence depuis moins de 10 ans et prend des allures épidémiques.

Force est de constater que, malgré une stagnation locale du rapport P1/P2 des T+ lors de la prospection de 1989 (1,74), comparativement à celle de 1987 (1,69) due, entre autre, au fait que nombre de P2 avaient été dépistés passivement (26 des 39 malades de 1988 et la totalité des 19 malades dépistés en 1989, avant la prospection), ce rapport diminue d'année en année sur l'ensemble de la zone. Il faut noter que la proportion de P1 est la plus forte dans les villages les plus éloignés (Mondzouloumba sur la Sangha, Bokouango et Boyemgué-Ngombé sur la Likouala aux herbes), ce qui peut être la traduction d'une extension géographique récente de l'endémie.

La prospection de 1989 confirme la progression et l'intensification de l'endémie(\*) dans les villages de la Sangha et de la Likouala les plus éloignés de Mossaka. De plus, de nombreux cas de maladie ont été signalés dans des villages jusque là considérés comme indemnes.

(\*) En 1990, 99 nouveaux malades ont été dépistés passivement dans le foyer.

L'augmentation de fréquence de la maladie en fonction de l'âge n'est vraie que pour des niveaux de prévalence supérieurs à 2 % (T+ et suspects biologiques). La pente de régression des courbes de fréquence en fonction de l'âge est d'autant plus forte que le taux de prévalence observé est élevé. La différence de fréquence enfants-adultes dépend du niveau d'ancienneté comme le montre l'abaissement de la pente en 1989 par rapport à 1987. Cette observation a déjà été faite au début du siècle par JAMOT, HECKENROTH, LE BŒUF, AUBERT (1) dans la même région. Ce fait était rattaché à l'existence probable d'une surmortalité infantile dans les premières années de poussées épidémiques.

L'existence de nombreuses fausses négativités du CATT sur sang (14 % des personnes ayant des trypanosomes dans les ganglions sont CATT sang négatif), de même que la persistance d'un gain important de sujets suspects immunologiques (42 % de suspects immunologiques en 1987 et 37 % en 1989) posent le problème de la stratégie de dépistage. Ces constatations, bien que ne permettant pas encore d'affecter des valeurs diagnostiques opérationnelles correctes, nous permettent de proposer une prise en compte, dans la chaîne de dépistage, de toutes les personnes, quelque soit leur âge, de toutes les adénopathies quelque soit leur taille ou leur aspect et, pour le traitement, de tous les suspects immunologiques. La ligne stratégique de dépistage étant :

— la réalisation d'un CATT sur sang pour l'ensemble de la population, quelque soit l'âge (y compris les nourrissons) et sur sérum pour les CATT sang positif ;

— la palpation ganglionnaire de toute la population, quel que soit le résultat du CATT, et la ponction systématique de toutes les adénopathies ;

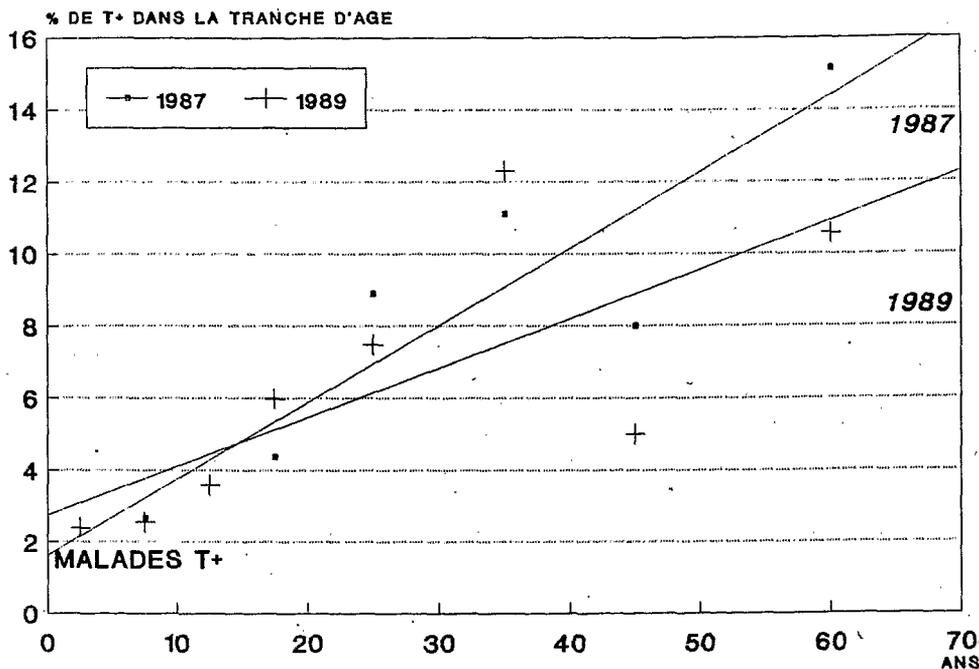


Fig. 5. — Village de Boleko. Évolution des prévalences par tranches d'âge entre 1987 et 1989.

— la prise en compte en tant que malades de tous les individus chez qui le parasite a été trouvé, mais aussi de tous les suspects biologiques (CATT sang et CATT sérum positifs).

Bien qu'éloigné et isolé, le foyer de la basse Sangha doit à nouveau, et de façon plus complète, être prospecté. De plus, il est indispensable de disposer de structures implantées localement afin d'assurer un large dépistage et de traiter les malades. Sans ces mesures le foyer ne peut que se développer avec toutes les conséquences que cela implique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CLAPIER (P.). — Enquête démographique et état actuel de la trypanosomiase au pays Bangala (Af Eq. Fr). *Bull. Soc. Path. Ex.*, Séance du 8 décembre 1920. 831-847.
2. DUGGAN (A. J.) & MULLIGAN (H. W.). — *The african trypanosomiasis*, pp. xli-lxxxviii. G. Allen & Unwin édit, London, 1970, 950p.
3. DUTERTRE (J.). — *La trypanosomiase*. Rapport final de la première Conférence Technique de l'OCEAC, Yaoundé 7-11 décembre 1965. 449-452.
4. KERMORGANT. — La maladie du sommeil au Congo. *Ann. Hyg. Med. colon*, janvier-mars 1906.
5. LAVERAN (M.), in Martin, Lebœuf & Roubaud. — *Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français 1906-1908*. (pp. 8-10) Masson & Cie, édit, Paris 1909. 708 p.
6. MAGNUS (E.), VERVOORT (T.) & VAN MERVENNE (N.). — A card agglutination test with stained trypanosomes (CATT) for serological diagnosis of *Trypanosoma brucei gambiense* trypanosomiasis. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 1978, 58, 169-176.
7. MARTIN, LEBŒUF & ROUBAUD. — *Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français, 1906-1908*, Masson & Cie, édit. Paris, 1909, 708 p.
8. NOIREAU (F.), LEMESRE (J. L.), GOUTEUX (J. P.), MPOLESHA-KAPIAMKA (K.) & FREZIL (J. L.). — Épidémiologie et aspects évolutifs de la trypanosomiase dans le foyer de la Sangha (Congo). *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 1988, 68, 331-334.
9. RICHET (P.). — Cours de formation professionnelle sur les trypanosomiasis africaines, OCCGE, Bobo Dioulasso, 2 novembre au 12 décembre 1964, 1-14.
10. SICE (A.). — *La trypanosomiase humaine en Afrique intertropicale*. Vigot frères édit, Paris. 1937, 306 p.
11. Woo (P. T. K.). — Evaluation of the haematocrite centrifuge and other techniques for the field diagnosis of human trypanosomiasis and filariasis. *Acta trop.*, 1971, 28, 298-303.