

FREZIL

Ann. Soc. belge Méd. trop.
1977, 57, 4-5, 315-322

CONCEPTION ACTUELLE DE LA STRATEGIE ANTISOMMEILLEUSE EN REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

J. L. FREZIL & J. COULM
Centre ORSTOM, B. P. 181, Brazzaville
République populaire du Congo.

I. — Introduction

L'histoire de la trypanosomiase humaine africaine rapporte que la première grande épidémie contemporaine a débuté en 1885 au confluent de l'Oubangui et du Congo (Labusquière *et al.*, 1971). La République Populaire du Congo apparaît donc, a priori, comme un pays d'élection de cette maladie. En fait, elle y a toujours existé depuis le début de ce siècle sous la forme endémo-épidémique.

Combattue vigoureusement par les Services d'Hygiène mobile et de Prophylaxie, puis par les Services des Grandes Endémies, la maladie est bien contrôlée dès l'installation de campagnes systématiques de chimio-prophylaxie à la lomidine.

L'année 1968 marque le début d'une nouvelle période épidémique qui nous amène aujourd'hui à une situation dramatique.

Ce retour en force de la maladie est incontestablement dû au relâchement des campagnes de dépistage, à l'abandon des séances de lomidinisation collective, et peut être aussi au génie épidémique du trypanosome.

Le tableau 1 ci-dessous rend compte du nombre de nouveaux cas traités chaque année.

TABLEAU 1

1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
24	40	28	134	54	56	172	49	42	91	136	174

— Les nombres de 1975 et 1976 ne concernent que le secteur de Brazzaville, tous les autres rapportent l'ensemble des cas traités dans le pays.

— Pour l'année 1976, outre les 174 traitements déjà faits, plus d'une centaine de malades attendent à leur tour d'être soignés.

30 JAN. 1996

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 43753

Cote : B ex 1

II. — Répartition géographique de la maladie du sommeil

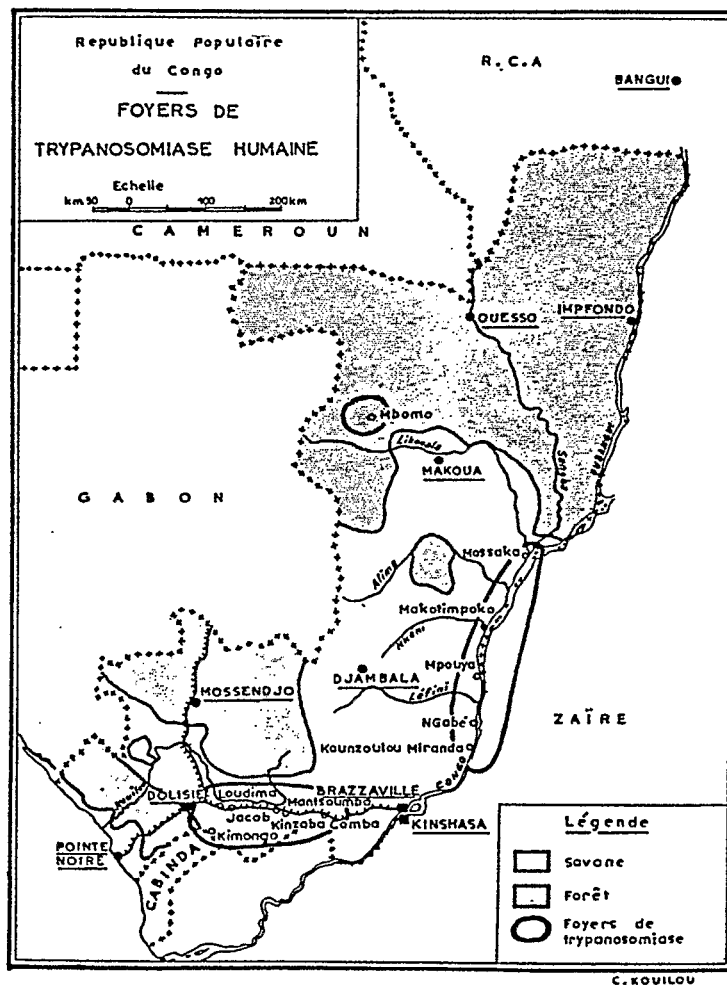
Comme dans tous les pays où elle est actuellement en recrudescence, la trypanosomiase se développe toujours dans les anciens foyers historiques (Frézil *et al.*, 1975).

Cette maladie peut être considérée comme endémique dans l'ensemble du pays, mais les flambées épidémiques se manifestent le long des grands axes de communication. Les plus importants foyers sont (voir carte) :

— Le foyer du Niari (ancienne zone centrale du foyer du Congo atlantique). C'est un foyer de savane typique, qui s'étend de Comba à Loudima.

— Le foyer du fleuve (ancien foyer du Couloir), qui borde le Congo de Brazzaville à Mossaka. Ce foyer est frontalier avec le Zaïre sur toute sa longueur.

— Le foyer de Mbomo (ancien foyer de la Likouala), situé en plein cœur de la grande forêt primaire.



III. — Aspects psycho-sociologique de la maladie

En République Populaire du Congo, comme dans beaucoup de pays en Afrique, la lutte contre la maladie du sommeil se heurte aux croyances traditionnelles.

La façon insidieuse dont se développe la trypanosomiase dans le foyer, la lente dégradation physique, psychique et intellectuelle des malades et le fatalisme naturel des populations font que les trypanosomés consultent plutôt le féticheur que le médecin.

Les services sanitaires ne voient donc arriver qu'une très faible proportion de malades, le plus souvent dans un état très grave.

Ce comportement des populations fait que la trypanosomiase ne peut être combattue efficacement que par un groupe mobile qui va sur place chercher les malades. Il explique aussi l'absentéisme parfois important aux séances de dépistage et le fait que les villageois cachent souvent leurs malades, même grabataires. Paradoxalement, ce sont les gens qui se sentent bien qui se présentent le plus volontiers ! Il explique enfin pourquoi la découverte des zones épidémiques suit toujours le même schéma : un malade ou deux, d'un village donné, viennent spontanément se faire soigner au Secteur des Grandes Endémies et l'enquête épidémiologique qui suit permet de découvrir une centaine de malades dans ce village. En fait les sommeilleux qui viennent d'eux-mêmes en consultation ne représentent que la partie émergée de l'iceberg.

IV. — Dépistage de la trypanosomiase

1) Dépistage immunologique

Actuellement, le dépistage de la maladie du sommeil en République Populaire du Congo repose essentiellement sur la technique d'immuno-fluorescence indirecte.

Nous employons la méthode de Wéry *et al.* (1970), qui donne des résultats extrêmement satisfaisants.

En effet, une étude complète a pu être effectuée dans plusieurs foyers et son analyse statistique montre que le parasite peut être trouvé chez 80 à 96 p. cent des sujets fluorescents (Frézil *et al.*, 1976). Selon cette étude, le dépistage clinique et parasitologique classique laisse échapper 80 p. cent des malades en moyenne et nous ne comptons plus le nombre de malades asymptomatiques qui ont été dépistés grâce à cette technique immunologique.

— Dépistage individuel

La contamination familiale est un phénomène extrêmement courant en République Populaire du Congo (Coulm *et al.*, 1975) et probablement ailleurs. Aussi, tous les accompagnateurs de trypanosomés en traitement sont soumis au test d'IFI. Plusieurs dizaines de malades, le plus souvent asymptomatiques ont pu ainsi être dépistés.

Dans les services hospitaliers de Brazzaville, les malades dont le diagnostic est incertain sont également testés; nous avons pu ainsi diagnostiquer plusieurs cas, notamment dans les services de Neuropsychiatrie.

Par exemple, en octobre 1976, un infirmier a fait hospitaliser plusieurs membres de sa famille originaires d'un village riverain du fleuve. Sur 12 personnes testées, 7 ont été positives en IFI et confirmées parasitologiquement.

— *Dépistage de masse*

Deux tactiques différentes sont suivies en fonction des possibilités locales :

— La première est pratiquée dans les zones facilement accessibles :

Une équipe se rend sur le terrain et, parallèlement à la recherche clinique et parasitologique classique, prélève à toute la population un échantillon de sang sur papier filtre.

Les malades parasitologiquement positifs sont immédiatement dirigés vers les centres de traitement. Les prélèvements de sang sont testés rapidement en IFI, aussitôt leur arrivée à Brazzaville.

L'équipe retourne alors sur le terrain et évacue tous les « fluorescents » soit vers la capitale, soit vers le Secteur des Grandes Endémies le plus proche. Le reste de la population est lomidinisé. Un dépistage classique complémentaire, avec prélèvement de sang sec est mené extemporanément sur les personnes absentes la première fois.

— La deuxième tactique, que nous considérons comme un pis aller, est utilisée lorsque le foyer est particulièrement difficile d'accès :

Au cours de la première enquête, les malades dépistés sur le terrain sont rapidement évacués vers les centres de traitement. Le reste de la population est immédiatement lomidinisé. Les positifs en IFI sont systématiquement traités à l'Arsobal par la suite.

Il est bien évident que la première tactique est plus satisfaisante pour l'esprit puisqu'on peut rechercher le parasite sur les suspects immunologiques.

Toutefois, étant donné le contexte épidémiologique actuel et la fiabilité de l'IFI, tous les « fluorescents » sont traités à l'Arsobal, même si le trypanosome n'est pas décelé.

2) *Dépistage parasitologique*

— *Sur le terrain*

La presque totalité des diagnostics parasitologiques sur le terrain est fournie par la ponction ganglionnaire. C'est, de loin, la technique la plus rentable dans les zones hyperendémiques. Nous nous demandons toujours pourquoi il a été dit que les ganglions sont rares dans la trypanosomiase en Afrique centrale. Nous pensons même que leur présence est un signe constant de la maladie : ils existent, ou ils existeront, ou ils ont existé !

Par exemple, dans l'enquête présentée au tableau 2, 26 malades sur 64 ont été diagnostiqués, sur le terrain, par la ponction ganglionnaire.

Le prélèvement systématique des gouttes épaisses n'est plus pratiqué, car :

- le nombre de cas dépistés ainsi est faible;
- les infirmiers capables de lire correctement et rapidement les lames sont de plus en plus rares;
- le dépistage par IFI est infiniment plus rapide.

Lorsqu'une personne est suspecte clinique sur le terrain, nous préférons effectuer une recherche du parasite dans le sang à l'état frais.

La centrifugation du sang en tubes capillaires (Woo, 1970) a été essayée mais nous a donné des résultats très peu différents d'un état frais correctement lu.

— En laboratoire

La recherche des trypanosomes se fait par :

- ponction ganglionnaire;
- recherche du parasite dans le sang à l'état frais ou en goutte épaisse colorée (ces examens étant répétés chaque jour);
- triple centrifugation du sang;
- centrifugation du LCR;
- filtration sur cellulose de Lanham (1971).

Ce dernier procédé est excellent mais revient malheureusement très cher. Il n'est donc pratiqué qu'en dernier recours, sur des sujets soigneusement sélectionnés.

Tous les suspects IFI subissent des examens répétés.

En effet, après Wéry et Burke (1972), nous avons mis parfois plusieurs mois pour trouver le parasite sur des porteurs asymptomatiques (Frézil et Coulm, 1975).

Nous pensons utile de rapporter ici le danger de confusion lié à la présence des gamètes de *Plasmodium* dans un examen de sang frais. En effet, en moins de 4 mois, la présence du trypanosome a été signalée deux fois dans un culot de triple centrifugation et une fois dans un état frais, alors qu'il s'agissait tout simplement de phénomènes d'exflagellation.

V. — Résultats d'une enquête avec dépistage immunologique

A titre d'exemple, nous donnons dans le tableau 2 ci-après les résultats d'une enquête effectuée à Makondo Mabengue (Niari) pendant l'été 1976.

TABLEAU 2

Nombre de personnes visitées	IFI + + +	IFI + + + et T+ revus au contrôle	NT dépistés sur le terrain	NT dépistés grâce à l'IFI	Nombre total T+	% âge T+ par rapport aux IFI revus
1.522	76	71	30	34	64	90,1 %

Ce tableau montre l'indéniable fiabilité du dépistage par IFI puisque le trypanosome a été trouvé chez 90 p. cent des positifs. Encore, faut-il préciser que, faute de place dans les services hospitaliers, aucun suspect immunologique de ce foyer n'a été soumis au dépistage parasitologique pendant plus d'une semaine; et nous savons que la recherche du trypanosome est souvent longue et difficile.

Dans cette enquête, le nombre des dépistés par IFI représente à peine plus de la moitié du nombre total des trypanosomés.

Il n'en est pas-toujours de même !

Par exemple, dans le foyer de Mbomo, en novembre 1974, nous n'avons dépisté sur le terrain que 3 malades sur 74 IFI positifs, soit seulement 4,0 p. cent.

Dans le seul village de Nzondo-Lebango, où, sur le terrain, nous n'avions rien constaté d'anormal, il y avait en fait 35 IFI positifs sur 105 personnes visitées. Ces positifs ont été dirigés sur le Secteur de Makoua, où, malgré des moyens et des techniques sommaires, le trypanosome a été trouvé sur bon nombre d'entre eux. Trois de ces suspects, qui n'avaient pas été traités, se sont spontanément présentés au Secteur de Brazzaville un an après l'enquête : Tous les trois étaient parasitologiquement positifs et encore en première période.

VI. — Traitement des malades

La crainte de voir apparaître des souches résistantes aux arsenicaux nous avait fait abandonner le protocole de Neujean dès 1973.

Cette conduite était également dictée par le souci de limiter le nombre de rechutes qui, à l'époque, paraissait important.

Depuis, chaque malade, quel que soit l'état de son LCR, reçoit au minimum trois séries de 3 injections d'Arsobal espacées chacune par une semaine de repos.

Les tests de fluorescence pratiqués sur les LCR ont modifié nos idées sur la périodicité de la maladie du sommeil. Quatorze pour cent des LCR de malades considérés comme des « premières périodes » classiques montrent une fluorescence. Cette fluorescence traduit pour nous le passage du parasite et actuellement, ces malades sont estimés en deuxième période.

Cette observation rejoint celle de Burke *et al.* (com. pers.) qui ont noté, au Zaïre, la présence de trypanosomes dans des LCR non altérés du point de vue cytochimique.

Bértrand *et al.* (1973) pensent qu'il n'existe pas, en fait, deux périodes séparées dans la trypanosomiase et que, dès le début, la maladie intéresse l'organisme en entier. Nous pensons plutôt que les perturbations cytochimiques du LCR ne sont pas un indice précoce du passage en deuxième période.

La fluorescence du LCR nous paraît un signe meilleur.

Quoi qu'il en soit, la difficulté de saisir le passage de 1^{re} en 2^e période nous paraît un autre argument pour appliquer à tout trypanosomé un traitement minimum de trois séries de 3 injections.

Le tableau 3 ci-dessous rend compte des traitements à l'Arsobal effectués par l'un de nous de 1973 à 1976 et des rechutes enregistrées de 1973 à 1975.

TABLEAU 3

Létalité par Arsobal			Rechutes		
Nombre de traitements	Nombre	Décès %	Nombre de traitements	Nombre	Décès %
422	9	2,1	248	11	4,4

Ces résultats ne peuvent, hélas, être comparés à ceux procurés par les traitements classiques avant 1973, à cause de la tenue discutable du fichier trypanosomiase à cette époque.

Le faible pourcentage de rechutes ne semble pas révéler de problème particulier de résistance au traitement. D'autant plus que certaines de ces rechutes proviennent de foyers mal contrôlés actuellement et sont peut-être, en fait, des recontaminations.

Ces résultats témoignent en outre d'un taux de létalité nettement inférieur à celui communément admis.

VII. — Discussion : problèmes et perspectives

D'après le nombre annuel de nouveaux trypanosomés enregistrés en République Populaire du Congo, on pourrait penser que la maladie est certes en progression, mais que la situation n'est pas dramatique.

Il n'en est rien !

En effet, comme nous l'avons vu, les malades ne consultent pas volontiers le médecin et les nombres donnés dans le premier tableau ne correspondent, pour leur plus grande part, qu'aux résultats d'enquêtes ponctuelles.

Une récente enquête effectuée dans le seul village de Ngabé, sur le fleuve, témoigne d'une situation particulièrement grave : 10 p. cent de la population est atteinte de trypanosomiase (soit 250 cas probables).

La situation semble être identique dans toute la zone du Couloir où nous estimons à plusieurs milliers le nombre des malades.

La trypanosomiase gagne également du terrain sur l'axe Brazzaville-Pointe-Noire puisque deux nouveaux foyers y ont éclaté depuis 2 ans et nous nous attendons à une épidémie dans Brazzaville même.

En outre, nous avons dû provisoirement stopper les prospections. En effet, comme nous l'avons dit, plus de 100 malades attendent encore leur traitement, faute de structures d'accueil suffisantes.

Etant donné la fiabilité du dépistage immunologique, et devant la situation épidémiologique actuelle, le traitement systématique des positifs en IFI s'impose.

Il nous paraît urgent :

- de remettre à l'honneur les campagnes de lomidinisation qui ont fait leur preuve à une époque où il n'y avait pas de possibilité de dépistage immunologique;
- de reconstituer des équipes techniquement compétentes dans le dépistage;
- d'avoir les moyens de procéder à des lutttes antiglossines dans les foyers;
- de donner aux services de lutte contre la maladie du sommeil les moyens d'accueil suffisants pour traiter tous les malades.

Alors, une lutte efficace pourra être entreprise, car la situation doit être vigoureusement reprise en mains, avant qu'il ne soit trop tard !

REFERENCES

- Bertrand, E., Serie, F., Kone, I., Rive, J., Compaore, L., Sentilhes, L. & Philippe, J. (1973) : Symptomatologie générale de la trypanosomiase humaine africaine au moment du dépistage, *Med. Afrique Noire*, 20, (4) 303-314.
- Coulm, J., Frezil, J. L. & Moulenvo, J. D. (1975) : La contamination familiale et la possibilité de transmission mécanique dans la trypanosomiase à *Trypanosoma gambiense*. Rapp. final 10^e Conf. Techn. OCEAC, Yaoundé, avril 1975, 152-159.
- Frezil, J. L. & Coulm, J. (1975) : Apport de l'immunofluorescence indirecte dans le contrôle de la trypanosomiase à *Trypanosoma gambiense*. Rapp. final. 10^e Conf. Techn. OCEAC, Yaoundé, avril 1975, 160-173.
- Frezil, J. L., Coulm, J. & Alary, J. (1976) : L'immunofluorescence indirecte et la stratégie de lutte contre la trypanosomiase en Afrique Centrale. (Sous presse).
- Frezil, J. L., Coulm, J. & Molouba, R. (1975) : Evolution et situation actuelle de la Maladie du Sommeil dans les foyers historiques de la République Populaire du Congo. Rapp. final. 10^e Conf. Tech. OCEAC, Yaoundé, avril 1975, 120-130.
- Godfrey, D. G. & Lanham, M. (1971) : Diagnosis of gambian Trypanosomiasis in Man by isolating Trypanosomes blood passed through DEAE cellulose. *Bull. OMS*, 45, 13-19.
- Labusquière, R., Dutertre, J. & Gateff, C. (1971) : Les trypanosomiasis humaines africaines. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 8095 A10, 14 p.
- Wéry, M. & Burke, J. (1972) : Humans « healthy carriers » of *Trypanosoma (brucei) type* discovered by immunofluorescence test in the République Démocratique du Congo. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 66, (n° 2), 332-333.
- Wéry, M., Wéry-Paskoff, S., van Wettere, P. (1970) : The diagnosis of human african trypanosomiasis (*T. gambiense*) by the use of fluorescent antibody test. I. Standardisation of an easy technique to be used in mass surveys. *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, 50, (5), 613-634.
- Woo, P. T. K. (1970) : The haematocrit centrifuge technique for the diagnosis of African trypanosomiasis. *Acta Tropica Separatum*, 27, (4), 385-386.

(Discussion voir page 329.)