



LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AU MOMENT DU DEPISTAGE
EN REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
DISTRIBUTION DES SIGNES CLINIQUES *

par

P.-Y.GINOUX (1), J.-L. FREZIL (2) et J.-Ch. ALARY (3)

- (1) Médecin du Service de l'épidémiologie et des grandes endémies.
(2) Parasitologiste de l'ORSTOM.
(3) Médecin statisticien-épidémiologiste.

(*) Cette étude bénéficie d'un appui financier du Programme Spécial P.N.U.D. (Banque Mondiale/O.M.S.) pour la recherche et la formation concernant les maladies tropicales.

MEDECINE TROPICALE - Volume 42 - N° 3 - Mai-Juin 1982

ORSTOM.

Fonds Documentaire

N° : 2191 ex 1

Cote B

Date : 29 DEC. 1982

SUMMARY

SYMPTOMS OF HUMAN TRYPANOSOMIASIS AT THE FIRST DIAGNOSTIC PHASE IN THE PEOPLE REPUBLIC OF CONGO.

A study of clinical symptoms of trypanosomiasis has been carried out on 317 patients diagnosed actively in the field by lymphatic gland puncture and fluorescent antibody test in two foci of People's Republic of the Congo.

The presence and frequency of the signs have been evaluated according to the focus, age, sex, period, the level of disturbance of C.S.F. and the results of parasitology.

Thus, the authors demonstrate that :

- 9 p. 100 of patients show no symptoms;
- symptomatology of the woman is richer than that of the man;
- several symptoms are closely related to age (fever, glands hypertrophy, cramps, anorexia, liver and spleen enlargement, impotence).

They point out moreover :

- the precocity of nervous signs which often are shown by patients without any disturbance of C.S.F.;
- the lack of correlation between apparent severity of the infection and the level of disturbance of C.S.F.;
- the variation of frequency of adenopathy according to kinetics of endemic and the level of immunity of the populations.

Finally, the results obtained in the field are compared with those given by health care deliveries.

I. - INTRODUCTION

Dans une précédente communication (FREZIL et coll., 1978), nous avons étudié la répartition des cas

et la parasitologie de la maladie du sommeil en République populaire du Congo.

La présente note, concernant la symptomatologie de cette maladie, constitue le second volet de cette étude.

II. - METHODOLOGIE

Notre échantillon comprend au total 317 malades dépistés activement sur le terrain par la ponction ganglionnaire et l'immunofluorescence indirecte (I.F.I.).

Tous les malades ont été étudiés par la même équipe mixte Grandes Endémies - ORSTOM et, en particulier, c'est le même médecin qui les a examinés.

Ces malades ont été dépistés au cours de deux enquêtes effectuées en 1980 à Ngabé, dans le foyer du Couloir (FREZIL et coll., 1979) et à Loudima, dans le foyer du Niari (FREZIL et coll., 1980).

Nous avons amplement démontré la fiabilité du dépistage par IFI (FREZIL et coll., 1977), aussi considérons-nous que tous les sujets positifs à ce test sont trypanosomés.

Le seuil de la 2^e période est classiquement estimé à 4 cellules/mm³ de LCR.

Les périodes indéterminées concernent : les ponctions blanches ou sanglantes, les femmes enceintes et les malades refusant la ponction lombaire.

III. - OBSERVATIONS

1) Répartition des malades :

TABLEAU I
Par période et origine géographique.

Période	Sexe	Ngabé	Loudima	Total
P1	H	59	47	106
	F	67	23	90
	Total	126	70	196
P2	H	17	20	37
	F	14	12	26
	Total	31	32	63
Indéterminée	H	17	17	34
	F	9	15	24
	Total	26	32	58
TOTAL	H	93	84	177
	F	90	50	140
	Total	183	134	317

Remarque : Les trypanosomés confirmés parasitologiquement sur le terrain représentent 69 malades (38 en P1, 15 en P2 et 16 indéterminés).

TABLEAU II
Par tranches d'âge.

Tranche d'âge	P1	P2	Période indéterminée	Total	Pourcentage
0 - 4 ans	2	0	3	5	1,5
5 - 9 ans	19	0	8	27	8,5
10 - 14 ans	31	4	8	43	13,5
15 - 19 ans	26	11	5	42	13,2
20 - 29 ans	31	6	10	47	14,8
30 - 39 ans	29	17	7	53	16,7
40 ans et plus	58	25	17	100	31,5
	196	63	58	317	

2) Etude de l'asymptomatisme :

Malgré un examen clinique soigné, 29 malades n'ont présenté aucun signe fonctionnel ou physique (soit 9,1 p. 100 des cas).

Si on ajoute à ce total les malades ne présentant, comme perturbation, que la seule adénopathie (avec ou sans trypanosome), on arrive à 48 malades (soit 15 p. 100) pratiquement dépourvus de symptômes.

Sur la base de ces 48 malades, on peut dire :

- que les premières périodes comprennent 19,3 p. 100 d'asymptomatiques (15 p. 100 du total à Ngabé et 27 p. 100 à Loudima) ;
- que les deuxièmes périodes en comprennent

9,5 p. 100 (16,1 p. 100 à Ngabé et 3,1 p. 100 à Loudima) ;

— que les malades en période indéterminée en comprennent 6,9 p. 100.

L'asymptomatisme est donc voisin de 15 p. 100 à Ngabé, toutes périodes confondues.

A Loudima, plus du quart des malades (27 p. 100) présentent une première période muette ; par contre, la deuxième période est bruyante dans ce foyer puisque 3 p. 100 seulement des trypanosomés n'ont pas de signe.

L'asymptomatisme ne varie pas en fonction de l'âge ($\chi^2 = 0,34$).

Par contre, il existe une différence significative selon le sexe pour les premières périodes (25,4 p. 100 d'asymptomatiques chez les hommes contre 12,2 p. 100 chez les femmes).

Cette différence ne se retrouve pas dans le groupe des malades en deuxième période.

3) Etude des symptômes selon leur fréquence :

Il est intéressant de constater au départ que, pour la fréquence de chacun des signes étudiés, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le groupe des malades dépistés par la parasitologie et celui des positifs en IFI.

Les χ^2 vont en effet de 0,210 à 2,765 pour 1 d.d.l.

Globalement, 76 malades (soit 24 p. 100 du total) ont 5 signes associés ou plus. Donc, 66 p. 100 des malades ont entre 1 et 4 signes (y compris les adénopathies de toutes natures).

Céphalées :

Elles sont présentées par 158 malades, soit 49,8 p. 100 du total.

Elles sont indépendantes du foyer d'origine, de l'âge, de la période et en particulier de la cytologie du LCR en P2.

Par contre, les femmes présentent plus volontiers ce signe (60 p. 100) que les hommes (40 p. 100).

Fièvre :

On inclut dans cette rubrique les sujets déclarant souffrir habituellement de fièvre, même si elle est absente le jour de l'examen.

La fièvre concerne 40 p. 100 des sujets examinés. C'est un signe plus fréquent à Loudima (49 p. 100) qu'à Ngabé (33 p. 100 - $\chi^2 = 7,80$).

Elle est indépendante de la phase et de la cytologie de la deuxième période ($\chi^2 = 0,02$).

Les femmes sont plus atteintes que les hommes (48 p. 100 contre 33 p. 100 - $\chi^2 = 6,99$).

Les moins de 10 ans présentent très souvent ce signe (63 p. 100 contre 33 p. 100 chez les plus de 30 ans - $\chi^2 = 9,52$). Mais l'effet du paludisme intervient certainement dans cette différence.

Ganglions :

Nous avons retenu les adénopathies palpables susceptibles d'être ponctionnées, au minimum de la taille d'un petit pois.

108 malades (soit 34 p. 100) étaient porteurs d'adénopathies.

Le trypanosome a été mis en évidence 69 fois (soit dans 63,8 p. 100 des cas).

Les adénopathies varient avec l'âge :

- 49 p. 100 chez les moins de 15 ans ;
- 32 p. 100 chez les plus de 15 ans ;
- et encore 22 p. 100 chez les plus de 40 ans.

On observe donc une décroissance avec l'âge, alors que le maximum des adénopathies positives s'observe entre 30 et 39 ans.

En conséquence, une adénopathie après 30 ans paraît fortement suspecte de trypanosomiase, alors qu'elle est pratiquement aspécifique avant 15 ans.

Il n'existe pas de différence liée au sexe ni pour la répartition des porteurs ($\chi^2 = 0,78$), ni pour la positivité des ganglions ($\chi^2 = 0,46$).

Par contre, les adénopathies varient considérablement avec le foyer :

- dans le vieux foyer de Ngabé, 9,7 p. 100 des malades sont positifs à l'examen du suc ganglionnaire et 20 p. 100 sont porteurs de ganglions ;
- dans le foyer explosif de Loudima, 38 p. 100 des trypanosomés ont une ponction ganglionnaire positive et 52 p. 100 ont des ganglions.

La fréquence du parasite dans les ganglions apparaît donc fonction du degré d'endémicité des foyers, elle est élevée dans les foyers épidémiques et faible dans les foyers endémiques.

Prurit :

Il touche 33 p. 100 des personnes examinées.

Sa manifestation est indépendante du foyer, du sexe et de l'âge.

Il ne varie pas avec la cytologie du LCR ($\chi^2 = 2,69$) mais il est plus fréquent en deuxième période (57 p. 100 contre 29 p. 100 en P1 - $\chi^2 = 16,31$), où les parasites sont plus rares dans le sang.

Comme sa fréquence est identique chez les trypanosomés confirmés et les autres malades, on peut dire qu'il n'est pas lié à la présence périphérique du parasite, mais qu'il constitue plutôt un des reflets de l'atteinte neurologique de la deuxième période.

Crampes :

Elles ont été signalées par 57 malades (17 p. 100 du total). Leur présence varie avec l'âge : chez les moins de 30 ans, 9,8 p. 100 de sujets en sont atteints, tandis que chez les plus de 30 ans on arrive à 24,2 p. 100 ($\chi^2 = 11,832$).

La fréquence des crampes est indépendante de la période ($\chi^2 = 0,504$), du sexe ($\chi^2 = 2,021$), du foyer ($\chi^2 = 1,389$) et du résultat du diagnostic parasitologique.

Troubles du sommeil :

Bien qu'ils soient à l'origine du nom de la maladie, on ne les retrouve pas dans plus de 60 p. 100 des cas (insomnies = 14,4 p. 100 ; somnolence = 15,4 p. 100 et insomnie + somnolence = 6,2 p. 100).

Nous n'avons pas trouvé de différence entre les P1 et P2 ($\chi^2 = 0,96$), ni en fonction de la cytologie : cette anomalie doit être mise sur le compte de la prospection active qui ne permet de dépister que très rarement les sujets gravement atteints.

La répartition des troubles du sommeil est homogène dans les différentes tranches d'âge.

La fréquence de l'insomnie ne varie pas avec le sexe. Par contre, la somnolence et le couple insomnie + somnolence sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme (respectivement 20,7 p. 100 et 10 p. 100 contre 11,2 p. 100 et 3,3 p. 100 - $\chi^2 = 5,302$ et 5,778).

Les troubles du sommeil sont plus fréquents à Ngabé (insomnie = 17,9 p. 100 ; somnolence = 19,5 p. 100) qu'à Loudima (insomnie = 9,7 p. 100 ; somnolence = 9,7 p. 100 - $\chi^2 = 4,24$ et 5,787).

Cette différence est probablement liée au fait que Loudima est un foyer en expansion tandis que Ngabé est en fin de période épidémique : les malades de ce dernier foyer évolueraient depuis plus longtemps que ceux de Loudima.

Il est intéressant de constater à cet égard qu'à Ngabé il y a 9 p. 100 de malades à ganglions positifs pour 19,5 p. 100 de dormeurs, tandis qu'à Loudima, il y a 38 p. 100 de T+ pour 9,7 p. 100 de dormeurs seulement.

Paresthésies :

Elles sont ressenties par 15,4 p. 100 des malades.

Les paresthésies sont indépendantes du sexe ($\chi^2 = 2,81$) mais varient avec l'âge (9,7 p. 100 chez les moins de 40 ans et 27 p. 100 chez les plus de 40 ans - $\chi^2 = 15,986$).

Leur fréquence augmente en deuxième période (P1 = 13,7 p. 100 ; P2 = 25,4 p. 100 - $\chi^2 = 4,650$).

Elles sont d'origine centrale, comme le prurit et

sont plus fréquentes à Ngabé (19 p. 100) qu'à Loudima (10,4 p. 100) pour les mêmes raisons que les troubles du sommeil.

Troubles sexuels :

Les troubles sexuels sont représentés par l'impuissance chez l'homme et l'aménorrhée et les avortements précoces chez la femme.

Ces troubles sont inconnus avant 13 ans et difficiles à évaluer après 40 ans, surtout chez la femme.

Ces perturbations concernent 13,2 p. 100 des malades. Elles sont plus fréquentes en deuxième période (20,6 p. 100) qu'en première période (10,6 p. 100 - $\chi^2 = 4,114$).

Elles touchent davantage les hommes (16,8 p. 100) que les femmes (8,5 p. 100), mais on est gêné dans cette affirmation par la courte vie sexuelle de la femme.

De même, l'impuissance chez l'homme est plus fréquente après 40 ans (21 p. 100 des cas) que de 20 à 40 ans (12 p. 100 - $\chi^2 = 4,234$).

Les troubles sexuels ne dépendent pas du foyer d'origine ($\chi^2 = 1,227$), ni de la parasitologie ($\chi^2 = 0,210$).

Difficilement cernable, l'impuissance apparaît cependant comme un bon signe d'appel de la maladie.

Cédèmes :

Ils concernent surtout la bouffissure de la face (12,8 p. 100 des cas) : poches sous les yeux, visage arrondi, traits noyés.

Les œdèmes des jambes sont rarement observés (4,7 p. 100) et les associations sont encore plus rares (1,5 p. 100).

Les œdèmes de la face sont plus fréquents chez les moins de 20 ans (26 p. 100) que chez les plus de 20 ans (6 p. 100 - $\chi^2 = 26,59$).

Ce signe ne varie pas selon la période ($\chi^2 = 0,95$) ni selon le degré d'altération du LCR.

Il ne varie pas non plus selon le sexe ($\chi^2 = 0,21$) ni selon le foyer ($\chi^2 = 0,15$).

Splénomégalie :

Ce signe est présent chez 11 p. 100 des malades.

La splénomégalie est indépendante :

- du foyer d'origine ($\chi^2 = 1,04$);
- du sexe ($\chi^2 = 0,18$);
- de la période ($\chi^2 = 0,89$);
- de la cytologie du LCR ($\chi^2 = 0,87$);
- de la présence du parasite dans les ganglions ($\chi^2 = 1,47$).

Par contre, il existe une variation en fonction de l'âge :

- moins de dix ans : 28 p. 100 ($\chi^2 = 7,75$);
- de 10 à 39 ans : 9 p. 100;
- plus de 40 ans : 16 p. 100 ($\chi^2 = 9,28$).

Avant 10 ans, la splénomégalie est plus probablement liée au paludisme qu'à la trypanosomiase; l'augmentation après 40 ans reste difficile à expliquer, mais pourrait correspondre à un trouble de la circulation portale.

Hépatomégalie :

Sa fréquence est voisine de celle de la splénomégalie (10,3 p. 100 des malades).

Elle varie également en fonction de l'âge :

- moins de 10 ans : 13 p. 100;
- de 10 à 39 ans : 5 p. 100;
- plus de 40 ans : 20 p. 100 ($\chi^2 = 16,27$).

Le pourcentage des foies hypertrophiés double en deuxième période ($\chi^2 = 5,86$); ce signe est donc lié à l'aggravation de l'affection.

Il est indépendant de l'atteinte du LCR ($\chi^2 = 0,33$) et du foyer d'origine ($\chi^2 = 2,12$).

L'alcoolisme est certainement responsable de l'augmentation importante de l'hépatomégalie après 40 ans.

Anorexie :

Vingt malades s'en plaignent (soit 6,2 p. 100), mais nous n'avons pas observé de retentissement sur leur état général (pas d'amaigrissement spectaculaire).

L'anorexie est indépendante du sexe, de la période et du résultat de la parasitologie.

Par contre, elle est plus fréquente à Ngabé (8,6 p. 100) qu'à Loudima (2,9 p. 100 - $\chi^2 = 4,290$).

Les plus de 40 ans perdent plus volontiers leur appétit (14 p. 100) que les plus jeunes (2,8 p. 100 - $\chi^2 = 14,618$), mais c'est peut-être dû à la sénilité en association possible avec l'alcoolisme.

Hébétude :

L'hébétude ou indifférence du malade a été notée 15 fois (4,7 p. 100 des cas).

Nous n'avons trouvé aucune relation entre la fréquence de ce signe et l'origine, l'état, l'âge ou le sexe des malades.

Réflexes cheiro-oraux :

Ces signes nerveux sont recherchés systématiquement comme reflet d'une altération centrale, mais ils sont rares (3,7 p. 100 des cas).

La petitesse de cet échantillon fait que nous n'avons pas trouvé de variations significatives.

Tremblements :

Nous avons été frappés par leur rareté (1,8 p. 100 des cas), soit :

- 1 malade en première période,
- 4 malades en deuxième période
- et 1 à période indéterminée.

Excitation :

Constitue un signe encore plus rare que le précédent : 5 malades en tout (soit 1,6 p. 100).

Les 5 cas proviennent de Ngabé (2 hommes et 3 femmes) :

- 3 sont en première période ;
- 1 en deuxième période ;
- 1 en période indéterminée.

Aucune étude mathématique n'a été possible ni sur les tremblements, ni sur l'excitation.

Altération de l'état général :

L'état général des malades n'est médiocre que dans 10 cas seulement (3,1 p. 100) et très mauvais chez 2 autres (0,6 p. 100).

Plus de la moitié de ces malades sont âgés de plus de 40 ans.

Les 2 malades en mauvais état sont en deuxième période.

Sur les 10 malades présentant un état médiocre, 4 sont en première période et 6 en deuxième période.

IV. - COMMENTAIRES

1) Généralités :

Nous n'avons considéré dans cette étude que les signes observables sur le terrain, sans équipement médical spécialisé, d'ailleurs inutilisable dans les projections de masse.

D'une façon générale, on peut être frappé par la pauvreté de la symptomatologie : ceci constitue toutefois la règle dans ce type de dépistage où la plupart des malades ne sont pas conscients de leur état.

La symptomatologie varie en fonction du degré d'endémicité du foyer : dans le foyer épidémique de Loudima, les signes sont rares et le pourcentage des ganglions positifs important. Tandis que dans le foyer de Ngabé, en récession, les ganglions positifs sont rares, et les signes cliniques plus marqués.

Cette différence est liée à l'évolution exceptionnellement longue de cette affection : les malades de Ngabé sont contaminés depuis plus longtemps que ceux de Loudima.

C'est pour la même raison que le degré de tolérance est beaucoup plus élevé à Ngabé où on peut trouver des malades T+ avec une clinique pratiquement inexistante (GINOUX et FREZIL, 1980).

Autre constatation importante, la clinique ne paraît pas toujours directement liée à la phase de la maladie : il semble y avoir un décalage entre l'évolution clinique et l'évolution biologique ; on note des malades en deuxième période moins atteints que d'autres en première période.

Toutefois, certains signes sont ordinairement fréquents ou apparaissent en deuxième période. Ce sont la splénomégalie, les troubles sexuels, les paresthésies, le prurit et la dégradation de l'état général.

Par contre, la découverte du trypanosome dans les ganglions y est plus rare.

Il semble que la vitesse du passage en deuxième période dépende de facteurs individuels et non de la durée de la maladie ou de l'âge, à la différence des altérations cliniques.

Certains signes étudiés ne sont pas forcément liés à la trypanosomiase mais à des affections diverses (paludisme, filaires, teignes, etc.). Ce sont les céphalées (49 p. 100), fièvres (40 p. 100), prurit (33 p. 100), adénopathies (34 p. 100) et splénomégalies (11 p. 100).

Outre, bien sûr, la positivité des ganglions (21 p. 100), les signes évocateurs sont surtout constitués par les troubles du sommeil (15 p. 100), les crampes ou paresthésies (17 et 15 p. 100), les troubles sexuels (13 p. 100), et l'œdème de la face (12 p. 100) — mais surtout chez les jeunes.

L'étude du foie et de la rate n'apporte rien d'intéressant.

Les autres signes qui se retrouvent dans moins de 10 p. 100 des cas ne sont pas non plus très rentables.

2) Etude des facteurs influant sur la fréquence des signes :

Liés au sexe :

La symptomatologie générale de la femme est plus riche que celle de l'homme.

Cette différence est peut-être liée au fait qu'elle est beaucoup plus active que son compagnon : d'une part elle est plus rapidement gênée dans ses occupations et d'autre part elle représente un terrain fatigué plus favorable au développement de l'affection.

Les céphalées et la fièvre ne sont peut-être pas

plus fréquentes mais sont mieux notées chez la femme, parce que plus empêchantes.

La somnolence est deux fois plus fréquente que chez l'homme et le couple insomnie + somnolence trois fois plus.

Une enquête sur la fécondité est actuellement en cours pour apprécier le retentissement exact de la maladie sur la démographie.

Liés à la présence du trypanosome dans le système lymphatique :

Aucun signe ne semble dû à l'action directe du parasite et le prurit, en particulier, semble plutôt être un trouble nerveux d'origine centrale au même titre que les paresthésies.

Liés à l'âge :

— chez les moins de 10 ans, la fièvre est très fréquente, mais c'est certainement dû à leurs réactions exacerbées aux différentes agressions ;

— le foie et la rate sont fréquemment hypertrophiés, probablement à cause du paludisme ;

— chez les moins de 20 ans, les œdèmes de la face sont très fréquents et constituent pratiquement un signe pathognomonique ;

— après 30 ans, les crampes se manifestent très souvent et la ponction ganglionnaire est très rentable, car on n'observe pratiquement plus d'affections du cuir chevelu, également génératrices d'adénopathies ;

— après 40 ans, l'état général se dégrade rapidement. Anorexie et hépatomégalie sont fréquentes, mais peut-être liées à l'éthylisme. La splénomégalie et les paresthésies augmentent notablement. L'impuissance est fréquente mais peut-être tout simplement imputée au vieillissement.

3) Comparaison avec le dépistage en poste fixe :

Nous avons examiné 676 fiches de malades traités au Secteur des grandes endémies de Brazzaville.

Bon nombre de ces malades étaient envoyés par les différentes formations sanitaires pour suspicion clinique.

Comme différents médecins, voire des infirmiers seuls, ont établi ces fiches, il ne nous semble pas très judicieux d'exploiter à fond ces résultats d'origine trop variée.

Toutefois, nous pouvons globalement comparer les résultats obtenus pour les principaux signes sur le terrain et en poste fixe.

Dans l'ensemble, la symptomatologie est nettement

Signes	Fréquence terrain (%)	Fréquence poste fixe (%)
Céphalées	50	72
Fièvre	40	60
Prurit	33	58
Troubles du sommeil	26	57
Troubles sexuels	13	25
Crampes	17	24
Œdèmes de la face	13	15
Paresthésies	15	7
Anorexie	6	8

plus riche en poste fixe que sur le terrain, et c'est normal, car elle concerne des personnes qui viennent en consultation parce qu'elles se sentent malades.

4) Comparaison avec les données de la littérature :

Nos observations ont été comparées avec celles qui ont été faites en Afrique de l'ouest et au Cameroun (APTED, 1970 ; BERTRAND et coll., 1973 ; LE BRAS, 1976 ; DEBROISE et coll., 1968 ; DUTERTRE, 1968 ; EDAN, 1979 ; OCCGE, 1974 ; SICE, 1937).

Les signes majeurs (céphalées, fièvre, prurit, troubles du sommeil) se retrouvent peu ou prou dans les mêmes proportions.

Les éléments que nous avons retrouvés au Congo, et qui nous semblent les plus intéressants sont :

— la précocité des signes nerveux qui souvent se manifestent chez des malades à LCR non encore perturbés. Déjà, en 1937, SICE notait : « Les troubles nerveux, sensitifs, sensoriels et moteurs se manifestent aux premières semaines de l'infection humaine ». Et DUTERTRE (1968) affirmait : « Le système nerveux est atteint dès le début et c'est une des raisons qui font que les périodes ont peu de signification » ;

— le manque de corrélation entre la sévérité apparente de l'affection et le degré de perturbation du LCR : « BERTRAND, au Togo, rapporte une proportion de 34 p. 100 de trypanosomés sans aucun symptôme clinique, chez qui le LCR était altéré plus ou moins » (*in* SICE, 1937) ;

— l'importance de l'adénopathie qui selon DUTERTRE (1968) est un bon signe presque constant en Afrique occidentale, beaucoup moins en Afrique centrale.

Cet auteur remarquait déjà que le pourcentage des adénopathies chez les malades variait beaucoup selon les foyers et donc, vraisemblablement, selon les souches de trypanosomes.

En fait, il semblerait plutôt que la fréquence de ce signe varie selon la cinétique de l'endémie et le degré d'immunité des populations (APTED, 1970).

V. - CONCLUSION

La maladie du sommeil peut être accompagnée de signes variés, mais malheureusement non spécifiques pour la plupart.

Ces signes ont été étudiés chez des malades déjà dépistés par la sérologie ou la parasitologie : il est effet quasiment impossible de poser un diagnostic de trypanosomiase sur les seuls critères cliniques ; tout au plus peut-on trouver un ou plusieurs signes d'appel.

Seuls, les troubles du sommeil, les ganglions chez les sujets de plus de 30 ans et les œdèmes de la face chez les sujets de moins de 20 ans constituent des signes intéressants, mais ne concernent qu'une proportion trop modeste de malades.

La similitude de la symptomatologie chez les malades confirmés parasitologiquement et les positifs

IFI confirment une fois de plus la grande valeur de ce test dans le dépistage de masse.

RÉSUMÉ

Les signes cliniques de la maladie du sommeil sont étudiés sur 317 malades dépistés activement sur le terrain par la ponction ganglionnaire et l'immunofluorescence indirecte, dans deux foyers de la République populaire du Congo.

L'existence et la fréquence des signes sont évaluées en fonction de l'âge, du sexe, de la période, du degré d'altération du LCR, du résultat de la parasitologie et de l'origine géographique du foyer.

Les résultats obtenus sur le terrain sont ensuite comparés à ceux d'une formation sanitaire fixe.

(Travail du service de l'épidémiologie et des grandes endémies de la République populaire du Congo et du Laboratoire d'entomologie médicale et parasitologie du Centre ORSTOM de Brazzaville.)

BIBLIOGRAPHIE

- 1 — APTED F.I.C. — Clinical manifestations and diagnosis of spleening sickness. The african trypanosomiasis — Mulligan Ed. Allen and Unwin Ltd, 1970, 661-683.
- 2 — BERTRAND E., SERIE F., KONE I., RIVE J., COMPAORE L., SENTILHES L. et PHILIPPE J. — Symptomatologie générale de la trypanosomiase humaine africaine au moment du dépistage — *Méd. Afr. noire*, 1973, 20, 4, 303-314.
- 3 — DEBROISE A., DEBROISE-BALLEREAU C., SATGE P. et REY M. — La trypanosomiase africaine du jeune enfant — *Arch. Franç. Péd.*, 1968, 25, 703-720.
- 4 — DUTERTRE J. — La trypanosomiase humaine africaine — *Méd. Afr. noire*, 1968, 4, 147-177.
- 5 — EDAN G. — Signes cliniques et biologiques des trypanosomiasis à *Trypanosoma gambiense* vues au stade d'atteinte méningo-encéphalitique — *Méd. trop.*, 1979, 39, 5, 499-507.
- 6 — FREZIL J.-L., COULM J. et ALARY J.-C. — L'immunofluorescence indirecte et la stratégie de lutte contre la trypanosomiase humaine en Afrique centrale — *Méd. trop.*, 1977, 37, 3, 285-289.
- 7 — FREZIL J.-L., COULM J., ALARY J.-C. et MALONGA J.-R. — La trypanosomiase humaine au moment du dépistage en République Populaire du Congo. I. Distribution des cas et parasitologie — *Cab. ORSTOM Sér. Ent. méd. Parasitol.*, 1979, 16, 4, 299-307.
- 8 — FREZIL J.-L., EOUZAN J.-P., ALARY J.-C., MALONGA J.-R. et GINOUX P.-Y. — Epidémiologie de la trypanosomiase humaine en République populaire du Congo. II. Le foyer du Niari — *Rapp. final. 13^e Conf. Techn. OCEAC, Yaoundé*, 1980, 117-146. (sous presse in Cah. ORSTOM).
- 9 — FREZIL J.-L., EOUZAN J.-P., COULM J., MOLOUBA R. et MALONGA J.-R. — Epidémiologie de la trypanosomiase humaine en République Populaire du Congo. I. Le foyer du Couloir — *Cab. ORSTOM Sér. Ent. méd. Parasitol.*, 1979, 17, 3, 165-179.
- 10 — GINOUX P.-Y. et FREZIL J.-L. — Recherches sur la latence clinique et trypanotolérance humaine dans le foyer du "Couloir" du fleuve Congo — *Cab. ORSTOM Sér. Ent. méd. Parasitol.*, 1981, 19, 1 (sous presse).
- 11 — LE BRAS J. — Symptomatologie générale de la trypanosomiase humaine africaine de l'enfant. A propos de 93 cas — *Rapp. final 11^e Conf. Techn. OCEAC, Yaoundé*, 1976, 236-253.
- 12 — OCCGE — La trypanosomiase humaine africaine — *Rapp. final 14^e Conf. Techn. Doc. annexes*, 1974.
- 13 — SICE A. — La trypanosomiase humaine en Afrique intertropicale — Vigot Frères Ed., 1937.