

SERVICE D'ENTOMOLOGIE MEDICALE  
ET PARASITOLOGIE

CENTRE ORSTOM DE BRAZZAVILLE

B.P. 181

REPUELIQUE POPULAIRE DU CONGO

EMF/JLF/168/75 du 15/3/75

SERVICE DE L'EPIDEMIOLOGIE  
ET DES GRANDES ENDEMIES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

EVOLUTION ET SITUATION ACTUELLE DE LA MALADIE DU SOMMEIL  
DANS LES FOYERS HISTORIQUES DE LA REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO

par

J.L. FREZIL (x), J. COULM (xx) et R. MOLOUEA (xxx)

-----

(x) - *Chargé de Recherches de l'ORSTOM*

(xx) - *Médecin en Chef du Service de Santé des Armées  
Médecin-Chef de la Division Technique du Service  
de l'Epidémiologie et des Grandes Endémies*

(xxx) - *Chef du Service de l'Epidémiologie et des Grandes Endémies*

13 MAI 1975  
O. R. S. T. O. M.  
Collection de Références  
n° 7534 Eul. Rad.

## I- INTRODUCTION

Depuis quelques années, la Maladie du Sommeil montre une recrudescence généralisée dans la plupart des pays d'Afrique centrale. Il nous a semblé intéressant de dresser un bilan de la situation en République Populaire du Congo.

## II- METHODES DE TRAVAIL

Dans cette étude nous faisons un historique de l'évolution des foyers décrits par MAILLOT (1962) depuis le début du siècle à nos jours. La localisation et le nombre de nouveaux trypanosomés par années ont été fournis par les archives du Service de l'Epidémiologie et des Grandes Endémies.

## III- LES FOYERS DE MALADIE DU SOMMEIL

Il existe en République Populaire du Congo 6 foyers de Trypanosomiase humaine, que nous allons étudier successivement.

### III-1- FOYER DU CONGO ATLANTIQUE (VIII)

Ce foyer s'étendait sur une large zone, entre la côte et Brazzaville, autour de l'ancienne route des caravanes, qui a été ensuite doublée par le chemin de fer Congo Océan. Il a été le siège d'une épidémie importante entre 1898 et 1908.

Depuis cette époque, la répartition de la maladie a pu faire distinguer 3 zones :

a) la zone Ouest, du Mayombe à la côte.

L'épidémie y est en complète régression dès 1924, après une large atoxyllisation préventive. En 1956 on compte seulement 8 trypanosomés pour toute la région du Kouilou.

De 1963 à 1966, cette région ne fournit qu'un seul trypanosomé par an. Depuis 1967 plus aucun cas n'est signalé, il semble que la maladie ait disparu de cette zone.

b) la zone centrale.

Comprend les régions de Loudima, Jacob, Dolisie, Kimongo, Madingou, L'endémie est toujours tenace jusqu'en 1942 où existent des foyers importants à Sibiti, Dolisie, Madingou, Boko-Songho et Kimongo.

En 1956, après de multiples campagnes de lomidinisation, la maladie est nettement en régression, à l'exception d'un petit foyer dans la région de Madingou.

En 1964, on note une poussée épidémique (32 cas) dans la région de la Bouenza. Enfin, en 1968 se produit une explosion épidémique à Loudima-Jacob (110 nouveaux trypanosomés) et en 1971 à Kinzaba (71 nouveaux trypanosomés).

Actuellement, on peut considérer que toute la région centrale constitue un foyer épidémique (voir tableau).

En effet, dans cette seule zone "b", 363 nouveaux trypanosomés ont été dépistés durant la période 1968-1974.

c) la zone Est.

Comprend les régions de Mouyondzi, Mindouli, Kinkala, Boko, Linzolo et Brazzaville.

Vers 1908 l'endémie y est très forte et en 1920 l'indice est encore de 5 % à Mouyondzi.

En 1953, l'endémicité est nettement amoindrie après les campagnes de lomidinisation. En 1956, l'endémie est très faible dans la zone considérée sauf à Mindouli, où persiste un petit foyer.

Cinq trypanosomés sont encore dépistés de 1968 à 1970 à Mindouli ; aucun cas n'est rapporté par la suite.

De 1968 à 1974 on observe des cas sporadiques à Kinkala, Boko et Kindamba, provenant sans doute de contaminations extérieures.

L'agglomération brazzavilloise compte 67 nouveaux cas pendant la même période. Dans leur grande majorité, ces infections ont été contractées en brousse. Cependant un trypanosomé a été dépisté récemment au village des pêcheurs et un autre à l'île Mbamou. Il semble que dans ces deux derniers cas, la contamination ait eu lieu sur place. De plus, le nombre important de trypanosomés qui se promènent en ville, souvent longtemps avant d'être dépistés, et la présence de glossines dans toute la Réserve Forestière font peser sur la ville une menace d'épidémie catastrophique.

LOCALITES	NOUVEAUX TRYPANOSOMES							
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Total
<u>ZONE C</u>								
BRAZZAVILLE	2	2	4	15	18	8	22	67
KINKALA	0	0	0	1	1	0	0	2
B O K O	0	0	0	0	1	0	0	1
KINDAMBA	0	0	0	0	0	0	1	1
MINDOULI	1	2	2	0	0	0	0	5
TOTAL C								76
<u>ZONE B</u>								
MFOUATI-KINZABA	0	0	0	71	7	11	5	94
MADINGOU	0	1	0	14	1	0	1	17
LOUDIMA-JACOB	110	26	13	39	16	5	20	229
DOLISIE-KIMONGO	1	1	1	4	2	3	9	19
MOSSENDJO	1	0	0	0	0	0	0	1
S I B I T I	1	1	0	0	0	0	1	3
TOTAL B								363
TOTAL B + C	116	33	20	144	46	27	59	439

### III-2- FOYER DU COULOIR (IX)

Ce foyer s'étend, sur le fleuve Congo, de Brazzaville jusqu'à MPOUYA. Il est connu depuis 1887 et a été particulièrement meurtrier au début de ce siècle. L'endémie y reste très forte jusqu'en 1946. Onze campagnes de lomidinisation, entre 1948 et 1954 font tomber l'indice de contamination nouvelle à zéro. Cependant, entre 1955 et 1958, on note la réapparition de quelques cas isolés.

De 1968 à 1974, l'endémie reste toujours à un taux assez faible, avec quelques cas dans la région de MPOUYA. Récemment quelques malades ont été dépistés dans la région de N'GABE.

LOCALITES	NOUVEAUX TRYPANOSOMES							
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Total
M P O U Y A	0	1	3	1	0	0	0	5
TOTAL	0	1	3	1	0	0	0	5

### III-3- FOYER DE LA NKENI (X) ET Foyer DE L'ALIMA (XI)

Ces deux foyers doivent être traités ensemble car ils présentent des interférences.

- Dans le passé, selon MAILLOT, la zone qui correspond au bassin de la NKENI, ne constituait pas un véritable foyer ; c'était en fait une zone d'endémicité variable.

En 1908 la maladie est très répandue dans la haute NKENI et très rare à son embouchure. Au contraire, vers 1947 l'endémicité est faible vers l'intérieur et plus marquée au confluent avec le Congo.

- Le foyer de l'ALIMA s'étend, de part et d'autre de cette rivière, jusque dans la région de Lékana. En 1900, la maladie du sommeil est très répandue dans le cours inférieur et moyen. Dès 1924, elle est en nette régression dans ces deux zones.

Dans les années 1947, l'endémie est accentuée entre LEKETI et OYO. Une nette amélioration est constatée après 2 campagnes de lomidinisation.

En 1949 est découvert un foyer nettement circonscrit, c'est le foyer de DJAMBALA - LEKANA, entre la rivière Leketi et la MPAMA. Après 4 campagnes de lomidinisation, l'indice de virus en circulation tombe à zéro.

En 1953, l'amélioration est persistante et en arrête les campagnes de lomidinisation dans le district de DJAMBALA.

De 1963 à 1967, l'endémie reste assez forte dans l'ensemble des foyers de la NKENI et de l'ALIMA. En effet, on enregistre 51 nouveaux trypanosomés, pour cette période, dans la région des Plateaux,

De 1968 à 1974, 55 nouveaux cas sont dépistés dans cette zone. La maladie semble avoir disparu de la haute ALIMA et reste faiblement endémique dans la région moyenne de BOUNDJI et ABALA.

Le foyer de DJAMBALA semble s'être remis en activité puisqu'on enregistre 11 cas pour ces quatre dernières années.

Actuellement, la région située entre les confluent de la NKENI et de l'ALIMA avec le Congo constitue un foyer fortement endémique avec des épidémies localisées (la plupart des 27 trypanosomés enregistrés à GAMBOMA en 1974 proviennent des environs de MAKOTIMPOKO).

LOCALITES	NOUVEAUX TRYPANOSOMES							
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Total
GAMBOMA	6	1	0	3	0	1	27	38
DJAMBALA	0	0	0	8	2	0	1	11
TOTAL	6	1	0	11	2	1	28	49
BOUNDJI	0	1	1	0	0	0	0	2
ABALA	1	1	1	0	0	0	1	4
TOTAL	1	2	2	0	0	0	1	6

#### III-4- FOYER DE LA LIKOUALA (XII)

Ce foyer s'étale largement autour de la LIKOUALA. Il englobe les agglomérations de MOSSAKA, MAKOUA, FORT-ROUSSET, KELLE, EWO et MBOMO.

Au début de ce siècle, l'endémicité était plus marquée dans le cours inférieur du fleuve et au confluent avec le Congo, à MOSSAKA.

En 1924, un foyer épidémique se manifeste dans la Haute LIKOUALA : MAILLOT pense que ce foyer est peut être relié au foyer du Haut OGOUE.

L'endémicité est très marquée dans le bas du fleuve jusqu'en 1949. En 1956, après les campagnes de lomidinisation, la situation s'améliore nettement.

Entre 1963 et 1967, 48 nouveaux trypanosomés sont recensés dans l'ensemble du foyer.

De 1968 à 1974, comme le montre le tableau, l'endémie reste forte ou moyenne dans toute la région de la Cuvette. Tous les anciens foyers sont persistants et on peut noter une poussée épidémique dans la région de MBOMO, qui doit correspondre au foyer de la Haute LIKOUALA signalé par MAILLOT.

LOCALITES	NOUVEAUX TRYPANOSOMES							
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Total
MOSSAKA	6	8	0	0	0	0	0	14
MAKOUA	1	1	4	3	1	3	1	14
FORT-ROUSSET	0	1	0	3	0	2	0	6
ETOUMBI-KELLE	0	3	2	1	0	0	0	6
MBOMO	0	3	4	4	0	7	0	18
E W O	1	1	1	0	0	1	0	4
TOTAL	8	17	11	11	1	13	1	62

III-5- FOYER DE LA HAUTE SANGHA (XIII)

Ce foyer est situé en fait au Cameroun et présente une petite digitation dans la région de OUESSO.

Actuellement, l'endémicité est très faible dans la partie congolaise du foyer puisqu'on enregistre seulement deux trypanosomés à OUESSO depuis les sept dernières années. Un cas récent de trypanosomiase vient d'être dépisté à BRAZZAVILLE et le lieu de contamination vraisemblable serait PIKOUNDA.

LOCALITES	NOUVEAUX TRYPANOSOMES							
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Total
O U E S S O	1	0	0	0	0	1	0	2
TOTAL	1	0	0	0	0	1	0	2

III-6- FOYER DE LA LIKOUALA AUX HERBES ET BASSE SANGHA (XIV)

Ce foyer s'étale largement autour de ces deux rivières et leurs affluents. Les villes les plus importantes sont EPENA et IMPFONDO. Toute cette région est recouverte de forêts plus ou moins marécageuses.

L'endémie a été la plus forte, autour de 1900, dans la partie Sud, au confluent de la LIKOUALA et de la SANGHA.

A partir de 1913, une endémicité forte s'installe le long du fleuve, entre IMPFONDO et BETOU.

De 1949 à 1953, les campagnes de lomidinisation amènent une extinction générale de l'endémie dans l'ensemble du foyer.

En 1953, on signale seulement deux petits foyers persistants à IMPFONDO et à DONGOU.

En 1956, l'endémie est considérée comme très basse dans toute la région.

De 1963 à 1967 seulement 6 cas sont rapportés pour toute la région de la LIKOUALA.

LOCALITES	NOUVEAUX TRYPANOSOMES							Total
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	
IMPFONDO	1	0	1	0	0	0	0	2
TOTAL	1	0	1	0	0	0	0	2

III-7- FOYER DU HAUT OGOUE (VI)

De 1907 à 1924, c'est un des foyers les plus importants de l'Afrique centrale. Il est situé autour de FRANCEVILLE, mais s'étend jusque dans la région de ZANAGA au Sud et rejoint le foyer de la HAUTE LIKOUALA à l'Est.

L'endémie reste forte jusqu'en 1930. En 1950, l'endémie a diminué de façon sensible, mais un petit foyer apparaît à ZANAGA en 1953. En 1956, après une lomidinisation, on constate une amélioration dans cette dernière localité.



De 1968 à 1974, l'endémie est tombée à un taux extrêmement bas, puisqu'on ne recense, pour cette période, qu'un seul trypanosomé à ZANAGA et un autre à MAYOKO.

LOCALITES	NOUVEAUX TRYPANOSOMES							Total
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	
M A Y O K O	0	0	0	0	0	0	1	1
Z A N A G A	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	0	0	0	0	1	0	1	2

III-8- TABLEAU RECAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES NOUVEAUX TRYPANOSOMES

1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	Total
33	63	24	40	28	133	54	37	167	50	42	90	567

IV- D I S C U S S I O N

A la lecture des tableaux on pourrait estimer que si la trypanosomiase humaine existe en République Populaire du Congo, son incidence n'est pas, somme toute, très alarmante.

En fait nous avons utilisé ces chiffres pour donner une idée de la répartition de la maladie, mais en ce qui concerne le nombre de cas, il est largement en dessous de la réalité.

Par exemple, à KINZABA, en 1971, 4 malades ont été dépistés par hasard au cours d'une prospection vaccination.

L'enquête systématique, conduite aussitôt après, a fait découvrir, avec l'aide des Igm, 63 malades parasitologiquement confirmés (REY et FREZIL, 1973), plus une vingtaine de suspects mis en traitement.

Or, si l'on se rapporte au tableau, on peut constater que les 3 années auparavant, aucun cas n'avait été signalé dans cette région.

Autre exemple, en 1974, notre action dans la région de MAKOTIMPOKO a été motivée par la présentation spontanée, au Service de l'Epidémiologie et des Grandes Endémies, de 2 malades provenant de cet endroit. La prospection qui s'ensuivit nous a fait découvrir 22 malades, dont 20 parasitologiquement confirmés.

Pour avoir une idée exacte de l'importance réelle de la maladie, il faudrait donc multiplier les chiffres des tableaux par 10 ou par 20.

L'écart énorme entre le nombre de trypanosomés réels et le nombre de ceux qui viennent se faire soigner spontanément est imputable à 3 raisons :

- D'une part, une bonne partie d'entre eux, les malades asymptomatiques dépistables seulement par l'immunologie, ne ressentent aucun trouble et n'ont de ce fait, aucune raison de se faire soigner.

- D'autre part, il existe un certain fatalisme des populations rurales devant la maladie et en particulier devant la trypanosomiase qui se traduit par une déchéance lente et progressive de l'individu. En effet, nous avons souvent observé, sur le terrain, des malades se laissant mourir dans leur lit, attribuant leur maladie à toute autre raison que le trypanosome.

- Enfin, les infirmiers des dispensaires de brousse ont souvent une formation insuffisante sur la maladie du sommeil, principalement sur le diagnostic parasitologique.

Il ressort de notre travail que la plupart des foyers historiques de trypanosomiase sont encore en activité en République Populaire du Congo.

Leur régression apparente n'est souvent qu'une façade et de véritables explosions épidémiques peuvent se manifester à tout moment, comme à LOUDIMA en 1968, à KINZABA en 1971 et à MAKOTIMPOKO en 1974.

Actuellement, les foyers les plus préoccupants sont :

- La partie moyenne du foyer du Congo Atlantique de LOUTETE à DOLISIE. Densément peuplée, cette zone agricole et industrielle, par les mouvements incessants des populations, présente des chances certaines d'explosion épidémique catastrophique. Nous venons d'enregistrer un cas de contamination certaine au village de COMBA ce qui fait progresser ce foyer de trypanosomiase de plus de 100 kilomètres à l'Est et en direction de la Capitale.

Le Congo de BRAZZAVILLE à MOSSAKA : l'apparition de foyers ponctuels le long du fleuve peut faire craindre une dissémination importante de la maladie. En effet, la population atteinte est exclusivement composée de pêcheurs en déplacement permanent.

- La région de MBOMO - ETOUMBI, d'après les résultats de notre dernière enquête, pourrait être en train de se dépeupler à cause de la maladie du sommeil.

En conclusion, nous pouvons affirmer que la maladie du sommeil est actuellement en période d'expansion en République Populaire du Congo, comme d'ailleurs dans la plupart des pays d'Afrique centrale. Les anciens foyers historiques, où l'on pensait que la maladie était contrôlée, se rallument l'un après l'autre.

Les services de santé doivent redoubler de vigilance et accélérer la formation d'infirmiers spécialisés. Une action d'envergure doit être envisagée dans tout le pays pour enrayer cette nouvelle épidémie.

