

XVII^e Conférence Technique de l'OCCGE
BOBO-DIOULASSO, du 11 au 15 Avril 1977.

N° 6.196/77/Doc.Tech.

LE "FOYER" DE TRYPANOSOMIASE HUMAINE DE OUAHIGOUYA
(REPUBLIQUE DE HAUTE-VOLTA)

par

C. LAVEISSIERE °

° Entomologiste médical de la Mission ORSTOM auprès de l'OCCGE.

14 MARS 1978
O. R. S. T. O. M.
Collection de Référence
n° 39060 Ent. Red.

I- INTRODUCTION.

Depuis de nombreuses années des trypanosomés étaient régulièrement dépistés à OUAHIGOUYA dans le nord de la HAUTE-VOLTA. Ces malades revenaient tous de Côte d'Ivoire. Ils y avaient travaillé plus ou moins longtemps dans l'un des foyers résiduels du secteur préforestier comme DALOA ou DAOUKRO.

A partir de 1970, le nombre de malades augmente et commencent à apparaître des cas très particuliers: certains sommeilleux n'ont jamais quitté la préfecture de OUAHIGOUYA ou bien leur retour de Côte d'Ivoire remonté à plusieurs années.

II- ENQUETE ENTOMOLOGIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE.

En 1973 nous avons été appelé dans le secteur de Ouahigouya pour y effectuer une enquête entomologique et épidémiologique.

La prospection entomologique n'a pas permis de révéler la présence de glossines dans cette région qui, d'ailleurs, est située bien au nord de leur zone de répartition.

Par contre l'enquête épidémiologique a mis en évidence certains faits intéressants :

- les malades ont pu être classés en quatre groupes:

A-malades revenant de Côte d'Ivoire

B-malades n'ayant pu fournir de renseignements précis sur leurs déplacements éventuels.

C-malades revenus depuis au moins 2 ans avant leur dépistage.

D-malades n'ayant jamais voyagé.

- La dispersion géographique des lieux de résidence des malades est très importante. Il n'y a jamais deux malades dans le même village, il n'est donc pas possible de localiser un véritable foyer. Les prospections cliniques et sérologiques effectuées dans les préfectures de Ouahigouya et de Séguenega par les équipes du Secteur sont toujours restées négatives. Signalons que parmi les malades n'ayant jamais voyagé certains résident à DJIBO, dans la zone sahélienne.

- La quasi totalité des malades a été dépistée au Lazaret de Ouahigouya. Ils s'y présentaient et y résidaient un certain temps soit pour recevoir soit pour poursuivre un traitement antituberculeux et subir les contrôles.

- Sur 76 malades découverts entre 70 et 75, 33 sont tuberculeux soit 43,4%. (En 1976, 7 suspects ont été découverts parmi les résidents au Lazaret, tous tuberculeux).

- parmi ceux qui revenaient de Côte d'Ivoire on comptait 7 tuberculeux sur 31 soit près de 23%.

- parmi les deux autres groupes il y avait 21 tuberculeux sur 29 soit 72%. La différence entre ces deux pourcentages est très significative.

- En 1971, un trypanosomé fut hospitalisé au Lazaret dans la même chambre que deux tuberculeux qui furent trouvés trypanosomés ensuite.

- Depuis 1970 aucun trypanosomé n'a été découvert parmi les lépreux qui sont hébergés au Lazaret à proximité des pavillons réservés aux tuberculeux.

- Signalons enfin que pour les personnes ayant effectué un séjour à l'étranger et revenus depuis un certain temps la durée moyenne entre le retour et le dépistage de la trypanosomiase est de 41 mois (cette durée varie de 32 mois à 5 ans).

- Dernier détail : il y a 71% d'hommes parmi les malades revenant de Côte d'Ivoire. Par contre la sex-ratio est voisine de 1 parmi ceux qui n'ont jamais voyagé. Chez ces derniers 79% des hommes et 60% des femmes sont tuberculeux (différence non significative).

III- RECHERCHE DES LIEUX DE CONTAMINATION.

Ouahigouya est donc un foyer de type très spécial un foyer de trypanosomiase humaine sans glossines. Il nous a donc fallu expliquer la transmission en l'absence du vecteur principal et rechercher les lieux de contamination

Il ne fait aucun doute que les personnes revenant de Côte d'Ivoire se sont contaminées sur leur lieu de travail, dans les plantations autour de Daloa ou de Daoukro. Il faut toutefois remarquer que bon nombre d'entre elles revenaient à Ouahigouya pour faire traiter une tuberculose et que la trypanosomiase n'est détectée qu'après leur entrée au Lazaret.

Le problème des lieux de contamination se pose surtout pour les malades revenus depuis longtemps et pour ceux qui n'ont jamais quitté la préfecture.

- Pour les premiers si la contamination a eu lieu à l'étranger il faut admettre que la durée d'incubation dépasse régulièrement 3 ou 4 ans. D'après MULLIGAN la durée de la période infection-mort peut aller de 1 à 3 ans et des durées supérieures ne sont pas rares. Or à Ouahigouya, 3 ans représentent une durée minimum pour tous les malades qui sont loin de l'issue fatale.

En constatant que le dépistage de la tuberculose précède toujours celui de la trypanosomiase nous avons pensé que ces personnes auraient pu contracter la maladie du sommeil durant leur séjour à l'étranger sans en présenter les symptômes. Le traitement antituberculeux ou la tuberculose elle-même

en affaiblissant l'organisme auraient fait ressortir les trypanosomes. Mais dans ce groupe de malades il ne faut pas oublier les 38,5% (5 malades sur 13) qui ne sont pas tuberculeux. Etaient-ils porteurs de trypanosomes à leur retour de Côte d'Ivoire et dans ce cas ils étaient porteurs sains ou bien ont-ils été contaminés à Ouahigouya. Dans la première hypothèse la réapparition du trypanosome s'explique mal, dans la deuxième hypothèse le cas de ces malades est à rapprocher de celui des personnes qui n'ont jamais quitté la préfecture.

° Avant de rechercher les lieux de contamination de ces malades il faut rappeler :

- que certains d'entre eux résident en zone sahélienne
- qu'il n'y a pas de glossines autour de Ouahigouya
- qu'il n'y a jamais plus d'un malade par village
- que le foyer le plus proche est celui de MANE et KORSIMORO à 130 km à vol d'oiseau de Ouahigouya. Il est peu vraisemblable que des glossines aient remonté la Volta Blanche surtout entre 70 et 73 années qui furent particulièrement sèches.

Si ces malades ne se sont jamais déplacés il faut en déduire qu'ils ont été contaminés sur place non dans leur village mais au Lazaret lui-même où ils ont résidé un certain temps.

Au Lazaret nous avons capturé plusieurs espèces d'insectes hématophages comme les moustiques, les punaises et les hippobosques. Ces derniers sont amenés par les troupeaux qui se présentent au Service de l'élevage situé en face du Lazaret.

Nous avons donc pensé à la transmission mécanique comme mode de contamination qui serait à rapprocher de ce que COULM, FREZIL et MOULENVO appellent la contamination familiale. La promiscuité qui existe entre les personnes traitées au Lazaret favoriserait cette transmission. Elle serait d'autant plus favorisée que près de 88% des malades (14 sur 16) sont tuberculeux donc ont un organisme affaibli.

Mais l'absence de trypanosomés parmi les lépreux, qui répétons-le, vivent à côté des tuberculeux, est gênante pour adopter totalement cette hypothèse.

IV- CONCLUSION

A l'heure actuelle il ne nous est pas possible de résoudre le problème posé à Ouahigouya et nous devons nous contenter d'émettre quelques hypothèses basées sur nos observations.

Il est fort probable qu'après un certain temps passé dans un foyer de trypanosomiase humaine certaines personnes aient contracté cette maladie sans en manifester les signes cliniques. Ce serait au cours d'un traitement

antituberculeux que le trypanosome réapparaîtrait dans l'organisme. Au niveau du Lazaret existerait une transmission de type mécanique (ou cyclique si d'autres insectes comme les hippobosques en ont le pouvoir) provoquant une contamination de type familiale. Cette transmission serait favorisée par le fait que bon nombre de malades sont tuberculeux.

En tout état de cause il est certain que nous assistons à l'heure actuelle à une adaptation progressive de certaines souches de trypanosomes à l'organisme humain. La découverte de porteurs sains un peu partout en Afrique en est la preuve. Une variation du milieu, comme dans le cas des malades de Ouahigouya, l'apparition de la tuberculose ou l'administration d'un traitement anti-tuberculeux, pourrait faire ressortir le parasitisme par suppression des défenses naturelles de l'organisme humain.

La solution du problème de Ouahigouya qui doit être apportée par les études entreprises sur le plan médical par le laboratoire de la trypanosomiase du Centre Muraz permettra certainement d'expliquer la persistance ou la reviviscence de certains foyers en Afrique de l'Ouest.

C O M M E N T A I R E S

Le Délégué de la Côte d'Ivoire : Il est certain que les voltaïques du foyer de Bouaflé ont contracté la trypanosomiase sur leur lieu de travail. On essaye dans la mesure du possible de trouver ces malades en mettant en place des barrages afin d'éviter qu'ils ne rentrent en Haute-Volta avec leur trypanosomiase.

Le Docteur RIVE : remarque que l'hypnoserie de Ouahigouya existe depuis très longtemps, vers 1940. Les sommeilleux venaient de Côte d'Ivoire, en majorité d'Abengourou. A l'époque où le Docteur RIVE était à Ouahigouya, il n'y avait pas de tuberculeux traités au lazaret. La tuberculose était traitée à l'hôpital. Il y avait des lépreux au lazaret, mais il n'y a jamais eu de trypanosomés parmi eux. En revanche, il y avait également des cas inexplicables de contamination locale.

Monsieur LE BERRE : la question de la durée d'incubation a été soulevée par Monsieur LAVEISSIERE. Or il existe au Projet un exemple précis d'un captureur contaminé au pont de KAYA au début de 1969 et qui a déclaré sa trypanosomiase en 1972.

Le Médecin Général Inspecteur RICHET : on trouve **trace du foyer de Ouahigouya** dans les rapports de 1940 - 41 - 42. MURAZ avait même provoqué une enquête menée par le Médecin Capitaine KERQUELEN. Il n'y avait pas de lazaret pour le traitement des tuberculeux. Tous les trypanosomés avaient voyagé en Côte-d'Ivoire, et parfois au Ghana.

Quant à la durée d'incubation de la trypanosomiase, le diagnostic de trypanosomiase a été porté en Indochine chez de nombreux soldats originaires de ces régions, 4 à 7 ans après qu'ils aient eu quitté l'Afrique. D'autre part un magnifique travail avait été fait au Pharo, qui consistait à traiter des mentaux, schizophrènes et déments précoces par la trypanosomiase expérimentale. Parmi les sujets qui fournissaient les trypanosomes, se trouvaient de ces vieux soldats et la transmission de la trypanosomiase nécessitait l'injection de quantités parfois considérables de liquide céphalorachidien, pour que le trypanosome apparaisse. L'incubation peut donc être très longue, de l'ordre de 7 à 8 ans.

Le Professeur GENTILINI : cite le cas d'un malade malien traité dans son service, qui n'a déclaré sa trypanosomiase que près de 4 ans après son arrivée en France. Et encore l'a-t-il déclarée sous traitement corticoïde pour tuberculose. Les manifestations ont été dramatiques d'emblée. Le liquide céphalorachidien pullulait de trypanosome. Il en est mort.

Monsieur DUVALLET : les malades du lazaret sont suivis par immunofluorescence. On a ainsi observé des séroconversions chez des gens n'ayant pas quitté le lazaret. Ces suspects immunologiques n'ont pas encore été parasitologiquement confirmés.

Quant à certains suspects immunologiques antérieurement déterminés, ils ne présentaient aucun signe clinique et le Médecin Chef du Secteur eut la surprise de trouver des trypanosomes en très grand nombre dans le sang de ces malades originaires de Djibo au Nord de Ouahigouya et ne s'étant jamais éloigné des environs immédiats.

Le Docteur CARRIE : les tuberculeux subissent un traitement incluant certaines injections, aussi la transmission mécanique par la seringue est-elle possible et à envisager.

Le Docteur PROST : a été responsable du lazaret de Ouahigouya en 1970. A l'époque il n'y avait qu'une seringue et une aiguille pour trente injections de streptomycine tous les matins.

Monsieur LAVEISSIERE : répond que le médecin chargé du lazaret de Ouahigouya et les infirmiers du lazaret ont certifié que chaque injection était faite avec du matériel stérile.

Le Professeur JANSSENS : la transmission par la seringue est extrêmement fréquente et grave: au cours de l'épidémie de fièvre hémorragique du Soudan et du Zaïre, il est apparu que la transmission des cas mortels les plus nombreux s'est faite à l'hôpital; et en fait l'épidémie s'est arrêtée du jour où l'hôpital a du fermer parce qu'il n'y avait plus de personnel hospitalier vivant.