

Parasitologie

OÙ EN EST LE FOYER DE TRYPANOSOMIASE HUMAINE DE MOSSAKA (CONGO)?

Par L. PENCHENIER (*), J. SARDA (**), J. JANNIN (***) (****)

How is the Mossaka sleeping sickness focus (Congo) evolving?

Summary: *The Mossaka focus of sleeping sickness (on the Sangha, Cuvette area, in Congo) has been progressing dramatically for last years. In 1989, after a prospection we had accomplished in the focus, we had insisted on the priority to limit an extension of the disease. Since then the situation get worse, regarding to the number of patients detected (74 in 1987, 171 in 1989, 200 in 1991) and the concerned population. The number of villages where we detected patients is raised from 3 in 1987 to 12 in 1989 and 17 in 1991. If measures are not taken quickly, we can await a dramatic extension of lower Sangha focus.*

Résumé : *Le foyer de Mossaka (sur la basse Sangha, région de la Cuvette au Congo) évolue depuis quelques années de façon inquiétante. En 1989, à la suite d'une prospection que nous avions réalisée dans le foyer, nous avons insisté sur l'urgence des mesures à prendre. Depuis, la situation s'est aggravée tant en ce qui concerne le nombre des malades dépistés (74 en 1987, 171 en 1989, 200 en 1991) qu'en ce qui concerne la population concernée (le foyer s'est étendu; le nombre des villages où l'on dépistait des malades est passé de 3 en 1987, à 12 en 1989 et 17 en 1991). Si des mesures ne sont pas prises rapidement, on ne peut que craindre une dramatique extension du foyer de la basse Sangha.*

INTRODUCTION

Le bassin du Congo a été, à la fin du siècle dernier, le point de départ d'une redoutable pandémie de trypanosomiase humaine qui a fait plus de 500 000 morts (1). Le foyer de Mossaka, l'un des plus gros foyers du bassin du Congo, situé sur la basse Sangha et la Likouala, lui a payé un lourd tribut.

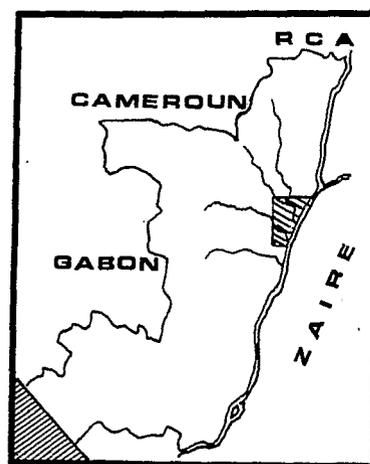
Totalement silencieux dans les années 1960-1970, le foyer de Mossaka s'est réveillé en 1981. Depuis, son importance ne cesse de croître. Cette situation est d'autant plus inquiétante que le foyer est d'accès particulièrement difficile (par voie fluviale exclusivement) et que la grande mobilité de sa population (pêcheurs) favorise la dissémination de la maladie dans les multiples petits campements disséminés le long des cours d'eau. Laissé à lui-même, ce foyer peut s'étendre dangereusement et être à l'origine d'une importante flambée épidémique régionale. C'est pourquoi, en 1992, nous avons attiré l'attention sur lui (2).

(*) Laboratoire d'Épidémiologie des Grandes Endémies Tropicales, ORSTOM, BP 181, Brazzaville, Congo.

(**) Programme National de Lutte Contre la Trypanosomiase, Ministère de la Santé, Brazzaville, Congo.

(***) DDASS de Rouen.

(****) Manuscrit n° 1373. Accepté le 30 septembre 1993.



Carte 1. — Localisation du foyer de Mossaka.

SITUATION DU FOYER JUSQU'EN 1989

Le bilan que nous avons dressé portait sur l'évolution du foyer jusqu'en 1990 et plus particulièrement sur les années 1987-1990, années durant lesquelles deux prospections avaient été réalisées (1987-1989).

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 39.074 ex 1

Cote : B

PM79

15 MARS 1994

Chacune de ces prospections s'est faite sur une large zone débordant celle des villages dans lesquels des malades avaient été signalés par le service des grandes endémies de Mossaka. Du fait de la structure même de ces villages qui sont isolés entre eau et forêt, et du fait que, les eaux étant hautes, les villageois ne se dispersent pas dans les campements de pêche, on peut considérer que la présentation aux prospections a été forte (plus de 80 %). Le dépistage de masse a été effectué par le Card Test Agglutination for Trypanosomiasis (CATT) (3). Les malades ont été confirmés parasitologiquement par la technique de centrifugation sur tubes capillaires (CTC) (5). Tout trypanosomé parasitologiquement prouvé (T+) ou seulement positif au CATT sur sang total confirmé par un CATT sur sérum dilué (ceux-ci sont dénommés Suspects Biologique ou SB) a eu une ponction lombaire pour déterminer son stade évolutif (phase lymphatico-sanguine dite P1 ou phase de polarisation cérébrale dite P2).

Résultats

En 1987, 43 malades ont été dépistés activement lors de la prospection (4). Il faut y ajouter 31 malades dépistés passivement, hors prospection, à Mossaka ou Brazzaville (fig. 1). Tous ces malades étaient des T+. Durant la prospection, seuls 3 villages ont été trouvés trypanosomés (carte 2) et la proportion d'ensemble des P1 de l'année était de 62,2 % (46/74).

Nombre de NT

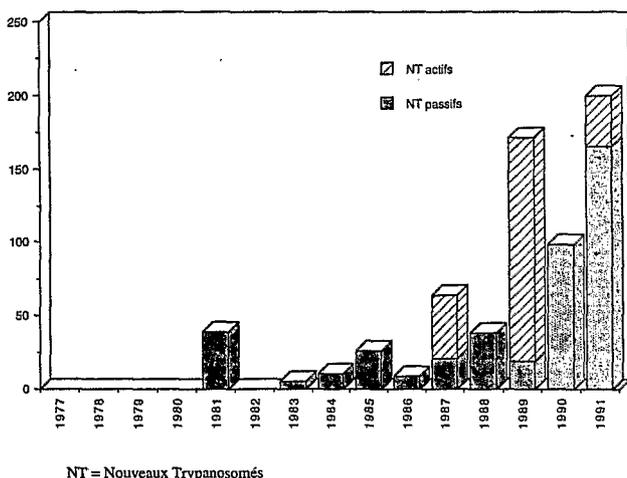


Fig. 1. — Évolution de la trypanosomiase humaine dans le foyer de Mossaka.

En 1989, 171 malades ont été dépistés dont 152 par la prospection. Cette fois-ci, que ce soit en prospection ou en dépistage passif, les SB ont été inclus dans les malades (96 malades étaient T+ et 56 SB). Cette prospection a débordé la zone de dépistage de 1987 et ne s'est arrêtée que lorsque l'absence de nouveaux malades a permis de penser que nous avions dépassé les limites du foyer. Celui-ci touchait

12 villages (carte 3) dont 3 à plus de 12 % de prévalence. Les nouveaux villages touchés représentaient une extension vers le nord-est. La proportion d'ensemble des P1 était de 73 % (111/152) pour la prospection, et de 64,9 % (111/171) pour l'ensemble de l'année, tous les malades dépistés passivement étant des P2.

On pouvait espérer que l'impact de ces deux prospections ferait régresser sensiblement l'endémie. Cela n'a pas été le cas.

ÉVOLUTION DU FOYER DEPUIS 1989

A 35 exceptions près dépistées en 1991, lors de trois petites prospections, réalisées par l'équipe de Mossaka, les dépistages de 1990 et 1991 ont été passifs, c'est-à-dire que les malades venaient spontanément à Mossaka et, pour une moindre part, à Brazzaville, se présenter aux centres de soins où ils étaient dépistés à l'aide des mêmes techniques utilisées en prospection (CATT, CTC...).

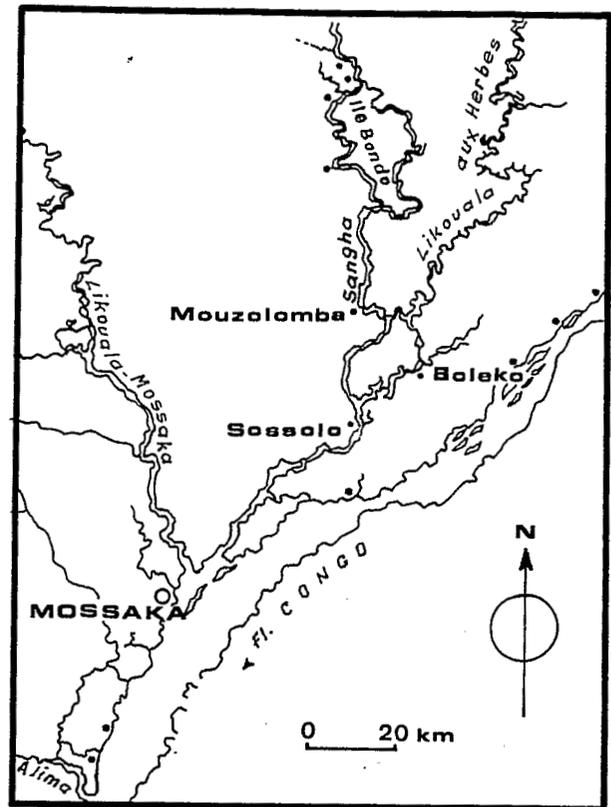
Résultats

En 1990, 99 malades ont ainsi été dépistés dont 63,6 % (63/99) en P1. En 1991, ils étaient 200 dont 68 % en P1 (136/200). Parmi ces 200 malades, 47 ont été dépistés passivement à Brazzaville avec 37 d'entre eux dépistés comme T+ (78,7 %), et 153 à Mossaka (35 en dépistage actif et 118 passivement) dont 24 T+ (15,7 %).

La prise en compte, dans le dépistage passif, de l'origine des malades, n'a été réalisée qu'à partir de 1991. Elle a permis d'apprécier l'extension géographique de la maladie sans pour autant permettre, contrairement aux prospections, de définir la prévalence par village. La zone considérée étant toute la zone contrôlée par le secteur des grandes endémies, elle débordait largement celle prise en compte par les prospections. Comparativement à la prospection de 1989, 5 nouveaux villages ont été trouvés trypanosomés, ce qui confirme l'extension nord-est du foyer constatée en 1989 (carte 4). Ils se répartissent sur 4 axes : 2 plus en amont sur la Sangha, 2 plus en amont sur la Likouala aux Herbes et un vers l'Alima qui est le seul marquant une extension sud-ouest.

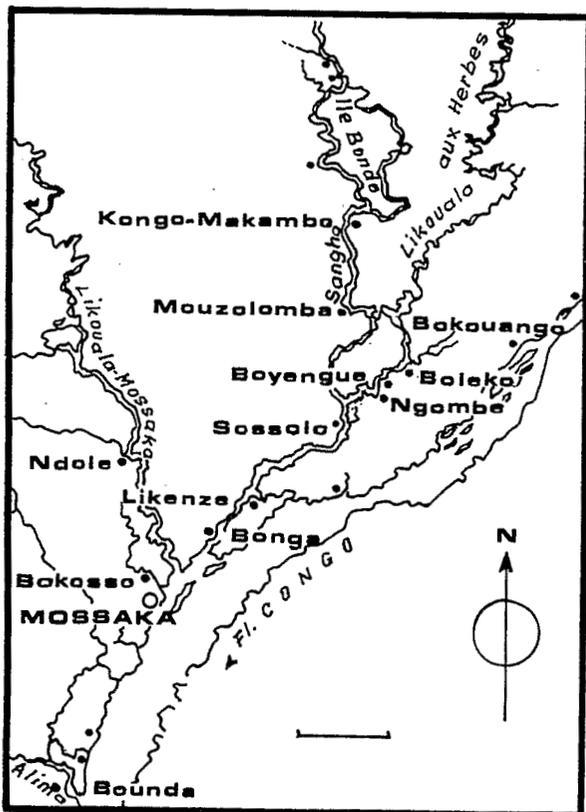
DISCUSSION

Il est difficile de comparer les résultats des différentes années du fait de la disparité dans les critères du dépistage (T+ et SB, actifs ou passifs). Néanmoins, on constate une augmentation de la prévalence d'année en année. Ainsi, lors de la prospection de 1987, il y a eu 43 T+ de dépistés et lors de celle de 1989, il y en avait 96 alors que l'on aurait pu s'attendre à une régression de l'endémie du fait de

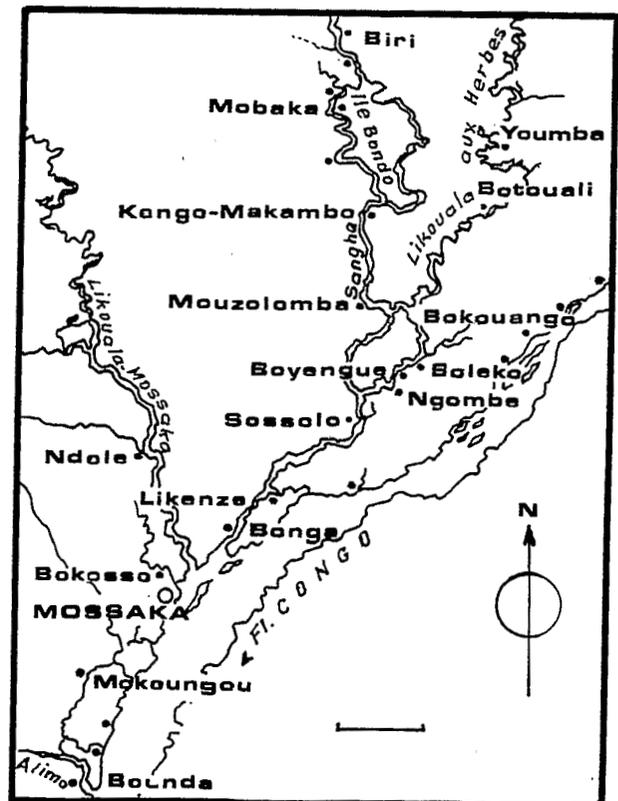


*Les villages non trypanosomés
sont représentés par de simples points : •.*

Carte 2. — Le foyer en 1987.



Carte 3. — Le foyer en 1989.



Carte 4. — Le foyer en 1991.

la prospection précédente réalisée dans les mêmes villages.

En 1991, 15,7 % (24/153) des malades dépistés par l'équipe de Mossaka sont des T+ alors qu'ils sont 78,7 % (37/47) à Brazzaville. Cette différence tient à la qualité des microscopistes. S'il est facile de lire un CATT, il n'en est pas de même pour trouver un trypanosome dans un prélèvement. L'équipe de Brazzaville est tout à fait fiable en matière de microscopie, alors que celle de Mossaka ne l'est pas. Il y a donc, pour cette équipe, une sous-estimation du nombre de T+. Quoi qu'il en soit, la définition des cas incluant, depuis 1989, les SB, on peut comparer 1991 à 1989.

L'augmentation de la prévalence de la maladie entre 1989 et 1991 (171 à 200) n'est pas le reflet réel de la situation du fait d'une sous-estimation du nombre des malades en 1991. Les résultats de 1989, où toute la population a été vue, ont un caractère exhaustif. Ce n'est pas le cas en 1991, année où seules ont été examinées les personnes se rendant d'elles-mêmes dans un centre de soin équipé pour le dépistage de la trypanosomiase, ce qui exclut, entre autres, tous les cas asymptomatiques, les comportements de fuite... Il faut donc considérer que l'endémie est plus importante qu'il n'y paraît au vu de nos résultats.

Cette augmentation des prévalences, malgré l'impact des prospections, et l'évolution centrifuge de l'endémie doit faire craindre une sévère flambée

du foyer si des mesures ne sont pas rapidement prises (nouvelles prospections¹, renforcement des moyens et de la formation de l'équipe locale, lutte antivectorielle...).

BIBLIOGRAPHIE

1. DUGGAN (A. J.), in MULLIGAN (H. W.). — *The african trypanosomiases*, p. XLI-LXXXVIII; G. ALLEN & UNWIN, édit. London, 1970, 950 pgs.
2. JANNIN (J.), PENCHENIER (L.), EOZENOU (P.), VENTROU (P.), MIALEBAMA (J.), LOUYA (F.), BOBENDA (T.), SAMBA (F.) & CODDY ZITSAMELE (R.). — Recrudescence actuelle de la trypanosomiase humaine dans le foyer de la Sangha (Cuvette) au Congo. *Bull. Soc. Path. Ex.*, 1992, **85**, 31-38.
3. MAGNUS (E.), VERVOORT (T.) & VAN MERVENNE (N.). — A card agglutination test with stained trypanosomes (CATT) for serological diagnosis of *Trypanosoma b. gambiense* trypanosomiasis. *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, 1978, **58**, 169-176.
4. NOIREAU (F.), LEMESRE (J. L.), GOUTEUX (J. P.), MPOLESHA-KAPIAMBA (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.
5. 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.

(1) Une prospection est prévue pour octobre 1993.