

HISTORIQUE ET EVOLUTION DE LA MALADIE DU SOMMEIL EN GUINEE EQUATORIALE.

PENCHENIER L¹, SIMARRO P², NDONGO ASUMU P³

haut

RESUME

La Guinée Equatoriale est le plus petit et le moins peuplé des pays de l'OCEAC. Néanmoins la trypanosomiase humaine y a été très sévère. Depuis 1980 des mesures ont été prises qui ont permis une nette régression de l'endémie et qui peuvent faire espérer, si les efforts sont maintenus, une quasi disparition de la maladie.

Mots clés : Trypanosomiase humaine africaine, Afrique centrale, Guinée Equatoriale, Historique, OCEAC.

LES PREMIERES DONNEES

Robert Clarke qui visita l'île de Fernando-Poo (Bioko) attira l'attention, en 1840, sur le fait que la «narcotic dropsy» était plus fréquente chez les insulaires que chez ceux de la côte d'où pourtant étaient embarqués les esclaves. En 1898 le Rio Muni (Guinée Équatoriale continentale) et l'île de Fernando-Poo étaient infectés. Les premières informations sur l'existence de la maladie dans le sud de l'île de Bioko proviennent des descriptions faites par les missionnaires à la fin du XIX^{ème} siècle (Paris Eguiluz, 1932).

SITUATION AVANT LA CREATION DE L'OCEAC (1900-1963)

Le 27 décembre 1908, le Gouverneur Général Don José Centano publia «Les règles de prévention contre la Maladie du Sommeil» (Bulletin Officiel, 1909) qui révèlent non seulement une connaissance épidémiologique, mais aussi une inquiétude sur la possible incidence de la maladie sur la santé publique de l'île, tout en se souciant d'entreprendre des actions pour le contrôle du vecteur. Le 21 mai 1909, est organisée, sur Ordre Royal, une commission de l'Institut National d'Hygiène (INH) Alfonso XIII qui, sous la direction du docteur Gustavo Pittaluga, de-

1. Laboratoire de Recherche sur les Trypanosomiasés - OCEAC - BP 288 Yaoundé - Cameroun.
2. Centro Control Tripanosoniasis - BP 560 Bata - Guinea Equatorial.
3. Programe Nacional de Control de la Tripanosomiasis - Bata - Guinea Equatorial.

Bull liais doc OCEAC 1996 ; 29(3)

vait se charger d'étudier l'état de la maladie du sommeil sur les territoires espagnols du Golfe de Guinée. Cette mission fit le bilan de la maladie sur l'île. Pittaluga écrivait (1910) : «Toute la vallée qui s'ouvre sur la baie de la Conception (Riaba), depuis les hauteurs où se trouve la mission jusqu'à la côte, et peut-être même depuis plus haut, doit être considérée comme envahie par la maladie... Un second foyer, plus récent bien sûr, se trouve dans la baie de San Carlos (Luba) et ses environs. Là, l'intensité de l'endémie paraît moindre jusqu'à présent ; mais... l'immigration continue des journaliers provenant de pays affectés par la trypanosomiase et la présence de glossines, fait craindre que, dans de très brefs délais, la diffusion dans le foyer de San Carlos soit bien supérieure à celle de la Conception». Cette prédiction devait se révéler exacte dans les 10 ans qui suivirent. D'après le rapport de mission, il semble que les cas détectés étaient peu nombreux. Il s'agissait surtout de travailleurs journaliers du cacao provenant de la zone continentale de la colonie ou de pays limitrophes. Parmi les insulaires, les malades détectés étaient rares.

L'INH Alfonso XIII créa un laboratoire central à Santa Isabel (Malabo) selon les directives du Dr. Santiago Ramon y Cajal. Non seulement ce laboratoire ne fonctionna jamais, mais aucune action sanitaire spécifique ne fût entreprise pour contrôler la maladie, sans que cela, semble-t-il, provoque une aggravation de la situation.

Dès le début de la guerre, en 1914, les français occupèrent le Cameroun allemand. Les Allemands se replièrent sur l'île de Bioko avec 3 000 (Najera Angulo,



1932) à 15 000 (Paris Eguiluz, 1932) militaires indigènes provenant, entre autre, d'Ayos et Doumé, zones trypanosomées. Cette population fut d'abord groupée dans des campements (dont un à San Carlos) puis engagée dans les exploitations de cacao et se répartit sur toute l'île. De plus les allemands utilisèrent l'île comme un centre de détention, ce qui n'arrangea pas la situation. En 1916, à la fin des opérations de guerre, les allemands avaient placé leurs prisonniers camerounais dans les colonies espagnoles du Rio Muni et de Fernando-Poo. A leur libération, en 1919, ils disséminèrent le parasite sur toute la côte ouest de l'Afrique, de Monrovia à Douala. Près de 15.000 d'entre eux débarquèrent à Douala dont 86 déclarés trypanosomés (Martin, 1921).

Au début des années 20, la maladie était déjà un grave problème pour les autorités administratives et sanitaires. En 1923 des mesures draconienne furent instituées par les autorités coloniales, destinées tant au contrôle des animaux (interdiction d'élever des porcs... obligation d'enfermer les chiens à l'abri des mouches pendant la journée...) qu'à la diminution du contact Homme-Vecteur (débroussaillage... moustiquaires... facilités douanières pour tout ce qui peut servir à la lutte...) (Bulletin Officiel, 1923) ou au contrôle des populations (obligation du passeport sanitaire actualisé tous les 6 mois pour les déplacements de plus de 25 km... déclaration obligatoire des cas dépistés et prise en charge du coût des traitements par les employeurs ou l'état...) (Vasallo Matilla, 1964 ; Gonzalez, 1968). Des hyposeries furent créées à Luba et Kogo.

En 1927 la prévalence observée dans la zone nord de l'île oscillait entre 3 et 12%. Dans le sud-est (Riaba) elle était de 15 à 30% et au sud-ouest (Luba), entre 5 et 9%. C'est cette année qu'eut lieu la 1^{ère} campagne de détection active avec analyse systématique de tous les journaliers des fermes de l'île. Bien que le seul examen diagnostique ait été la goutte épaisse, on observa une diminution du nombre des cas déclarés. En 1929 la trypanosomiase était la 1^{ère} cause d'hospitalisation (25%) devant le pian (14%), les filarioses (13%)... et le paludisme (4%) (Gutierrez Lara, 1930). Quant à la mortalité enregistrée à l'hôpital Santa Isabel, sur 945 décès, la trypanosomiase occupait le 3^{ème} rang (11%) derrière les pneumonies et les dysenteries (Gutierrez Lara, 1931).

En 1932 est publié le «Règlement pour la lutte contre

la trypanosomiase humaine sur les territoires espagnols du Golfe de Guinée» (Bulletin Officiel, 1932). Il reprend les mesures de 1923 et y ajoute les recommandations de la seconde conférence internationale sur la maladie du sommeil réunie à Paris en 1928 (Illera, 1928). Pour la mise en place de ce règlement un «Service de prophylaxie et traitement de la trypanosomiase humaine» est créé. A partir de cette date les efforts de contrôle de la maladie s'intensifient (Matilla Gomez, 1945).

Tableau I

La trypanosomiase humaine en Guinée Equatoriale de 1933 à 1960. Données Nationales (de 1933 à 1939 ne sont portées que les données du foyer de Luba - source : Gonzalez Vicente , 1948)

Année	Luba	Année	Tot. Guinée	Année	Tot. Guinée
		1940	538	1950	211
		1941	348	1951	174
		1942	313	1952	217
1933	748	1943	217	1953	174
1934	370	1944	174	1954	121
1935	332	1945	248	1955	135
1936	256	1946	205	1956	93
1937	234	1947	236	1957	115
1938	201	1948	287	1958	70
1939	149	1949	317	1959	59
				1960	70

Les premières données nationales que nous ayons datent de 1940. A l'époque il y avait 538 malades dépistés dans l'année. En 1943 leur nombre passait sous la barre des 300 (sauf en 1949 où il y eut 317 malades) et en 1953 sous la barre des 200. Trois ans plus tard on comptait moins de 100 malades (nous ne savons pas quand la chimioprophylaxie a été mise en place, mais vu l'évolution de l'endémie, on peut penser que ce devait être vers 1955). La situation restera stable, autour de 70-90 malades par an, jusqu'à la création de l'OCEAC.

SITUATION DEPUIS LA CREATION DE L'OCEAC (1963-1995)

En 1966 on dépista 55 malades. L'année suivante il n'y en avait plus que 30. L'ICN (Indice de Contamination Nouvelles) était alors de 0,01%. En 1967, sur 162 637 analyses effectuées sur toute l'île de

Fernando Poo, on ne détecta que 4 cas qui furent considérés comme importés du continent (Gonzalez Vicente, 1968). On considéra que, de toute évidence, la trypanosomiase humaine n'était plus un problème de santé publique. En 1968 c'était la fin des contrôles. C'est aussi l'année de l'indépendance et le début de 10 ans de troubles, ce qui explique en partie qu'il faudra attendre 1981 pour avoir à nouveau une idée de la situation (le pays retrouve en 1979, par le «Golpe de Libertad», un régime constitutionnel).

En 1968 toutes les archives de l'hôpital de Kogo ont été détruites. De 1968 à 1980, aucune action ou presque ne fut entreprise pour lutter contre la trypanosomiase humaine dans l'île de Bioko ou sur le continent. Mais malgré la détérioration des services de santé et des «Zonas Sanitarias», la maladie semble avoir été relativement contenue.

Dès 1973 le directeur de l'hôpital de Kogo signale que «il existe plus d'un demi-millier de malades trypaniques... qui ont été obligés de suspendre leurs traitement parce que le Centre d'Assistance ne disposait plus de médicaments spécifiques.»

Le 23 mars 1974 le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique Populaire fait état des inquiétudes du Délégué du Gouvernement du district de Kogo qui signale que «la maladie s'est propagée de façon terrible dans ce district où on enregistre un très grand nombre de morts.» Le degré de détérioration des connaissances sur la maladie apparaît clairement dans la lettre que

le Délégué Gouvernemental adresse à l'infirmier faisant fonction de Médecin Chef de la zone de Kogo. Il demande à ce que, pour prévenir la maladie, «on procède à la vaccination de toute la population du district.» Dans le rapport d'activité de 1974 de l'hôpital de Kogo, l'infirmier responsable, qui signale 162 nouveaux cas de trypanosomiase, indique «le besoin d'un médecin spécialiste, soit natif, soit étranger, pour moderniser les traitements de la trypanosomiase africaine et éduquer le personnel technique... car nous manquons de bases purement scientifiques et nous n'avons qu'une expérience professionnelle sans formation continue». Ce n'est qu'en 1980, devant l'augmentation du nombre des malades, que les autorités sanitaires se préoccupèrent de la trypanosomiase. La demande de cet infirmier plongé dans la médecine par les hasards de l'histoire, aboutira en 1985 avec la création, à Bata le 1^{er} octobre, dans le cadre des accords bilatéraux de coopération entre l'Espagne et la Guinée Équatoriale, du Centre de Contrôle de la Trypanosomiase.

De 1981 à 1984 le nombre des malades sur l'ensemble du pays demeure constant d'une année sur l'autre, proche de 75. Les dépistages ont été fait sur des malades venant spontanément à la consultation. En 1985, grâce à l'activité des équipes mobiles qui viennent de se mettre en place, ce nombre s'élève brutalement à 291 puis 366 en 1986. Depuis le début des années 40 on n'avait jamais dépisté autant de malades (tableau II).

Tableau II

La trypanosomiase humaine en Guinée Equatoriale de 1960 à 1995. Données Nationales

Année	Total Guinée						
1960	70	1970	?	1980	?	1990	28
1961	76	1971	?	1981	56	1991	30
1962	85	1972	?	1982	72	1992	85
1963	72	1973	?	1983	69	1993	32
1964	84	1974	?	1984	71	1994	62
1965	97	1975	?	1985	291	1995	38
1966	55	1976	?	1986	366		
1967	30	1977	?	1987	98		
1968	?	1978	?	1988	59		
1969	?	1979	?	1989	36		

La lutte entreprise par les autorités, tant par des prospections que par la pose de pièges contre les glossines, vint rapidement à bout de la flambée. En 1987 le nombre des malades dépistés est ramené à 82. En 1991 il est de 30 et, en 1995, de 36. Ce sont surtout les foyers continentaux de Mbini et Kogo qui sont touchés (tableau III).

Compte tenu de la proximité des foyers par rapport aux centres de contrôle, le programme national de lutte opta pour des dépistages par IFI suivi de la recherche immédiate des suspects immunologiques pour bilan parasitologique et éventuellement traitement. Du fait de son coût, la mise en place d'une lutte entomologique fut abandonnée car si, associée au dépistage, elle a donnée en 6 mois, à Luba, les meilleurs résultats, à 12 et 24 mois les résultats obtenus par le dépistage seul étaient équivalents (Simarro, 1991).

Les actuels foyers de trypanosomiase humaines sont, à l'exception de Riaba, les mêmes que ceux du début du siècle (carte 1). Il y en a 3 sur le continent, uniquement dans sa zone côtière (Campo, Mbini et Kogo) et 1 dans le sud de l'île de Bioko (Luba).

La Guinée Equatoriale se subdivise en 7 provinces. L'île de Bioko compte 2 provinces mais la trypanosomiase ne sévit que dans la province du sud autour de Luba sur la côte ouest. Sur la côte est, à Riaba, aucun malade n'a été signalé depuis 1985. Il semble que ce foyer, où l'on avait importé de nombreux travailleurs depuis la Sierra Leone, se soit éteint du fait de déplacements massifs de populations. En 1987 la population de l'île était de 63 000 habitants dont 8.500 pour la région de Luba et 3 400 pour celle de Riaba.

L'île d'Annobon constitue la 3^{ème} province insulaire. Située 670 km au sud de Malabo, cette île est indemne de trypanosomiase. En 1990, une enquête par immuno fluorescence indirecte (IFI) a été réalisée sur 1 750 personnes (2.006 personnes recensées). Aucun malade n'a été dépisté.

La province du Littoral qui recouvre toute la zone côtière et où se trouve les 3 foyers continentaux, celui de Mbini, à l'embouchure du Rio Mbini, celui de Campo, au nord, frontalier avec celui du Cameroun, au bord du N'tem ainsi que celui de Kogo, au sud, frontalier avec le Gabon. La province comptait 71 800 habitants en 1987, répartis en 46 200 pour le nord (district de Bata qui comprend la région de Campo), 12 400 pour le district de Mbini et 13 200 pour celui de Kogo.

La province de Centro Sud, qui, comme son nom l'indique, est au centre de la Guinée Continentale et où ne se trouve aucun foyer de trypanosomiase. Un échantillon représentatif de 9 075 personnes ont été testées par CATT (Card Agglutination Test for Trypanosomiasis). Toutes étaient négatives.

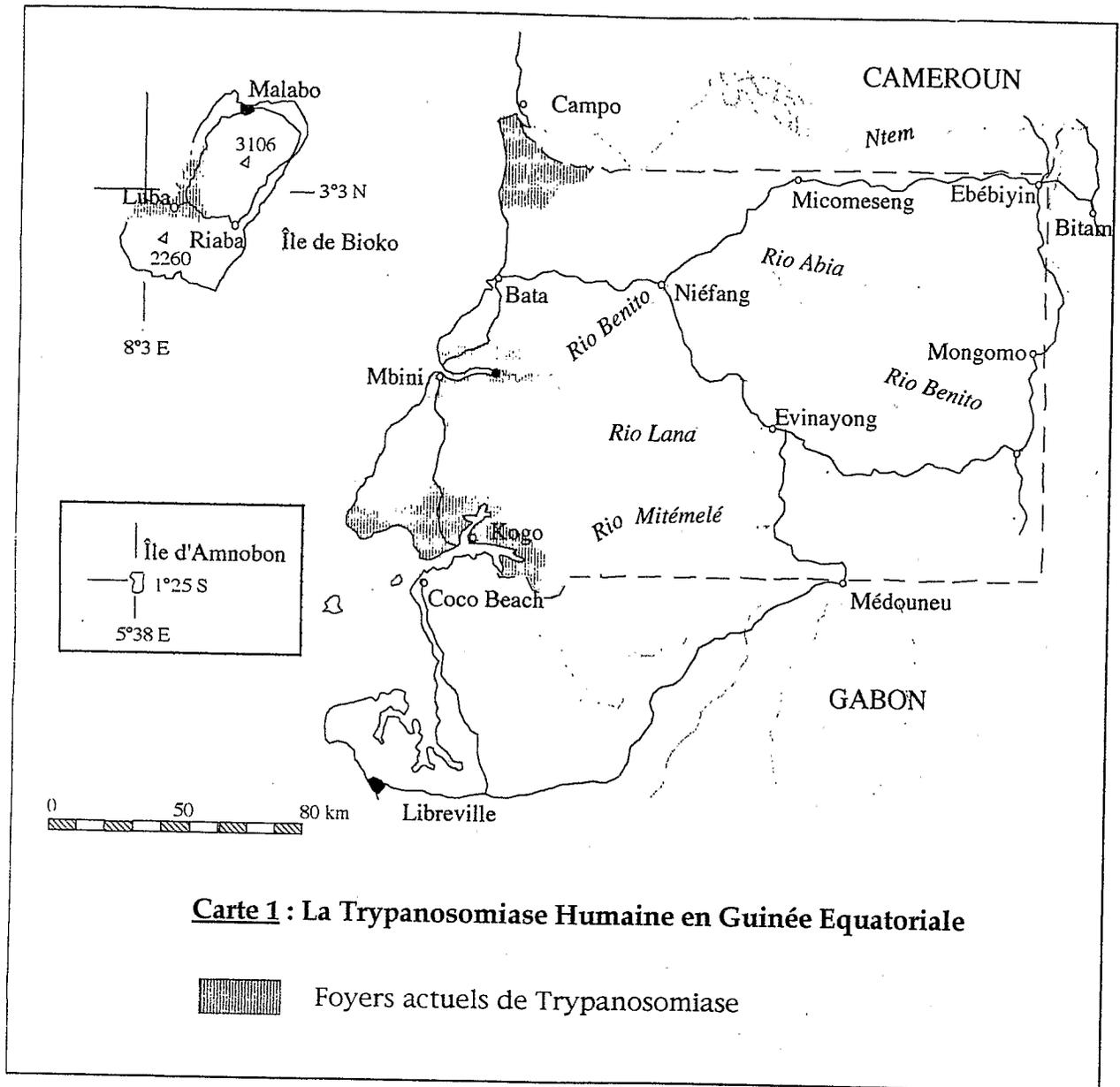
La province de Wele-Nzas, à l'est, limitrophe avec le Gabon, n'est pas, comme la précédente, touchée par l'endémie. On a examiné par IFI 8 326 personnes. Toutes étaient négatives.

La province de Kie Ntem, au nord, frontière avec le Cameroun, s'étend jusqu'au Gabon. Elle aussi est indemne de trypanosomiase humaine. Ici aussi une enquête IFI a été réalisée. Elle a porté sur 6 175 personnes. Aucun malade n'a été dépisté.

Tableau III

La trypanosomiase humaine en Guinée Équatoriale de 1981 à 1995. Données par foyers

Année	Luba	Campo	Mbini	Kogo	Année	Luba	Campo	Mbini	Kogo
1981	0	1	24	50	1989	18	3	11	4
1982	1	3	48	29	1990	1	0	12	15
1983	2	2	37	31	1991	3	0	20	7
1984	4	3	25	34	1992	3	1	65	16
1985	195	0	0	96	1993	0	0	17	15
1986	277	0	17	72	1994	1	2	17	42
1987	35	0	29	0	1995	3	0	10	25
1988	22	7	15	15					



Carte 1 : La Trypanosomiase Humaine en Guinée Equatoriale

 Foyers actuels de Trypanosomiase

CONCLUSIONS

La Guinée Équatoriale a un programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine efficace qui a pratiquement jugulé l'endémie dans l'île. Sur le continent, si le foyer de Mbini est également contrôlé, il n'en est pas de même pour celui de Kogo, contiguë au foyer de l'Estuaire au Gabon. Le foyer de Campo, voisin de celui du même nom au Cameroun, est presque éteint. La faible densité de population de la région et les difficultés de circulation sont grandement responsables de cet état de fait.

La lutte menée à tous niveaux par le programme national n'a pas baissé d'intensité et il est prévisible que l'endémie va continuer à régresser.

Remerciements

Nous tenons à remercier ici Madame E. Bertevas pour sa grande aide dans la traduction de textes espagnols.

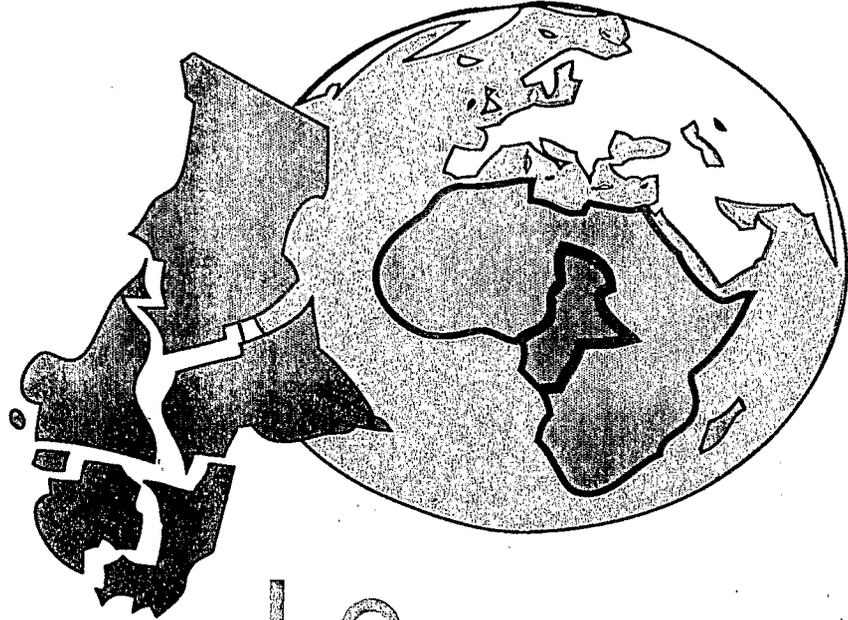
BIBLIOGRAPHIE

- 1- Boletin Oficial de la Colonia. 1 de enero de 1909.
- 2- Boletin Oficial de la Colonia. 15 de enero de 1923.
- 3- Boletin Oficial de la Colonia. 5 de octubre de 1932.
- 4- Clarke R. Observations on the disease lethargus : with cases and pathology. *London med Gaz* 1840 ; II : 970-6.
- 4- Gonzalez Vicente D. Estado actual de la tripanosomiasis humana en la zona sanitaria de San Carlos. *Med Trop* 1948 : 283-323.
- 5- Gonzalez Vicente D, Herrero A, Moliner R. Importancia de las grandes enfermedades transmisibles en la sanidad publica de Guinea Ecuatorial y su relacion con les grandes campanas de masas. *Méd Trop* 1968 : 282-93.
- 6- Gutierrez Lara J. Datos epidemiologicos y demograficos de la hipnoseria de Santa Isabel de Fernando Poo. *Med Paises Calidos* 1930 ; I : 64-8.
- 7- Gutierrez Lara J. Enfermedades mas frecuentes en las posesiones espanolas del golfo de Guinea. *Med Paises Calidos* 1930 ; II : 131-4.
- 8- Illera L R. Segunda conferencia internacional de la enfermedad del sueno. *Med Paises Calidos* 1928 ; II : 383-7.
- 9- Martin G. L'existence au Cameroun. Etudes sociales, études médicales, études d'hygiène et de prophylaxie. III. Maladie du sommeil. Paris, *Emile Larose lib Ed* 1921 ; 19 : 172-8.
- 10- Matilla Gomez V. Expedicion cientifica a la Guinea. *Direccion General de Marruecos y Colonias*, 1945 : 34-43.
- 11- Najera Angulo L. Los territorios espanoles del golfo de Guinea. Estado sanitario actual y su influencia sobre el desarrollo de la colonizacion. *Publicaciones de la Sociedad Geografica Nacional. Serie B* : 7 ; Madrid.
- 12- Paris Eguiluz H. Contribucion al estudio de la epidemiologia de la enfermedad del sueno en los territorios espanoles del golfo de Guinea. *Espasa Calpe* 1932, Madrid.
- 13- Pittaluga G. Informe de la comision del instituto Nacional de Higiene de Alphonso XIII para el estudio de la enfermedad del sueno. *Madrid J. Blassy y cia* 1910.
- 14- Simarro PP, Sima FO, Mir M, Mateo MJ, Roche J. La lutte contre la trypanosomiase humaine africaine dans le foyer de Luba en Guinée Equatoriale : bilan de trois méthodes. *Bull OMS* 1991 ; 69 : 451-7.
- 15- Vasallo Matilla F y Hidalgo Turiel P. La organizacion de la sanidad Guinea. Trabajos de investigacion. *Faculta de Medicina. Unoversidad de Madrid*, 1964.

La Trypanosomiase
dans les Etats de l'OCEAC.
Historique et actualité

PODAC = D_n FRA

ISSN 0255-5352



Le

BULLETIN

de liaison et de documentation

de

L'OCEAC

Volume 29(3) : 3^{ème} trimestre 1996





ORGANISATION DE COORDINATION POUR LA LUTTE
CONTRE LES ENDEMIES EN AFRIQUE CENTRALE

SECRETARIAT GENERAL B.P. 288 YAOUNDE REPUBLIQUE DU CAMEROUN
TEL : 237 23 22 32 FAX : 237 23 00 61 TELEX : 8411 KN

P7253