

TRYPANOTOLERANCE ET THERAPAUTIQUE

Par J. L. FREZIL⁽¹⁾ et P. Y. GINOUX⁽²⁾

L'immunité dans la trypanosomiase humaine est assez mal connue. On ne possède en fait qu'une série d'observations empiriques qui font penser qu'il existe des malades trypanotolérants supportant plus ou moins bien leur affection.

Le phénomène était d'ailleurs bien connu des habitants de l'île de Gorée (au Sénégal), qui estimaient qu'il fallait un laps de temps de 7 ans pour savoir si une personne qui avait séjourné en zone d'endémie avait contracté la trypanosomiase ou non (CORREJ(1876) in SICE, 1937).

COLLOMB et collaborateurs (1956) ont rapporté des cas de trypanosomiase chez des soldats africains transplantés en Extrême-Orient depuis plus de 4 ans, avec des manifestations cliniques apparemment initiales.

Sans oublier le célèbre cas de FEO, rapporté par LAPEYS-SONNIE (1960), qui est restée trypanosomée plus de 20 ans sans montrer le moindre signe clinique.

Il est également notoire que les habitants des zones d'endémie sont moins sensibles à la maladie que les immigrants : des Angolais réfugiés au Zaïre dans une de ces zones ont montré rapidement des taux de contamination plus élevés que les Zaïrois autochtones (RAFFIER com. pers.).

MARDING et al., (1948) ont rapporté que la trypanosomiase dans le foyer de FUERO, en Sierra Léone était particulièrement bien supportée par les habitants qui étaient pratiquement dépourvus de signes cliniques.

Ces informations font penser qu'il existe peut-être dans la trypanosomiase humaine une immunité de type prémunition homologue de celle du paludisme.

Le grand mérite du dépistage immunologique est d'avoir montré que les malades trypanotolérants ne sont pas une exception mais constituent la règle générale.

Nous essayons d'ailleurs actuellement d'évaluer cette trypanotolérance en République Populaire du Congo.

O. R. S. T. O. M. Fonds Documentaire

N° 28930 ex 1

- (1) - Parasitologiste, Maître de Recherches à l'ORSTOM
(2) - Médecin, Service de l'Epidémiologie et des Grandes Endémies

B

Nous avons pu constater :

- qu'il n'y a pas de fluorescents dans les zones sans trypanosomiase;
- que le dépistage parasitologique et clinique laisse échapper de 60 à 90% des malades;
- que les IFI positifs traités sans que le T. ait pu être décelé présentent la même chute d'anticorps que les malades confirmés parasitologiquement;
- que dans les foyers historiques où la population montre une grande sédentarité, les malades trypanotolérants, seulement dépistables par l'IFI, forment la grande majorité (ex. foyer de Mbomo);
- que, au contraire, dans les zones de grande circulation, la maladie revêt une forme plus aigüe;
- que des malades positifs en IFI et ayant refusé le traitement peuvent être reconnus T+ et encore en première période plusieurs années après la première enquête.

C'est notamment le cas à Ngabé où avec GINOUX nous avons rencontré des malades en première période qui n'ont manifestement pas évolué depuis 4 ans.

Il semble en fait que le trypanosome, comme tout parasite "astucieux", tende vers la symbiose avec son hôte et, peut-être que dans quelques millénaires, le Trypanosoma gambiense sera aussi peu pathogène pour l'homme que le Trypanosoma lewisi pour le rat.

Mais dans l'état actuel des choses, que faut-il faire de ces IFI positifs, apparemment bien portants.

Il est bien évident que les malades trypanotolérants peuvent vivre de longues années sans souffrir de leur maladie.

Il est bien évident aussi que si on les laisse évoluer dans leur milieu ils vont contaminer les glossines et donc entretenir l'endémie.

Mais il est également possible que des malades puissent spontanément guérir de la trypanosomiase et garder suffisamment d'anticorps pour être retenus comme suspects (JANSSENS com. pers.).

Etant donné la létalité de l'Arsobal, le traitement des malades, sur la seule base d'une IFI positive, pose un problème déontologique grave et nous pensons que c'est aux responsables de la Santé

de chaque Etat de faire le "bon choix" en fonction de l'importance de la maladie chez eux.

La solution idéale serait, peut-être, d'éradiquer les gloses dans les foyers pour rompre la transmission et d'effectuer des contrôles périodiques sur les trypanotolérants pour ne les traiter que s'ils entrent en phase nerveuse.

Mais évidemment cette méthodologie demanderait des efforts énormes aux pays sur le plan financier et logistique.

Travail du Service d'Entomologie
Médicale et de Parasitologie
Centre ORSTOM de BRAZZAVILLE

BIBLIOGRAPHIE

COLLOMB H., GALLAIS P. et PLANQUES L., 1956.

La trypanosomiase chez l'Africain transplanté
Bull. Soc. Path. Exot., 49, (5) : 900-912.

LAPEYSSONNIE L., 1960.

Deuxième note concernant un cas exceptionnel de trypanosomiase. Parasitémie observée depuis 21 ans sans signes cliniques appréciables chez une malade traitée inefficacement pendant les 10 premières années
Bull. Soc. Path. Ex., 53 : 28-32.

MARDING R.D. et HUTCHINSON M.P., 1948.

Sleeping Sickness of an unusual type in Sierra Leone and its attempted control.
Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg., 41, (4) : 481-512.

SICE A., 1937.

La trypanosomiase humaine en Afrique Intertropicale
Vigot Frères, ed.
