

SITUATION DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE DANS LE FOYER DE NOLA-SALO-BILOLO EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE EN 2005

Kohagne Tongué L¹, Guengäi M², Dologuélé NF¹, Louis FJ¹, Moka JJ¹

1 - Programme sous-régional de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PSR-THA) Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC) BP 15665 Yaoundé, Cameroun.

2 - Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA) Bangui, République Centrafricaine.

Med Trop 2008 ; 68 : 247-250

RÉSUMÉ • En novembre-décembre 2005, les équipes techniques de l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC) et du Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine de la République Centrafricaine (PNLTHA) ont procédé à un dépistage de la trypanosomiase humaine africaine dans le foyer historique de Nola-Salo-Bilolo en République Centrafricaine. Cette prospection a permis le diagnostic de 31 nouveaux cas de trypanosomiase, soit une prévalence de 0,44 %. Elle a permis également de mieux cerner les limites actuelles de ce vieux foyer et de constater que la circulation du parasite y est toujours importante. La maladie du sommeil y est actuellement contenue, mais il est essentiel que les efforts de lutte ne s'y relâchent pas, faute de quoi l'endémie pourrait à nouveau connaître une recrudescence préoccupante.

MOTS-CLÉS • Trypanosomiase humaine africaine - Nola - Salo - Bilolo - République Centrafricaine.

STATUS OF HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS IN THE NOLA-SALO-BILOLO IN THE CENTRAL AFRICAN REPUBLIC IN 2005

ABSTRACT • In November-December 2005, the technical staff of the Organisation for Coordination of the Control of Endemic Diseases in Central Africa (OCEAC) and the National Program for Control of Human African Trypanosomiasis (PNLTHA) undertook screening for human African trypanosomiasis in the historical focus of Nola-Salo-Bilolo in Central Africa. A total of 31 new cases of trypanosomiasis were detected for a prevalence of 0.44%. This study also provided insight into the limits of this old focus and showed that circulation of the parasite is still heavy. The endemia of sleeping sickness has now been contained in Nola-Salo-Bilolo but maintaining control measures is essential to preventing a potentially major recrudescence.

KEY WORDS • Human African trypanosomiasis - Nola - Salo - Bilolo - Central African Republic.

C'est en 1906 que le docteur Ouzilleau fait mention pour la première fois de cas de trypanosomiase humaine africaine dans le village de Nola en Oubangui-Chari (Fig. 1). En interrogeant les anciens du village, il précise que la maladie est arrivée vraisemblablement en 1890, dans le sillage des missionnaires qui remontaient la Sangha pour évangéliser la région (1).

Par la suite, la situation dans le foyer de « Nola-Salo-Bilolo » a empiré de manière dramatique et il n'a pas fallu moins de cinquante ans de lutte acharnée, associant dépistage-traitement des malades et « lomidinisation » prophylactique des populations, pour en arriver à bout (2).

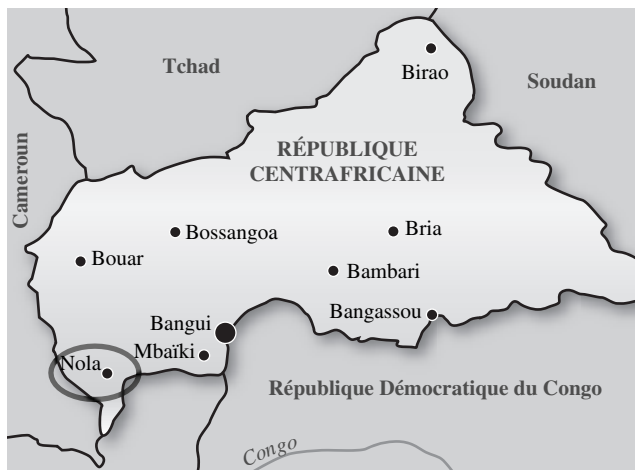


Figure 1. Nola, en République Centrafricaine..

• Correspondance : kohagne_oceac@yahoo.fr

• Article reçu le 6/09/2007, définitivement accepté le 27/11/2007.

De 1960 à 1980, le foyer a été considéré comme éteint, puis il a connu une reprise brutale au début des années quatre-vingt. De 1981 à 1991, 1 786 nouveaux cas ont été diagnostiqués, pour une population estimée d'environ 23 000 habitants, soit un taux d'incidence annuel moyen de l'ordre de 0,8 % (3).

Des activités de lutte soutenues, impliquant le dépistage-traitement des malades et une lutte antivectorielle étendue à l'ensemble du foyer, ont permis de ramener le nombre annuel de nouveaux cas de 227 en 1998 à 18 en 2003 (rapports de mission du Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine de la République Centrafricaine [PNLTHA], non publiés), faisant évoluer le statut épidémiologique du foyer de « forte prévalence » à « faible prévalence ».

Cette étude rapporte les résultats d'une campagne de dépistage de masse effectuée dans le foyer du 13 novembre au 09 décembre 2005.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le foyer de Nola-Salo-Bilolo

La préfecture de la Sangha-Mbaéré au sud-ouest de la République Centrafricaine, est subdivisée en trois sous-préfectures dont celle de Nola.

La sous-préfecture de Nola est parcourue par les rivières Kadeï et Mambéré qui se réunissent pour former la Sangha (Fig.2). Nola est une agglomération construite au confluent de la Kadeï et de la Mambéré, Salo est située sur la Sangha et Bilolo sur la piste qui va de Nola à Yokadouma, au Cameroun.

Dans cette région, le climat est équatorial, de type guinéen avec deux saisons : une longue saison des pluies (mars-novembre) avec une pluviométrie moyenne de 1 600 mm et une courte saison sèche (décembre-février). Le paysage est marqué par la prédominance d'une forêt dense

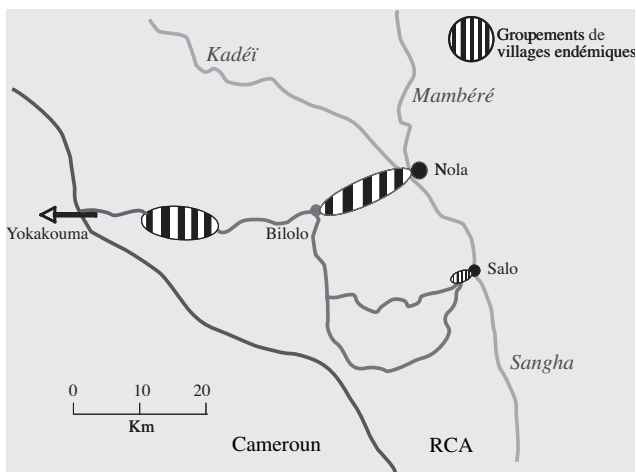


Figure 2. Distribution des villages «endémiques» dans le foyer.

semi-décidue mêlant une imbrication de plusieurs faciès (caféiers, cacaoyers, cultures vivrières, jachères, îlots forestiers). On y trouve également de grandes savanes naturelles et anthropiques et des forêts galeries. Ce milieu est particulièrement favorable au développement des glossines qui y trouvent les conditions essentielles à leur survie : ombre, humidité et nourriture.

La population exposée au risque de contracter la maladie du sommeil est estimée à 23 000 habitants répartie dans les trois communes de Nola, Salo et Bilolo. Elle a pour principale activité l'agriculture (avec notamment le rouissage du manioc dans les cours d'eau), la chasse, la pêche et l'exploitation minière artisanale (or et diamant), qui favorisent le contact homme-glossine.

La couverture sanitaire de la sous-préfecture de Nola est assurée par un hôpital préfectoral dirigé par un médecin et un dispensaire dans chacune des trois communes, supervisé par un infirmier diplômé d'état.

Les villages prospectés

Dans les 3 communes du foyer, 39 villages ont été retenus pour la prospection :

- 4 dans la commune de Nola : Sésam II, Alombet, Mekara et Mobikombo ;
- 27 dans la commune de Bilolo : Bandoka II, Mobilé, Kaolo, Bindjo, Nkouala, Mongounga, Somba, Mpoyo, Biakao, Assigui, Adoumandjali, Mpombo, Bikoula, Nabondo I, Kouna, Modigui, Abogui, Siembo, Domicili, Anam, Ziendi, Zakandi, Gbakobo, Ntomori, Ntondo, Gbamina et Biguéné ;
- 8 dans la commune de Salo : Satouba, Lobi, Bandoka I, Adebori, Npiwala, Campement, Morikombo et Sésam I.

La prospection médicale

La campagne de dépistage actif a eu lieu en début de saison sèche, du 21 novembre au 13 décembre 2005. Elle s'est déroulée après une sensibilisation de la population par l'équipe médicale, les autorités villageoises et la radio locale. Tous les villages retenus ont été prospectés.

La chaîne de dépistage a été organisée suivant un arbre décisionnel aujourd'hui appliqué dans toute l'Afrique Centrale (Fig.3) (4). Cet algorithme permet l'examen de 400 à 600 personnes par jour et le dépistage de plus de 90 % des malades dans la population examinée. Son rendement est d'autant plus élevé que le taux de prévalence de la maladie dans un foyer est élevé.

Cette stratégie diagnostique introduit la notion de :

- cas parasitologique : sujet chez qui les analyses parasitologiques ont permis de mettre en évidence des trypanosomes, et qui sera traité selon les données du diagnostic de phase ;

- cas sérologique : sujet chez qui la sérologie CATT est supérieure à 1/8, mais chez qui les analyses parasitologiques restent négatives. Il est également traité selon les données du diagnostic de phase ;

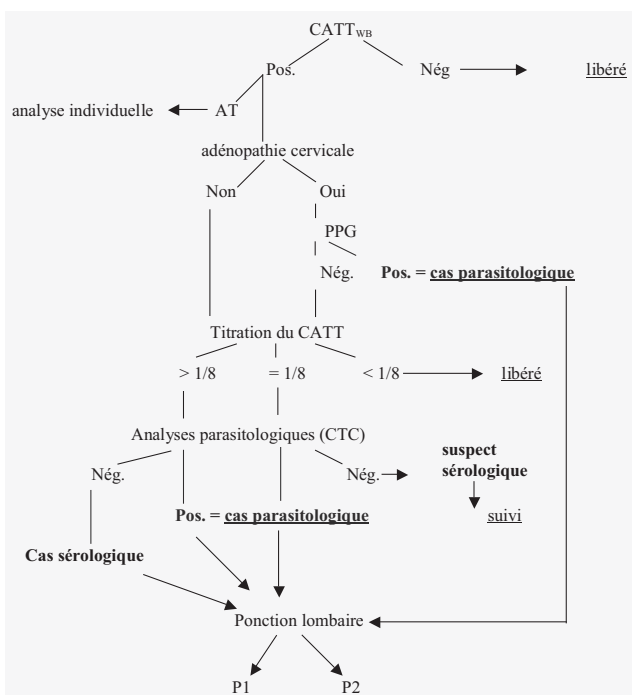


Figure 3. L'arbre décisionnel utilisé pour le dépistage des cas de trypanosomiase humaine africaine.

- suspect sérologique : sujet chez qui la sérologie CATT est égale à 1/8, et dont les analyses parasitologiques sont négatives. Suspect de THA, il est placé sous surveillance et sera revu à la prospection suivante.

Les sujets reconnus malades ont été mis sous traitement : pentamidine pour les malades en première phase, méflarsoprol pour ceux en deuxième phase. La phase est définie par la cytorachie : inférieure ou égale à 10 par microlitre pour la phase 1, supérieure à 10 pour la phase 2.

RÉSULTATS

Au total, 31 nouveaux cas ont été dépistés, soit 0,44 % de la population examinée, et 62 suspects sérologiques ont été enregistrés (0,88 % de la population examinée).

Les 31 nouveaux cas, tous répondant à la définition du cas sérologique, se répartissent en 21 malades en phase 1 (67,7 %) et 10 en phase 2 (32,3 %). Ces malades ont été traités et ont guéri sans séquelle.

Sur ces 31 cas sérologiques, 10 ont été diagnostiqués dans les quatre villages de la commune de Nola, 4 dans un des huit villages de la commune de Salo et 17 dans quatorze des vingt-sept villages prospectés de la commune de Bilolo.

DISCUSSION

Le taux de couverture, i.e. le rapport de la population examinée sur la population estimée, a été de 81,3 %. Ce bon résultat rend certainement compte de la qualité de la sensi-

bilisation d'une population déjà parfaitement au fait de la maladie et de sa gravité.

Les 31 malades ont été diagnostiqués dans 19 des 39 villages visités : 18 de ces 19 villages « endémiques » sont sur l'axe Nola-Yokadouma, sur lequel ils se distribuent en deux groupements distincts (Fig. 2) :

- le premier, de Nola à Bilolo, réunit les villages Sésam II (en fait un quartier périphérique de Nola), Alombet, Mékara, Mobikombo, Bandoka II, Kaolo, Bindjo, Mongounga, Mpoyo, Somba, Biakao et Adoumandjali : 19 malades y ont été dépistés, soit 0,59 % des 3 240 personnes examinées ;

- le second, vers la frontière avec le Cameroun, concerne les villages Abogui, Domicili, Siembo, Anam, Ziendi et Gbakobo, en pleine forêt : 10 malades y ont été diagnostiqués, soit 0,63 % des 1 270 habitants examinés.

Aucun malade n'a été diagnostiqué dans les villages le long des pistes allant de Bilolo à Salo. Il semble donc que l'on assiste à une concentration de l'endémie autour de deux sites de contamination, l'un sur l'axe Nola-Bilolo, l'autre d'Abogui à Gbakobo. Une analyse des comportements des populations de ces deux groupements apporterait peut-être des informations précieuses sur leur mode de contamination : le premier groupement, entre Nola et Bilolo, a certainement une activité en relation avec ces deux villes, agriculture notamment. Le deuxième groupement, en pleine forêt, doit avoir des activités étroitement liées à la chasse et à la pêche. Ces hypothèses demandent cependant à être confortées et la place des activités minières précisée. Une enquête entomologique assurerait également une meilleure localisation de ces sites de contamination et permettrait d'organiser une lutte antivectorielle ciblée sur ces sites.

Quatre malades ont été diagnostiqués à Sésam I, un quartier périphérique de Salo. Ces quatre malades sont en phase 2 de la maladie, ce qui laisse penser à une contamination ancienne.

Les 27 malades de l'axe Nola-Yokadouma se répartissent en 21 patients en phase précoce lymphatico-sanguine et seulement 6 en phase tardive méningo-encéphalitique. Le ratio P1/P2 est donc de 3,5, ce qui peut signifier que l'endémie est en pleine reviviscence et que l'équipe de dépistage est passée au moment de cette recrudescence des contaminations. L'analyse des prospections effectuées les années précédentes par le PNLTHA de République Centrafricaine montre que le pourcentage de nouveaux cas dépistés était de 0,2 % en 2003 et de 0,4 % en 2004 (données non publiées). Le constat d'une prévalence de 0,44 % lors de cette prospection de novembre-décembre 2005 n'est donc pas a priori en faveur d'une aggravation de la situation ; il n'est pas non plus évocateur d'une amélioration.

Les dernières campagnes de lutte antivectorielle par piégeage dans ce foyer ont eu lieu dans les années quatre-vingt dix. Associées à un dépistage-traitement des malades, elles avaient permis de réduire de manière significative l'incidence de la maladie, de plus de 100 nouveaux cas par an en moyenne à moins de 20 après la campagne de lutte. Les

31 nouveaux cas dépistés lors de cette prospection de 2005 semblent donc être l'indication d'une reprise de la transmission dans le foyer. Les populations des villages prospectés se plaignent d'ailleurs d'une recrudescence des piqûres de glossines, aux abords mêmes de leurs villages, ce qui est en faveur d'une transmission péri-domestique de l'endémie, phénomène déjà décrit dans ce foyer (5).

Une grande vigilance s'impose car 62 suspects sérologiques ont été dépistés en plus des 31 nouveaux cas. Il existe une corrélation significative ($r=0,66$) entre la présence d'un suspect et celle d'un malade dans un village. Ce nombre important de suspects immunologiques témoigne vraisemblablement d'une forte circulation du trypanosome dans le foyer (6) et ces sujets pourraient contribuer à l'expansion de la maladie car il est possible qu'ils soient porteurs de trypanosomes, à un taux inférieur au seuil de détection des techniques parasitologiques utilisées.

Huit villages seulement ont été reconnus indemnes, i.e. sans malade ni suspect sérologique : Mobilé, Bikoula, Nabondo I et Kouna entre les deux groupes de villages endémiques, Bamina et Biguéné près de la frontière avec le Cameroun, Campement (village pygmée) et Biguéné en périphérie de Salo. Il est évident que les populations des six premiers villages cités doivent être considérées comme exposées au même risque de contamination que celles des villages endémiques, dont ils sont à proximité immédiate. Les habitants de Campement et de Biguéné semblent moins exposés au risque de contracter la trypanosomiase, en raison même de leur proximité avec Salo. Mais là encore, une étude du comportement des populations pourrait apporter un éclairage intéressant car s'il est bien connu que les Pygmées ont essentiellement une activité de chasse et de pêche, qui les met constamment en contact avec les glossines, il n'en est peut-être pas de même chez les Pygmées de Campement, sédentarisés en milieu péri-urbain.

CONCLUSION

La campagne de dépistage de la trypanosomiase humaine africaine dans la sous-préfecture de Nola en

novembre-décembre 2005 a permis le dépistage de 31 nouveaux cas et de 62 suspects sérologiques.

Elle a montré également que les limites de ce foyer historique semblent se contracter pour ne plus se limiter aujourd'hui qu'à deux groupes de villages sur l'axe Nola (République Centrafricaine) - Yokadouma (Cameroun).

Il semble néanmoins que la circulation du parasite soit encore importante dans cette région, ce qui n'incite pas à un optimisme prématuré.

Dans ce foyer, une reprise des actions de lutte antivectorielle, associées aux campagnes de dépistage-traitement des malades, devrait contribuer à réduire de manière significative la circulation du parasite et, partant, à atteindre l'objectif de l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine comme problème de santé publique.

Remerciements • Les auteurs remercient vivement toute l'équipe du PSR-THA de l'OCEAC et celle du PNLTHA de la République Centrafricaine pour leur appui technique, sans qui la prospection de la trypanosomiase humaine africaine dans le foyer de Nola-Salo-Bilolo n'aurait pas été possible.

RÉFÉRENCES

- 1 - Saragba M. Histoire de la trypanosomiase ou maladie du sommeil en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Thèse de doctorat 3^e cycle, Université de Provence, 1983, 715 p.
- 2 - Lotte AJ. - Historique du foyer de trypanosomiase de Nola. *Bull Soc Pathol Exot* 1953 ; 46 : 374-87.
- 3 - Koona Koona JA. Le foyer de trypanosomiase humaine africaine de Nola (République Centrafricaine), de 1971 à 2004 : histoire d'une épidémie. Thèse de doctorat en médecine, Université de Bangui, 2006, 103 p.
- 4 - Louis FJ, Kohagne Tongue L, Ebo'o Eyenga V, Simarro PP. Organisation d'une campagne de dépistage actif de la trypanosomiase humaine africaine à Trypanosoma brucei gambiense. *Med Trop* 2008 ; 68 : 11-16
- 5 - Gouteux JP, Kounda Gboubi JC, Noutoua L, D'amico F, Bailly C, ROUNGOU JB - Man-fly contact in the Gambian trypanosomiasis focus of Nola-Bilolo (Central African Republic). *Trop Med Parasitol* 1993 ; 44 : 213-8.
- 6 - Bouchet B, Legros D, Lee E- Key indicators for the monitoring and evaluation of control programmes of human African trypanosomiasis due to *Trypanosoma brucei gambiense*. *Trop Med Int Health* 1998 ; 3 : 474-81.