

LA TRYPANOSOMOSE HUMAINE AFRICAINE EN ZONE DE MANGROVE EN RÉPUBLIQUE DE GUINÉE : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DE DEUX FOYERS VOISINS

M. CAMARA, D. KABA, M. KAGBADOUNO, J. R. SANON, F. F. OUENDENO, P. SOLANO

Med Trop 2005 ; 65 : 155-161

RÉSUMÉ • L'objectif de cette enquête menée dans deux régions voisines de la mangrove littorale de la Guinée (Dubréka et Boffa) était de dépister des malades, d'apporter des informations sur la présence de la Trypanosomose Humaine Africaine (THA, ou maladie du sommeil), et de décrire certaines caractéristiques épidémiologiques et cliniques en comparaison avec les foyers de Côte d'Ivoire sur lesquels plus de données sont disponibles. Les cas de THA ont été dépistés parasitologiquement à la suite d'une prospection médicale active (91 malades sur 9637 personnes vues) et de façon passive (5 malades) dans les hypnosers. Sur les 57 premiers cas venus au traitement dans les centres de Dubréka et Boffa, 29 ont subi un questionnaire épidémiologique et clinique, et ont fait l'objet d'un examen clinique détaillé. La détermination du stade évolutif de leur maladie a été faite à partir de l'étude cytochimique du liquide céphalo-rachidien. La maladie du sommeil reste, aussi bien dans les foyers de Côte d'Ivoire que dans ceux de Dubréka et Boffa, une affection rurale atteignant les personnes actives. Ici elle atteint les hommes et les femmes exerçant l'agriculture, la pêche et l'extraction du sel. En revanche, à la différence des foyers ivoiriens où la diversité ethnique humaine due aux travaux dans les plantations de rente est considérée comme ayant un rôle prépondérant dans le maintien de l'endémie, les malades de notre étude appartiennent presque tous (98 %) à l'ethnie autochtone Soussou, menant leurs activités pour leur propre compte et vivant tous dans les villages dépourvus d'immigration. Si la symptomatologie clinique observée chez ces malades n'est pas différente de celle qui est déjà connue, on note cependant la présence très fréquente (93 %) d'adénopathies cervicales. Ce signe peut ainsi constituer un élément d'orientation diagnostique important pour la surveillance de ces foyers de mangrove, et un élément de diagnostic parasitologique comme en témoignent les 88,5 % de sujet dépistés par le suc ganglionnaire. Les malades, quant bien même dépistés activement (95 %), étaient quasiment tous en phase méningo-encéphalitique (98 %). Il semble crucial de poursuivre dans les meilleurs délais la surveillance de ces régions de Guinée et d'étendre les prospections à l'ensemble du pays afin d'éviter si possible une recrudescence et une extension de la maladie.

MOTS-CLÉS • Mangrove -Guinée - Epidémiologie - Clinique - THA.

HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS IN THE MANGROVE FOREST IN GUINEA: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES IN TWO ADJACENT OUTBREAK AREAS

ABSTRACT • The purpose of this study carried out in two adjacent areas of the coastal mangrove forest of Guinea (Dubreka and Boffa) was to screen the population for disease, provide information on human African trypanosomiasis (HAT, a.k.a. sleeping sickness) and compare the epidemiologic and clinical features with those of outbreak areas in the Ivory Coast where more data is currently available. Cases of HAT were confirmed by parasitological testing after active medical work-up (91 of 9637 patients examined). Five cases were confirmed in patients in treatment centers. Of the first 57 cases admitted for treatment in the Dubreka and Boffa centers, 29 were responded to a clinical and epidemiological questionnaire and underwent thorough clinical examination. Disease stage was determined by cytochemical testing of cerebrospinal fluid. As in outbreak areas of the Ivory Coast, sleeping sickness in Dubreka and Boffa is a rural disease mainly affecting the working population. Most cases identified in Guinea involved men and women working in farming, fishing, or salt extraction. However unlike Ivory Coast outbreak areas where ethnic diversity related to share cropping is considered to play a major role in maintaining endemicity, almost all patients in our study (98%) were from the native Soussou population that is self employed and lives in villages with no immigrant population. While clinical symptoms observed in these patients were not different from those reported elsewhere, there was a high frequency of cervical adenopathy (93%). This finding could provide a useful diagnostic sign for screening populations living in these mangrove forest regions and as a source for parasitological diagnosis as shown by the fact that 88.5% of patients were screened on the basis of lymph node fluid specimens. Most patients including among those identified by active work-up (5%) were in the meningo-encephalitis phase of the disease (98%). The findings of this study underline the need not only to continue surveillance in these regions but also to extend surveillance throughout the country as a means of avoiding recrudescence and extension of the disease.

KEY WORDS • Mangrove -Guinea - Epidemiology - Clinical Features - THA.

- Travail du du Programme National de Lutte contre la Trypanosomose Humaine Africaine (M.C., Docteur en entomologie médicale ; M.K., Etudiant en entomologie médicale ; F.F.O., Médecin) Conakry, Guinée et de l'Institut Pierre Richet (D.K., Médecin ; J.R.S., Infirmier d'état ; P.S., Docteur en parasitologie) IRD UR 035, Bouaké, Côte d'Ivoire.
- Correspondance : P. SOLANO, CR1 IRD UR 035, IPR, s/c représentation IRD, 15 BP 917 ABIDJAN 15, Côte d'Ivoire • Fax (225) 21 75 47 26 •
- Courriel : solano@ird.ci •
- Article reçu le 18/02/2004, définitivement accepté le 5/04/2005.

Après les années soixante, on a assisté à une résurgence de la Trypanosomose Humaine Africaine (THA ou maladie du sommeil) dans la plupart des anciens foyers. La situation est redevenue épidémique dans certains pays comme la République Démocratique du Congo, et l'Angola. En Afrique de l'Ouest, la situation en Côte d'Ivoire est considérée comme étant hyper-endémique (1). Très peu d'infor-

mations sont disponibles en Guinée, où l'on soupçonne une résurgence de la THA qui était déjà fortement prévalente dans les années 1930-40 (2). En Guinée, on estime à 2,5 millions les personnes exposées au risque de la maladie, soit plus du tiers de la population totale du pays estimée à 6,5 millions en 1994. Aussi, la situation de la THA est-elle à ce jour méconnue dans le pays notamment en zone de mangrove, environnement particulier où l'épidémiologie de la THA reste à comprendre.

Cette étude, menée grâce aux efforts conjoints du PNLTHA guinéen et de l'équipe mobile de l'Institut Pierre Richet de Bouaké (Côte d'Ivoire), avait donc pour objectifs d'apporter une première estimation de l'importance de la THA, et de décrire certaines caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la maladie du sommeil dans deux foyers très peu connus car très peu étudiés, situés en zone de mangrove guinéenne.

PATIENTS ET METHODES

Zone géographique et population d'étude :

Les préfectures de Dubréka et Boffa sont situées dans la zone maritime de la Guinée, respectivement à 50 et 130 km à l'ouest de Conakry (Fig. 1). Cette région fait partie de la grande zone de mangrove qui s'étend depuis la frontière

Sierra-Léonaise jusqu'à la Guinée Bissau. On peut regrouper le faciès géographique de cette zone en trois types: la mangrove, l'arrière mangrove et les îles. L'arrière mangrove est composée de forêts galeries, de montagnes, et de nombreux bas-fonds propices à la culture du riz et des produits maraîchers.

La population est composée en grande majorité d'autochtones Soussou, mais aussi de Peuhl, de Malinké et de quelques forestiers (Toma, Gréssé, Kissi). Si dans les villes cette population est hétérogène, elle reste cependant très homogène dans les villages, composés presque exclusivement d'autochtones Soussou. Outre les villes de Dubréka et Boffa (environ 25 000 habitants chacune), l'habitat humain est constitué essentiellement de villages dont la population varie entre 300 et 2000 habitants. A côté de l'habitat permanent en villages, co-existent de petits campements provisoires qui constituent des lieux de repos lors des travaux de pêche et/ou d'extraction de sel. Les villes de Dubréka et Boffa sont dotées chacune d'un hôpital général et d'un centre d'hypnotéroproserie dont celui de Boffa vient juste de voir le jour.

Prospection médicale et méthodes

Une prospection médicale a eu lieu en janvier 2002. Le schéma de dépistage est celui classiquement utilisé en Afrique de l'Ouest (Fig. 2) : après une phase de sensibilisation qui utilise les voies du système de santé du pays (radio, agents de santé villageois...), l'équipe de prospection vient



Figure 1 - Carte de la zone géographique et population de l'étude, République de Guinée.

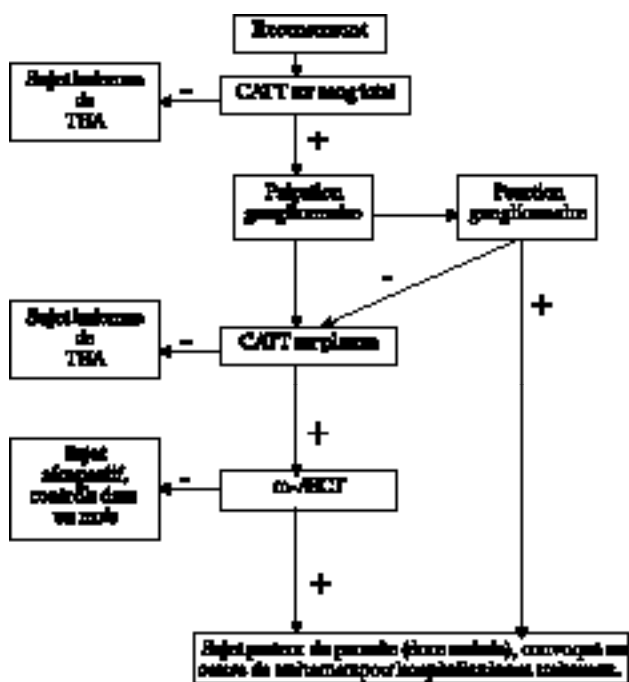


Figure 2 - Arbre décisionnel de l'organisation pratique du diagnostic de masse de la THA effectué lors de cette enquête.

NB: Tout sujet séropositif présentant des signes cliniques neurologiques et/ou neuro-psychiatriques en zone d'endémie fera l'objet d'une ponction lombaire avec recherche de trypanosomes et de cellules dans le LCR.

s'installer dans le village choisi. Chaque personne présente est recensée et reçoit une convocation personnelle. Elle passe ensuite au prélèvement sanguin au bout du doigt dans un tube capillaire, et le test « Card Agglutination Test for Trypanosomiasis » (CATT, 3) effectué sur sang total est réalisé sur chaque prélèvement. Si le test est négatif, le sujet est libéré. Si le test est positif, le sujet est appelé au poste de consultation. Une palpation ganglionnaire est effectuée, qui débouche sur un examen microscopique du suc ganglionnaire en présence d'adénopathie. En cas d'absence de ganglion ou d'un examen du suc ganglionnaire négatif, un prélèvement sanguin est réalisé au pli du coude. Après sédimentation du sang, le CATT est réalisé sur le plasma. Si le test est positif (sujet appelé « séropositif »), un test parasitologique est réalisé, la mAECT, ou minicolonne échangeuse d'anions (4).

Dans tous les cas, un sujet est déclaré malade uniquement si le trypanosome est mis en évidence au microscope, soit par examen du suc ganglionnaire, soit dans le sang par la mAECT. Les sujets séropositifs au CATT-plasma non confirmés parasitologiquement sont convoqués à la base de santé la plus proche un mois après la prospection.

Parallèlement au dépistage actif, les bases de santé de Dubréka et Boffa réalisent des dépistages passifs en poste fixe, lorsque des patients se présentent spontanément.

Pour des raisons logistiques, l'étude porte sur les 57 patients arrivés les premiers au traitement, sur lesquels seuls les 29 premiers malades arrivés ont fait l'objet d'un questionnaire épidémiologique et clinique, suivi d'un examen

Tableau I - Prévalence et séroprévalence de la maladie du sommeil dans les foyers de Dubréka et Boffa lors de la prospection médicale.

Foyers	Pop vue	Séro positifs	Séro-prévalence	Malades	Prévalence	phase
Dubrèka	5 327	76	1,42 %	40	0,75 %	0 P1, 29 P2
Boffa	4 310	77	1,78 %	51	1,18 %	1 P1, 27 P2
Total	9 637	153	1,58 %	91	0,94 %	57 traités

physique au cours duquel les signes cliniques classiques de la THA ont été recherchés (5, 6) : adénopathies, fièvre, céphalées, asthénie, prurit, vertiges, aménorrhée, troubles sexuels, ainsi que des signes neurologiques (troubles de la vigilance, troubles du sommeil, troubles moteurs, réflexes archaïques et ostéotendineux, etc).

La détermination du stade de la maladie a été réalisée à partir de l'étude cytochimique du liquide céphalo-rachidien (numération des éléments cellulaires à la cellule de MALASSEZ et dosage des protéines). Les critères de détermination du stade ont été ceux préconisés par l'OMS (1996). Ont été classés en première phase tous les malades dont la cytorachie est inférieure ou égale à 5 éléments/mm³ et/ou la protéinorachie inférieure ou égale à 0,40 g/l. Les malades classés en deuxième phase sont ceux dont la cytorachie est strictement supérieure à 5 éléments/mm³ et/ou la protéinorachie strictement supérieure à 0,40 g/l (1, 7).

L'analyse statistique des données a été effectuée sur Excel 2000 et les tests statistiques réalisés à l'aide du logiciel Epi Info version 6, avec un risque α de 5%. Ainsi toute valeur de p inférieure à 5% (0,05) a été considérée comme significative.

RÉSULTATS

Prévalence et séroprévalence

A la suite de la prospection médicale effectuée du 26 janvier au 6 février 2002, 91 trypanosomés ont été dépistés sur 9637 personnes examinées dans l'ensemble des deux foyers, soit un taux d'infection total de 0,94% (Tableau I). Ce taux est significativement plus élevé à Boffa (1,18%) qu'à Dubréka (0,75%) ($p < 0,002$). En revanche la séroprévalence n'est pas significativement différente entre les 2 régions ($p > 0,10$). Au sein de chaque zone, la prévalence est hétérogène, variant d'un village à l'autre. Elle est très élevée dans certains villages, dépassant les 2%.

Dépistage et diagnostic de phase

Après la prospection médicale, 5 malades ont été dépistés passivement à l'hypnose de Dubréka (4 malades) et à l'hôpital général de Boffa (1 malade). Ainsi au total, 96 malades ont été dépistés entre le 26 janvier et le 29 mars, dont 95% par prospection médicale et 5% lors de consultations passives.

Tableau II - Fréquence des signes cliniques observés sur les 29 premiers malades traités.

Signes	Fréquence	
	n	(%)
Céphalées	29	100
Fièvre	28	97
Asthénie (fatigue générale)	28	97
Adénopathies	27	93
Prurit (\pm intense + lésions de grattage)	27	93
Maigrissement	22	77
Troubles du sommeil	16	57
Réflexes archaïques	15	53
Troubles sexuels	15	53
Vertige	12	40
Œdèmes	3	10
Autres troubles neurologiques	3	10
Hépatosplénomégalie	2	7
Troubles cardiaques	2	7
Troubles du comportement	1	3

Sur les 96 malades dépistés, 87 (dont les 5 dépistés passivement) l'ont été à partir du suc ganglionnaire (88,5%) et 9 par la minicolonne.

Parmi les 57 premiers malades reçus pour traitement, 56 soit 98% étaient à la deuxième période c'est à dire à la phase méningo-encéphalitique. Un seul trypanosomé était en première période.

Les signes cliniques

On peut distinguer trois catégories de signes cliniques:

- les signes très fréquents voire constants, dont la fréquence varie entre 93% et 100% (Tableau II). Ce sont les céphalées, la fièvre, l'asthénie, les adénopathies et le prurit (avec lésion de grattage);

- les signes fréquents, dont la fréquence varie entre 40 et 77% : l'amaigrissement (non chiffré), les troubles du sommeil, la modification des réflexes archaïques péri-oraux et

chéiro-oraux, les troubles sexuels d'origine neuroendocrinienne à type de baisse de la libido et/ou d'impuissance chez l'homme et d'aménorrhée non gravide chez la femme, les vertiges;

- les signes peu fréquents, dont la fréquence varie de 3 à 10% : parmi ces signes on retrouve d'autres signes neurologiques qui sont présents chez 10% des malades, à savoir les fourmillements et tremblements des extrémités, les troubles de la marche. On retrouve également les œdèmes du visage et des membres inférieurs, les hépatosplénomégalies, les troubles cardiaques (tachycardie avec bruit de galop), et les troubles du comportement à type de troubles de l'humeur chez un adolescent, avec euphorie et antécédent d'agression des parents à l'arme blanche.

Profil socioprofessionnel des malades

• Sexe, âge, ethnie

Sur les 96 trypanosomés, il y a autant de femmes que d'hommes atteints (48 dans les 2 cas). Les plus jeunes et les plus âgés ne sont pas ou peu atteints. 64,6% des trypanosomés sont des jeunes actifs, parmi lesquels ceux de la classe d'âge de 10 à 14 ans sont les plus atteints (Fig. 3). L'âge moyen des malades est de 28,2 ans.

Au niveau ethnique, 98% des dépistés appartiennent à l'ethnie autochtone Soussou (96,5% parmi les traités). Un malade est un Peuhl.

• Profession et lieux d'activité

Les principales activités menées sont la culture de produits vivriers tel que le riz, le fonio, le maïs. Suivent la pêche, l'extraction de sel et le commerce (poisson, sel, mil, maïs, riz et fonio). Les populations mènent à la fois toutes ces activités. La majorité d'entre eux sont cultivateurs (28 personnes soit 96,5%), 16 parmi eux font aussi de la pêche et 15 l'extraction du sel. Sept personnes soit 27,6% mènent à la fois

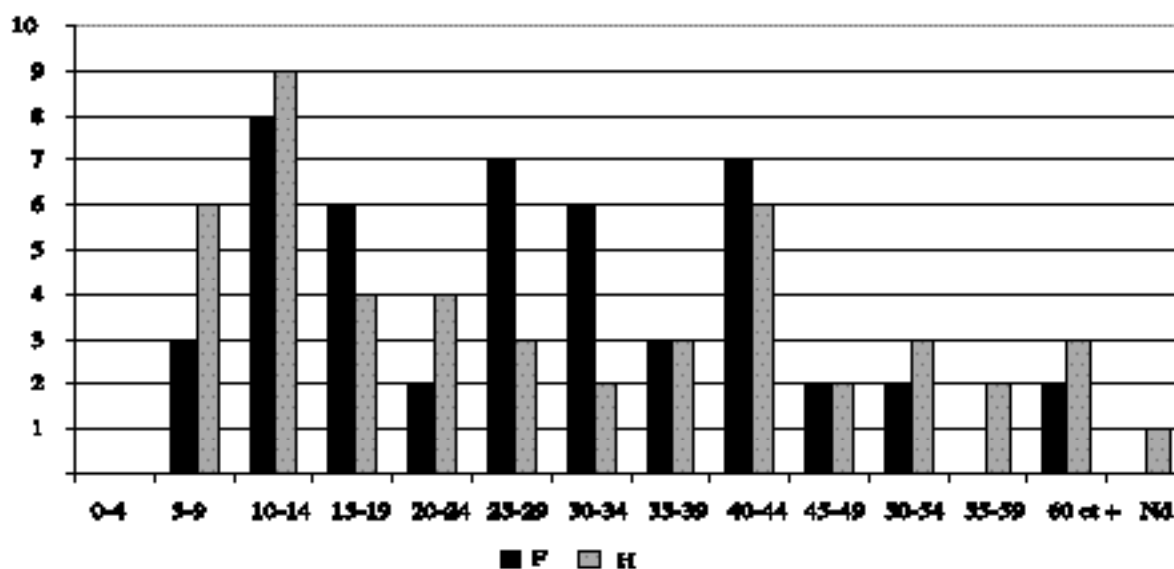


Figure 3 : Répartition des trypanosomés selon l'âge et le sexe.

les 3 activités. Parmi les 5 enfants, 4 sont des élèves qui accompagnent leurs parents dans ces lieux d'activités pendant les jours de repos et les congés.

Les patients mènent leurs activités (agriculture, pêche et extraction de sel) dans les trois principaux types de paysage.

• *Durée de séjour dans la zone et voyages*

Au total, 86% des trypanosomés vivent dans la zone, qui est aussi leur région d'origine depuis leur naissance; 14% y vivent depuis plus de 10 ans; ces derniers sont tous des adultes nés ailleurs et venus s'installer dans leur village d'origine.

D'après les réponses obtenues, 79% des malades ont voyagé au moins une fois durant les 3 dernières années. La destination majoritaire (56,5%) de ceux qui ont voyagé est Conakry, tandis que 39,1% se sont déplacés à l'intérieur de leur département (Dubreka et s/p ou Boffa et s/p), et 17,4% sont allés vers les villes préfectures de leur département.

La durée de séjour varie de 3 jours à 1 an. Dans 48% des cas, le séjour n'excède pas une semaine. Ces brefs séjours concernent essentiellement la ville de Conakry (64% des séjours brefs). De même, les plus longs séjours (7 mois à 1 an) ont lieu à Conakry.

DISCUSSION

Une situation préoccupante

La prévalence globale de l'ensemble des deux zones est de 0,94% (sur les 9637 personnes vues au cours de la prospection médicale), légèrement supérieure à Boffa (1,18%) qu'à Dubreka (0,75%). Il faut noter que le foyer de Dubreka a été déjà prospecté en 1997 et en 1998, alors que celui de Boffa est resté inexploré depuis la période coloniale. Cela explique donc certainement que l'endémie sommeilleuse y soit plus importante.

Dans chaque foyer, la prévalence est hétérogène variant d'un village à l'autre. Elle est élevée dans certains villages de Boffa où elle dépasse les 2%, atteignant jusqu'à 5%. Les prévalences les plus élevées sont trouvées dans les villages des îles ou de la zone de mangrove, et sont moins élevées en arrière mangrove. Ces taux traduisent bien la réalité de l'importance actuelle de la maladie du sommeil (8) dans ces foyers mangrotiens, d'autant que beaucoup de villages restent encore à prospecter.

Diagnostic et clinique

Cette étude confirme bien que le dépistage actif, méthode mise en place par Jamot depuis 1917 et qui a pour principe d'aller examiner les populations de façon exhaustive chez elles dans les villages et les zones les plus reculées, reste un moyen efficace pour dépister le maximum de malades. En effet, sur les 96 trypanosomés dépistés, 91 l'ont été par prospection médicale et seulement 5 lors de consultations passives. Cela s'explique principalement par l'oubli

de la maladie par les praticiens et par la population, la latence clinique, dépassant parfois les 5 ans (9), et aussi par le caractère non pathognomonique des signes lorsqu'ils existent.

La confirmation parasitologique des suspects sérologiques a été faite pour la plupart à l'examen direct du suc ganglionnaire (87/96 dont les 5 dépistés passivement). Ceci pourrait constituer au plan du diagnostic un avantage certain dans le contexte guinéen où le matériel nécessaire aux autres méthodes de diagnostic parasitologique (minicolonne, QBC test, Centrifugation en Tube Capillaire etc) fait cruellement défaut dans les centres de traitement. La quasi-totalité des malades qui se sont présentés pour le traitement dans les centres de Dubreka et Boffa était en deuxième période (56/57). Un seul était en première période.

La forte proportion de malades dépistés à l'examen du suc ganglionnaire (87/96), liée à la présence importante d'adénopathies (27/29) et à la prédominance de malades en seconde phase (95/96), constitue une différence notable par rapport au contexte ivoirien voisin, où la proportion des malades dépistés par ponction ganglionnaire, par exemple, n'est que d'environ 50% dans le foyer de Bonon (Solano, comm. pers.). Des différences épidémiologiques, comme la variabilité génétique des souches de trypanosomes liée à une diversité des tableaux cliniques (10), des différences de modalité de transmission, ou le fait qu'il n'y ait pas eu de prospection pendant de nombreuses années, pourraient expliquer ces particularités. Le nombre important de patients dépistés par l'examen direct du suc ganglionnaire, dont ceux dépistés passivement à l'hypnose de Dubreka, présente un intérêt diagnostique, car une simple palpation ganglionnaire suffit à dépister la majorité des malades. Mais, si au plan de la surveillance épidémiologique d'un foyer, la présence quasi-constante d'adénopathies peut constituer un important signe d'appel pour les populations et un élément d'orientation diagnostique, ce n'est pas toujours le cas au plan du dépistage de masse. En effet, un tel dépistage basé sur la présence d'adénopathies détectera une majorité de patients en phase nerveuse (9) qui auront, du fait du traitement par l'Arsoval®, un pronostic thérapeutique moins favorable voire grave. Il reste donc important, comme nous l'avons fait dans cette prospection, de réaliser le CATT dans un premier temps afin de faire un tri sérologique, sur lequel ensuite sera réalisée la palpation ganglionnaire.

La sémiologie clinique observée dans ces deux foyers ne diffère pas de celle déjà décrite par ailleurs (5, 6). Chez ces patients quasiment tous en phase méningo-encéphalitique (98%), on note à la fois la présence des signes de la phase lymphatico-sanguine les plus fréquents, et des signes neurologiques plutôt modérés, démontrant ainsi l'intrication des deux phases de la maladie. A côté de la forte présence d'adénopathies évoquées plus haut, les signes très fréquemment rencontrés, voire constants, sont ceux retrouvés par ailleurs dans d'autres affections telles que le paludisme, l'onchocercose, etc.. Ces signes ne sont de ce fait pas pathognomoniques.

Le profil socioprofessionnel des malades et l'impact des facteurs humains

• Sexe, âge, ethnie

Dans ces foyers mangrotiens, la THA atteint indifféremment les deux sexes avec un sex-ratio (M/F) égal à 1. En Côte d'Ivoire, généralement, les hommes sont plus atteints que les femmes (11, 12). Cette différence pourrait tenir à la nature des activités professionnelles, puisque en Côte d'Ivoire la THA a tendance à atteindre les paysans (manœuvres, planteurs) travaillant dans les cultures de rente, ce type de culture étant peu présent dans la zone enquêtée en Guinée. La moyenne d'âge des malades (28,2 ans) rejoint sensiblement celle des patients de Sinfra en Côte d'Ivoire égale à 27 ans (11). Ce sont des adultes jeunes de 15 à 54 ans (64,6 %) ($p = 10^{-6}$). Ainsi, comme cela a déjà été démontré dans d'autres foyers (12, 13), la THA atteint les personnes actives qui travaillent dans les champs, sur les îles ou sur la mer comme pêcheurs. La particularité ici est une forte atteinte, chez les enfants, des plus âgés d'entre eux (10 à 14 ans). Ce sont des jeunes adolescents, élèves ou non, qui travaillent souvent avec leurs parents ou qui s'adonnent à d'autres activités, comme la baignade, la cueillette et la pêche.

Les malades appartiennent à seulement deux ethnies (Soussou et Peuhl). Cette homogénéité est à l'image des villages de la région qui sont quasiment composés d'autochtones Soussou. C'est une très nette différence par rapport à la Côte d'Ivoire, où une des caractéristiques des zones de présence de THA est d'être composée de plusieurs dizaines d'ethnies (14).

• Profession et lieu d'activité

Comme nous l'avons vu, les principales activités menées par les malades sont la culture de produits vivriers (riz, fonio, maïs), la pêche et l'extraction de sel, ainsi que le commerce de ces produits. A la différence de la Côte d'Ivoire, il n'y a pas de cultures de rente (café, cacao), en dehors de quelques grandes plantations de palmier à huile dont celui du chef de l'état guinéen à Dubréka et de quelques vergers de colatiers et de manguiers. On n'y trouve donc pas autant de manœuvres saisonniers immigrés qu'en Côte d'Ivoire, louant leur service de plantation en plantation, et qui constituent la majorité des malades (15). Les patients sont donc des personnes qui mènent leur activité professionnelle de façon traditionnelle pour leur propre compte.

Les patients exercent leurs activités (agriculture, pêche et extraction de sel) dans les trois principaux types de paysage : la mangrove, l'arrière mangrove et les îles. Au niveau de la mangrove, il s'agit de la pêche traditionnelle en mer et en bordure de mer. Dans l'arrière mangrove, il s'agit notamment de la culture de riz, du fonio et du maïs qui se font dans les montagnes, les bas fonds, dans les galeries forestières et parfois dans les îles où se fait essentiellement l'extraction de sel. C'est donc dans ces différents lieux d'activité qu'a lieu le contact avec la glossine, qui variera selon les conditions locales. En effet, l'intérogatoire des patients révèle la présence, dans ces lieux, de nombreuses glossines

ou «hêri» en langue locale. Des études entomologiques sont nécessaires afin de préciser les lieux de contact homme/glossine les plus dangereux pour la THA dans ces différents milieux.

• Durée de séjour et déplacements dans la zone

Outre les déplacements liés aux activités quotidiennes à l'intérieur et aux alentours du village dont le rôle dans la transmission de la maladie a été décrit par ailleurs (16), ces populations se déplacent aussi hors de leur village. Ces déplacements qui sont nombreux vers Conakry et à l'intérieur du département (Dubréka et sous-préfectures ou Boffa et sous-préfectures) ont pour raison essentielle le commerce des produits de l'activité professionnelle (poissons, sel, produits agricoles) et les vacances pour les élèves. D'autres raisons, telles que les visites des parents (mariage, décès etc.) sont évoquées. Cette mobilité importante des populations des deux foyers contigus, qui favorise un brassage entre elles et les populations de Conakry, peut constituer un facteur supplémentaire de propagation de la maladie entre régions, et aussi vers la ville de Conakry où des cas ont déjà été déclarés (18).

CONCLUSION

De cette étude épidémiologique et clinique préliminaire des foyers de la mangrove littorale guinéenne, il ressort que la THA y reste une maladie rurale où les personnes actives, hommes, femmes et enfants exerçant l'agriculture, la pêche et l'extraction de sel sont les plus atteintes. La sémiologie clinique ne diffère pas de celle des premières descriptions, avec absence de signes spécifiques pathognomoniques. Des situations démographiques et environnementales très différentes de celles observées en Côte d'Ivoire (absence d'immigration massive avec homogénéité de la population villageoise, agriculture traditionnelle limitée aux cultures vivrières), expliquent sûrement pourquoi la transmission de la maladie ne semble pas encore en voie d'épidémisation dans ces foyers. En revanche, les déplacements importants des populations hors de leurs villages doivent faire craindre une recrudescence et une extension de la maladie surtout vers les villes notamment la capitale Conakry.

La proportion de porteurs d'adénopathies, particulièrement importante dans ces zones, peut être mise à profit dans le contrôle de cette maladie, surtout en tant que motif de consultation pour les patients qui peuvent déjà faire par eux-mêmes la relation entre la présence de ces ganglions et la maladie du sommeil, et également en tant qu'élément de diagnostic parasitologique dans les centres dépourvus de matériel à cet effet. Enfin les adénopathies peuvent représenter un important signe d'orientation diagnostique au niveau des centres périphériques par les agents de santé communautaire. Il reste cependant clair que le dépistage actif avec traitement des malades reste le plus sûr moyen de lutter contre la maladie du sommeil, en y associant, dans le cas de ces foyers mangrotiens, une lutte entomologique ciblée sur les espaces épidémiologiquement dangereux.

Longtemps négligée, la THA constitue potentiellement un véritable problème de santé publique en Guinée. Elle mérite de ce fait, une attention particulière de la part des autorités guinéennes et des organismes internationaux.

Remerciements • Nous remercions sincèrement le Ministère de la Santé de la Guinée ainsi que les préfectures concernées pour leur collaboration, et les personnels du PNLTHA et des hypno-léproseries pour leur dévouement. Nos remerciements vont également à la direction de l'Institut Pierre Richet et à l'IRD pour les facilités logistiques et leur entière collaboration, et à l'OMS et le SCAC Abidjan pour le financement.

RÉFÉRENCES

- 1 - OMS - La Trypanosomiase Africaine : Lutte et surveillance. Série de Rapports Tech., Genève, 1998, n° 881 : 123 p.
- 2 - BRENGUES J, CHALLIER A, OUEDRAOGO VK - Contribution à la connaissance de l'épidémiologie de la trypanosomiase humaine : enquête entomologique dans les territoires kissis et limitrophes (avril-mai 1964 : Sierra-Leone, Libéria, Guinée). OCCGE ed, Bobo-Dioulasso (BF), 1964, 30 p.
- 3 - MAGNUS E, VERVOORT T, VAN MEIRVENNE N - A card-agglutination test with stained trypanosomes (CATT) for the serological diagnosis of *T. b. gambiense* trypanosomiasis. *Ann Soc Belge Med Trop* 1978; **58** : 169-176.
- 4 - LUMSDEN WH, KIMBER CD, EVANS DA, DOIG SJ - *Trypanosoma brucei*: miniature anion-exchange centrifugation technique for detection of low parasitemia: adaptation for field use. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1979; **73** : 312-317.
- 5 - CARME B, JANNIN J, EOZONOU P - La Trypanosomiase Humaine Africaine. Editions Techniques, *Encycl Med Chir, Maladie infectieuse*, 1990, 3, 14 p.
- 6 - GENTILINI M, DUFLO B, CARBON C - Les Trypanosomoses Humaines. Médecine Tropicale, Maladies parasitaires Flammarion Médecine-Science 1972 :45-58.
- 7 - DUMAS M, BOUTEILLE B - Trypanosomiase Humaine Africaine. *C R Seances Soc Biol Fil* 1996; **190** : 395-408.
- 8 - CATTAND P - THA : Situation épidémiologique actuelle, une recrudescence alarmante de la maladie. *Bull Soc Pathol Exot* 1994; **87** : 307-310.
- 9 - GINOUX PY, FREZIL J L - Recherche sur la latence clinique et la trypanotolérance humaine dans le foyer du couloir du fleuve Congo. *Cah ORSTOM, ser Ent Med Parasitol* 1981; **1** : 33-40.
- 10 - JAMONNEAU V, N'GUESSAN P, N'DRI L *et Coll* - Exploration of the distribution of *Trypanosoma brucei* ssp. in West Africa, by multi-locus enzyme electrophoresis. *Ann Trop Med Parasitol* 2000; **94** : 633-649.
- 11 - KABA D - Situation épidémiologique et entomologique de la THA dans le foyer de Sinfra, deux ans après la campagne de lutte. Implication pour l'évolution du foyer. Thèse Médecine Université d'Abidjan-Cocody, 2001, N°2801: 156 p.
- 12 - LAVEISSIERE C, HERVOUËT JP - Trypanosomiase Humaine en Afrique de l'Ouest : Epidémiologie et contrôle. ORSTOM ed, collection Didactique, Paris, 1991, 157 p.
- 13 - NOIREAU F, GREBAUT P, GOUTEUX JP *et Coll* - Epidémiologie et aspects évolutifs de la trypanosomiase dans le foyer de la Sangha (Congo). *Ann Soc Belge Med Trop* 1988; **68** : 331-341.
- 14 - MEDA AH, LAVEISSIERE C, DE MUYNCK A *et Coll* - Les facteurs de risque de la T.H.A. dans les foyers endémiques de côte d'Ivoire. *Med Trop* 1993; **53** : 83-92.
- 15 - LAVEISSIERE C, HERVOUËT JP, COURET D - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de C.I. 2. Le facteur humain et la transmission de la Trypanosomiase. *Cah ORSTOM ser Ent Med Parasitol* 1986; **24** : 45-57.
- 16 - SOLANO P, KONE A, GRACIA A *et Coll* - Représentation spatiale des déplacements de malades dans un foyer de Trypanosomose Humaine Africaine en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 2003; **63** : 577-582.
- 17 - FOURNET F, KONE A, MEDA AH *et Coll* - Intégration des facteurs démographiques à la caractérisation d'un espace à risque de maladie du sommeil en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 2001; **61** : 372-375.
- 18 - MALVY D, DJOSSOU F, WEILL FX *et Coll* - Trypanosomiase humaine africaine à *Trypanosoma brucei gambiense* avec chance d'inoculation chez un Français expatrié. *Med Trop* 2001; **61** : 323-327.