TRAITEMENT DE MASSE DE L'ONCHOCERCOSE PAR L'IVERMECTINE : LES LEÇONS D'UNE CAMPAGNE

P. TALANI (1), D. BAUDON (2), G.G. KAYA (3), M. NKANKOU (1), R.C. ZITSAMELE (4)

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent les résultats d'un traitement de masse à l'ivermectine entrepris dans trois quartiers périphériques de la ville de Brazzaville en 1992 chez 2401 sujets âgés de 5 ans et plus. Le taux de participation a été de 40,8%. Les effets secondaires liés à la prise de l'ivermectine montrent que le prurit (8,3%) est le signe prédominant, suivi du syndrome inflammatoire (1,7%) et enfin le syndrome algique (1%). Les causes de la faible participation sont discutées et les solutions proposées.

Mots clés : Onchocercose, Ivermectine, Traitement de masse, Brazzaville, Congo.

SUMMARY

The authors report the results of a mass ivermectin treatment carried out in three outskirts of Brazzaville in 1992. In all, 2,401 people aged 5 years and more were treated, with a participation rate of 40.8 p. cent of the eligible population. Among the secondary effects likely to be linked to ivermectin consumption, pruritis is the first (8.3 p. cent) followed by the inflammatory syndrome (1.7 p. cent) and a pain syndrom (1 p. cent). Causes of the weak participation are discussed and solutions proposed.

Key-words : Onchocercosis, ivermectin, mass treatment, Brazzaville, Congo.

INTRODUCTION

L'onchocercose sévit de manière endémique au Congo (8). L'enquête épidémiologique récente réalisée à Brazzaville situe le taux de prévalence à 40 p. cent. La zone à risque se situe dans la partie sud-ouest de Brazzaville. Cette étude initiée par le programme de lutte contre l'onchocercose a eu pour objectifs :

1. Programme de Lutte contre l'Onchocercose B.P. 2672 Brazzaville.
2. Directeur du CIESPAC, Brazzaville.
3. Chef de Service d'Ophthalmologie, CHU de Brazzaville (Professeur

- de traiter par l'ivermectine 80 % des personnes exposées résidant dans cette zone,
- d'identifier dans les 36 heures qui suivent le traitement, tout effet secondaire pouvant être associé à la prise de l'ivermectine.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La première campagne de traitement de masse à l'ivermectine a eu pour cible des populations résidant dans les quartiers périphériques de Brazzaville, notamment ceux de Kombé, Mafouta et Mantsimou. Ces quartiers comptent environ 7850 habitants. L'estimation a été faite sur la base du recensement de 1985 et d'un taux d'accroissement démographique annuel de 6,33% (1).

Critères d'inclusion :

Est considéré comme personne éligible au traitement, tout sujet ou groupe de personnes vivant dans le ménage âgés de 5 ans et plus, et résidant plus de deux ans dans les quartiers sus-cités. L'éligibilité de la population au traitement est calculée sur la base des pourcentages observés lors des campagnes similaires et qui sont de l'ordre de 75% (3).

Critères d'exclusion au traitement :

- les enfants âgés de moins de 5 ans,
- les femmes enceintes ou qui allaitent,
- les sujets en mauvais état général ou ayant présenté dans les antécédents une affection neurologique aiguë ou chronique.

Intervention

1. Sensibilisation et mobilisation

Une vaste campagne d'information par les mass média nationaux (radio et télévision) a précédé le traitement de masse dans les différents quartiers. Cette activité a été relayée au niveau local par les chefs de quartiers, zones et blocs. Chaque séance de traitement au niveau des centres

- KAYA).
4. Directeur de la Médecine Préventive.

de distribution, a été précédée d'une séance d'information et d'éducation pour la santé. Les personnes susceptibles d'être traitées ont été largement informées des éventuels effets secondaires et mineurs pouvant résulter du médicament.

2. Une prise contrôlée de l'ivermectine

Le traitement à l'ivermectine a été appliqué selon les critères sus-définis et aussi en fonction du poids de l'individu. L'examen clinique et la prise de tension artérielle ont été systématiques pour chaque personne, de même que la recherche dans l'anamnèse des troubles neurologiques. Les sites de traitement ont été pour la plupart des centres de santé existants, les écoles et places publiques des dits quartiers ou zones. Le protocole de traitement appliqué a été le suivant :

moins de 15 kg	aucun comprimé
15 à 30 kg	3 mg soit 1/2 comprimé
31 à 44 kg	6 mg soit 1 comprimé
45 à 64 kg	9 mg soit 1 comprimé et demi
65 à et plus	12 mg soit 2 comprimés.

Aucun traitement antilarvaire dans la zone n'a été entrepris au moment du traitement de masse à l'ivermectine.

3. La collecte des données

Nous avons utilisé comme support des données une fiche individuelle standardisée sur laquelle a été mentionnée la date de prise du médicament, l'âge, le poids, le lieu de rési-

dence, la durée de séjour sur le lieu de l'enquête, les antécédents cliniques, l'état général de l'individu.

4. Le suivi post-traitement a été assuré quotidiennement par l'équipe du programme présente sur le terrain au moment du traitement ; et aussi par un agent bénévole des services de santé résidant dans la zone.

La période de surveillance s'est étalée en moyenne sur une semaine. Tous les effets secondaires susceptibles d'être associés à la prise de l'ivermectine ont été enregistrés sur une fiche de surveillance épidémiologique, notamment la date de leur apparition, l'heure de début, la durée, la description détaillée de l'état clinique du sujet avec tension artérielle, le traitement prescrit et l'évolution des manifestations.

Les indicateurs recherchés ont été les suivants :

1. Le taux de participation de la population au traitement,
2. Le taux d'incidence des effets secondaires susceptibles d'être associés à la prise du médicament,
3. Le délai d'apparition des effets secondaires.

RÉSULTATS

Participation de la population

La campagne de traitement de masse s'est déroulée du 13 juillet au 13 août 1992. Le taux de participation a été de 40,8%. La répartition par sexe est résumée au tableau I.

Tableau I : Taux de participation de la population au traitement

	Population recensée	Population éligible au traitement	Population traitée		Participation	
			Hommes	Femmes	Total	%
Quartier						
Kombé	807	606	239	234	473	78,1
Mafouta	2370	1778	380	306	686	38,6
Mantsimou	4671	3506	621	621	1242	35,4
Total N	7851	5890	1240	1161	2401	40,8

Surveillance des effets secondaires

Suivant le tableau II, 13,7% des personnes traitées (323/2401) se sont plaint au moins d'un effet secondaire.

Parmi les cas reportés :

- 8,3% ont présenté un prurit (199 cas),
- 1,7% un syndrome inflammatoire (42 cas),
- 1,4% un prurit plus un syndrome inflammatoire (33 cas).

Tableau II : Fréquence d'apparition des effets secondaires selon le sexe chez les 2401 sujets traités

	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Types d'effets secondaires						
Prurit	97	(4,0)	102	(4,2)	199	(8,3)
Syndrome inflammatoire	31	(1,3)	11	(0,4)	42	(1,7)
Syndrome algique	12	(0,5)	13	(0,5)	25	(1,0)
Prurit + syndrome inflammatoire	17	(0,7)	16	(0,6)	33	(1,3)
Prurit + syndrome algique	10	(0,4)	14	(0,5)	24	(0,9)
Total N	167	(7)	156	(6,5)	323	(13,4)

Délai d'apparition des effets secondaires

Parmi les 323 cas recensés (tableau III), près des 2/3 des effets secondaires sont survenus entre J0 et J2 (220 cas) et le reste au delà de J3.

Action sur les helminthes

Quatre cas d'évacuation d'helminthes intestinaux ont été rapportés 48 heures après la prise de l'ivermectine.

Tableau III : Répartition du délai d'apparition des effets secondaires chez les 323 sujets

Types d'effets secondaires	Jour d'apparition								
	J0 N	J1 N	J2 N	J3 N	J4 N	J5 N	J6 N	J7 N	J7 et + N
Prurit	15	84	46	20	10	11	2	5	6
Syndrome algique	1	9	9	2	2	0	2	0	0
Syndrome inflammatoire	1	13	12	3	4	2	2	0	5
Prurit + syndrome inflammatoire	2	8	5	9	3	3	0	0	3
Prurit + syndrome algique	2	12	1	2	3	2	0	0	2
Total N	21	126	73	36	22	18	6	5	16

DISCUSSION

L'organisation des campagnes de traitement de masse à l'ivermectine ne suscite pas toujours l'enthousiasme souhaité dans la population, surtout qu'à Brazzaville le problème est différemment ressenti. L'exclusion à priori sur la base des calculs théoriques d'environ 25% de la population pour cause éventuelle de non-participation au traitement n'a pas pour autant incité les personnes susceptibles d'être traités à une forte mobilisation (3). Ce constat amer établi par l'OMS dans le Programme de lutte contre l'onchocose

(OCP) en Afrique de l'ouest n'a pas été contredit dans notre essai (3). Le premier passage à l'ivermectine s'est soldé par un faible taux de participation (40,8%) pour des raisons multiples :

- 1) faible présence de certaines catégories socio-professionnelles habitant la banlieue, et dont les activités se déroulent essentiellement en ville,
- 2) l'effet psychologique inverse créé par certains effets secondaires, et qui ont engendré une certaine anxiété dans la population.

Le taux d'incidence du prurit a été de 8,3% dans la semaine qui a suivi le traitement, suivi du syndrome inflammatoire survenu dans 1,75% des cas. En outre, le syndrome algique est apparu dans 1% des cas traités.

Nos indicateurs sont proches de ceux rapportés respectivement en Sierra Léone pour le prurit et le syndrome inflammatoire (8,7% et 0,7%) et au Nord-Cameroun (1,5%) pour le syndrome algique (4,7).

La plus grande fréquence d'apparition des effets secondaires, se situe entre J0 et J2 (68%). Elle baisse entre J3 et J7 (27%) et atteint 5% au delà de J7.

La comparaison des taux d'incidence des effets secondaires rapportés par différentes études nous semble hasardeuse en raison des différences observées dans le mode de surveillance. Leur apparition après une première prise d'ivermectine est tributaire au moins de deux facteurs essentiels :

- la différence d'intensité de l'infestation préexistant avant le traitement,
- le mode de surveillance.

Au Nord-Cameroun, le même protocole de surveillance a été appliqué comme à Brazzaville, cependant les effets secondaires apparus après un délai de trois jours après une semaine de suivi ont été pris en compte. Cette démarche a probablement influé sur les résultats, caractérisé plus par une grande fréquence de réactions indésirables que dans les

autres essais (4).

Quatre cas d'évacuation d'helminthes intestinaux ont été enregistrés chez des personnes adultes, ce qui confirme les effets anti-helminthiques de l'ivermectine (2, 6, 7).

CONCLUSION

Le taux faible de participation de la population au traitement interpelle le programme onchocercose à concevoir de nouvelles stratégies de lutte à moyen terme, notamment, dans l'intensification des campagnes d'information de la population en matière de traitement à l'ivermectine, et aussi l'intégration du traitement à l'ivermectine dans les activités régulières des centres de santé existants dans la zone.

Les effets secondaires survenus pendant le traitement ont été pris en charge par le Programme.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient la River Blindness Foundation pour l'aide matérielle et financière qu'elle a apporté pour la réalisation de la campagne de traitement de masse à l'ivermectine. Ils expriment en outre leur profonde reconnaissance au docteur J.M. SICARD en service à la Direction de la lutte contre la Maladie pour sa franche collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANONYME.

Résultats provisoires, population et localités. Ministère du Plan. CNSEE/BCR, Janvier 1985.

2. D.O. FREEDMAN, W.S. KIERDT, A. LUJAN, T.B. NUTMAN.

The efficacy of ivermectin in the chemotherapy of gastrointestinal helminthiasis in human.

J. Inf. Diseases, 1989, 159, 1151-1153.

3. OMS.

Le rôle, l'impact et l'organisation d'un traitement de masse par un médicament pour lutter contre l'onchocercose, avec une référence particulière à l'ivermectine dans la zone OCP. OCP/86.3, 1-17.

4. J. PROD'HON, M. BOUSSINESQ, G. FOBI et Coll.

Lutte contre l'onchocercose par l'ivermectine. Résultats d'une campagne de masse au Nord-Cameroun.

Bull. O.M.S. 1991, 60 (4), 443-450.

5. D. RICHARD-LENOBLE, M. KOMBILA, M. MARTZ, P. GAXOTTE. Ivermectine (Mectizan). Polyvalence contre les nématodes humains (Gabon). Proc. ICOPA 7, Paris 1990.

6. J. TESTA, G. KIZIMANDJI, J. DELMONT, DICOSTANZI.

Efficacité thérapeutique de l'ivermectine dans l'anguillulose.

Proc. ICOPA 7, Paris, 1990.

Bull. Soc. Fr. Parasitol. 1990, 8, (supplément 2) : 1069.

7. J.A.G. WHITWORTH.

Treatment with Ivermectin in Sierra Léone

Parasitology Today, 1992, 8, 130-140.

8. A. YEBAKIMA, J.L. FREZIL.

Simulies et onchocercose en République Populaire du Congo.

Rapport final de la Quatorzième Conférence Technique de l'OCEAC, Yaoundé les 4-5-6 Juin 1980, 839-847.