

L'AMIBIASE A MADAGASCAR

par

Jean-Philippe COQUELIN

R. FOUTON, imprimeur, 29, rue Déparcieux Paris, 1971, 58 pages.

Le Docteur J.P. COQUELIN a mis à profit son séjour de coopérant technique à Madagascar pour y préparer la thèse qu'il vient de soutenir devant la Faculté de médecine de Paris. Sous une forme claire, en peu de pages, sont présentés les résultats d'une enquête portant aussi bien sur les archives de l'institut Pasteur de Madagascar que sur les statistiques hospitalières de l'hôpital Girard et Robic, de l'hôpital de Befelatanana, de l'institut d'hygiène sociale et de la direction générale de la santé publique.

Il signale en particulier que de 1960 à 1969, sur 10 927 interventions chirurgicales pratiquées à l'hôpital de Befelatanana, il n'y en a eu que 5 pour abcès du foie, tandis que de 1964 à 1969, à l'hôpital Girard et Robic, sur 10 502 interventions chirurgicales, il n'y en avait également que 5 pour abcès du foie dont 2 seulement étaient probablement amibiens. Ce petit nombre des abcès du foie démontre l'absence d'une endémie amibienne, au moins à Tananarive.

C'est une très bonne présentation d'un problème qui, périodiquement, refait surface à Madagascar et singulièrement à Tananarive où les laboratoires ne sont pas toujours parfaitement qualifiés pour poser le diagnostic d'*Entamoeba histolytica*. Nous croyons intéressant de reproduire la conclusion de cette thèse.

« Nous avons vu que l'amibiase avait été signalée à Madagascar dès 1888 par A. CARTIER, mais nous n'avons jamais pu trouver de statistiques sérieuses où une étude générale rigoureuse de son implantation dans la population.

M. FONTOYNONT croyant assister à sa progression, lançait un cri d'alarme en 1922, sans pour autant dresser un travail exhaustif ou publier des chiffres justifiant ses craintes ; nous avons vu qu'il avait été lui-même déjà victime d'une erreur de diagnostic...

Les observations restaient épisodiques, et la théorie selon laquelle l'amibiase sévissait intensément dans la Grande Ile ne reposait souvent que sur des impressions au décours de séjours localisés dans le temps ou dans l'espace, et non sur une appréciation d'ensemble étayée par des résultats critiques et chiffrés.

Il y avait cependant des partisans de la théorie contraire, et G. GIRARD en 1935, comme J. ROBIC en 1949, faisait état de la faible participation de l'amibiase dans la morbidité générale. En 1959, années antérieures, venaient confirmer cette dernière théorie.

Si R. DESCHIENS, vers 1950, décèle environ 3 200 cas d'amibiase par an et un indice d'infestation amibienne de 3 à 5 ‰ dans la population, il ne publie pas pour autant les sources de ses renseignements et nous n'avons pu trouver le fondement de ses assertions.

Nos travaux effectués en 1970, nous ont permis de recenser les résultats d'examens de selles de plus de 260 000 malades, examens étalés sur les quinze dernières années.

L'indice des porteurs d'*Entamoeba histolytica* -- non seulement des kystes, mais également des formes végétatives, hématophages ou non -- s'établit pour l'ensemble à environ 0,55 ‰, soit un pourcentage dix fois inférieur à celui rapporté par R. Deschiens.

Quant à l'incidence chirurgicale, sur 21 429 cas, nous avons trouvé 0,015 ‰ d'affections secondaires à une amibiase, soit, encore une fois, dix fois moins de cas que A DODIN et L. GRELIER qui donnaient, en 1959, un pourcentage de 0,17 ‰ sur 2 343 cas.

Enfin pour le nombre brut d'amibiases maladies dans tout le pays, les chiffres que nous avons recueillis auprès du Ministère de la santé et des services hospitaliers des grandes villes de province, donnent environ 300 à 500 cas par an, alors que R. DESCHIENS trouvait, il y a vingt ans, 3 200 cas annuels.

Sans doute les hypothèses que nous avons émises expliquent nos résultats très inférieurs quantitativement : erreurs techniques et mauvais équipement des laboratoires, facteurs sociaux et climatiques, techniques agricoles, habitudes alimentaires et coutumes ancestrales.

En tout état de cause, nous croyons pouvoir conclure que l'importance de l'amibiase à Madagascar n'est pas telle qu'on a bien voulu le dire. Il convient de se méfier du mot de dysenterie, utilisé à tort à propos d'une diarrhée quelconque.

Il faut également étudier avec circonspection les résultats d'examens coprologiques, les techniques d'enrichissement non standardisées, veiller à ne pas prendre pour des kystes d'*Entamoeba histolytica*, ceux d'*Entamoeba hartmanni*, d'*Entamoeba dispar*, ou d'*Endolimaxnana*, non plus qu'à confondre les formes végétatives d'*Entamoeba histolytica* avec la fréquente *Dientamoeba fragilis* ou une autre amibe non-pathogène.

La fréquence de l'amibiase est souvent surcstimée, même en zone d'endémicité, et les shigelloses jouent un rôle non-négligeable dans l'étiologie des dysenteries.

On ne saurait s'entourer de trop de précautions avant de prescrire un traitement par un amoébicide diffusible, ni trop souvent répéter les examens de selles, en changeant de laboratoires au besoin, sans jamais oublier que « l'amibiase est une voie de facilité pour des médecins à court de diagnostic, et parfois, même, une aubaine pour des charlatans qui tendent à l'ériger en entreprise commerciale ».

Docteur E. R. BRYGOO

Directeur de l'Institut Pasteur de Madagascar.