



EPIDEMIOLOGIE DE SCHISTOSOMIASE DANS L'HOPITAL DE KATCHUNGU/MARANATHA DANS LA ZONE DE SANTE DE LULINGU

EPIDEMIOLOGY OF SCHISTOSOMIASIS IN KATCHUNGU/MARANATHA HOSPITAL IN LULINGU HEALTH ZONE

| Muhubao Bahati Promesse ^{1*} | Sadiki K A ¹ | Milabyo Kyamusugulwa P ² | Kachunga P ³ | André G ⁴ | Kalakuko K E ⁵ | Shukuru Bisimwa J ⁶ | Chipira Kalume D ⁷ | et | Aksanti Lwango ⁸ |

¹. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu | BP: 3036, RD Congo |

². Université de Liège Belgique | Province de Liège | Belgique |

³. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda | RD Congo |

⁴. Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu | RD Congo |

⁵. Cliniques Universitaires | UOB Bukavu | RD Congo |

⁶. Cliniques Saint-Luc de Bukavu | RD Congo |

⁷. Institut Supérieur des Techniques Médicales Anglican | BP : 2876, RD Congo |

| Received February 01, 2020 |

| Accepted March 04, 2021 |

| Published April 22, 2021 |

| ID Article | Muhubao-Ref2-ajira010221 |

RESUME

Introduction : La schistosomiase est l'une des infections parasitaires affectant l'homme dans le monde. L'Epidémiologie de schistosomiase à Katchungu, celui-ci a été motivé par le fait d'avoir observé une fréquence constante des cas de ces maladies dans cette structure. **Méthodes :** L'étude descriptive rétrospective a visée transversale. Notre échantillon est de 103 cas, a été pris en compte. **Résultats :** 91,1 % de *Schistosoma Mansoni*, 61 % des cas étaient traité en ambulatoire et 98 % des cas ont été traité par Praziquantel. Le schistosome mansoni reste le germe le plus isolé, la durée d'hospitalisation \geq à 7 jours, l'Ankylostomiase comme helminthiase associée.

Mots-clés : Epidémiologie, schistosomiase, Hôpital, Katchungu, Maranatha.

ABSTRACT

Introduction: Schistosomiasis is one of the parasitic infections affecting humans worldwide. The epidemiology of schistosomiasis in Katchungu, this one was motivated by the fact of having observed a constant frequency of cases of these diseases in this structure. **Methods:** The retrospective descriptive study has a cross-sectional focus. Our sample is 103 cases, was taken into account. **Results:** 91.1% of *Schistosoma Mansoni*, 61% of cases were treated on an outpatient basis and 98% of cases were treated with Praziquantel. Mansoni schistosome remains the most isolated germ, the length of hospital stay \geq 7 days, ankylostomiasis as associated helminthiasis.

Key words: Epidemiology, Schistosomiasis, Hospital, Katchungu, Maranatha,

1. INTRODUCTION

La schistosomiase est l'une des infections parasitaires affectant l'homme dans le monde. Elle occupe la deuxième place dans la prévalence, après le paludisme et enregistre 8 à 10 millions de nouveaux cas, et entre 200 et 800.000 décès par an [1,2]. 230 millions de personnes dans 52 pays ont besoin d'un traitement annuel, pour la schistosomiase, 80 à 90 % d'entre elles vivent en Afrique. Près de de 800 millions de personnes sont exposées au risque d'infections bilharzioses [2].

On distingue plusieurs sortes des schistosomiasis : schistosomiase intestinale, schistosomiase mensoni, schistosomiase hématobium. Ce sont des maladies parasitaires dues à des vers plats (schistosomes ou bilharzies) à transmission urinaire ou fécale, faisant intervenir des hôtes intermédiaires (Mollusques d'eau douce), dont la symptomatologie est le reflet des lésions provoquées par la migration ou l'embolisation des œufs. Ce sont des maladies en extensions, directement liées au développement agricole et à l'augmentation des réseaux d'irrigation (eau), sévissant en foyer sur un mode démo épidémique [3].

En pratique, la répartition géographique des schistosomiasis n'est pas homogène : elle se fait par foyers d'importance très inégale (Mollusque, eau, température, ...) des grandes différences de prévalence de l'infection dans la population. Malgré les efforts de lutte menés par divers pays, on estime à 600 millions des personnes exposées à cette maladie avec 200 à 300 millions d'individus actuellement infectés dont 120 millions présentant les symptômes et 20 millions atteints d'une forme grave et invalidante [4,5]. La schistosomiase constitue un problème de santé publique important, mais le continent le plus atteint est l'Afrique [6]. En République Démocratique du Congo, les études récentes sur ce sujet, sont très localisées si bien que la cartographie actuelle n'est plus à jour. Par conséquent, les aires endémiques

ont dû progresser et il n'en demeure pas moins que plus de la moitié des Zones décrites semblent non indemnes [7]. Les bilharzioses sont très répandues en RDC car elles touchent toutes les provinces et la capitale de la RDC Kinshasa. La Bilharziose à *S. mansoni* est endémique dans la province Orientale, Kivus, Kasai, Katanga, Bas-Congo et Kinshasa. La bilharziose vésicale à *S. hamatobium* est endémique au Katanga, Bas-kongo et Kinshasa. La Bilharziose rectale à *S. intercalatum* est limitée dans la province Orientale et les Kivus, au long du fleuve Congo [1,7] [18,7].

La Schistosomiase reste encore préoccupante à l'hôpital de Katchungu, en 2020, 741 cas enregistré sur 12240 nouveaux cas ayant consulté les structures sanitaires soit une proportion de 6 % [8]. Mais aucune étude sérieuse n'a encore été réalisée sur ce sujet jusqu'à présent, c'est dans ce cadre que nous avons réalisés ce présent travail en ayant comme objectif spécifique ce qui suit :

- Repartir les cas observés selon le lieu de provenance,
- Repartir les cas observés selon le germe isolé et la charge ovulaire,
- Repartir les cas observés selon la durée d'hospitalisation et le signe clinique dominant,
- Repartir les cas observés selon le choix thérapeutique et la présence des hématochromes associées.

2.1 MATERIELS ET METHODES

2.2 CADRE METHODOLOGIQUE

Cette étude est du type descriptif rétrospectif à visée transversale pour laquelle les données récoltées concernent la période du 1^{er} septembre au 31 novembre 2018, et ont été obtenues en dépouillant les fiches de consultation et hospitalisation des malades à l'hôpital Maranatha de Katchungu.

2.1 Présentation du milieu d'étude.

L'hôpital Maranatha de Katchungu, se trouve dans la province du Sud-Kivu, en République Démocratique du Congo, reconnu dans le nom de Maranatha qui signifie le Sauveur viendra, est situé à Katchungu dans le groupement de Bas-Nord, Collectivité de BAKISI, Territoire de Shabunda à 280 km de Bukavu, 280 km de Kindu, 42 km de Lulingu, 50 km de Shabunda Centre. La population totale de Katchungu est de 152444 habitants en 2018 et 157170 en 2019 selon le taux d'accroissement démographique de la population qui est de 1,031 soit 28 habitants/Km². C'est une structure de référence secondaire pour quelques centres de santé de la Zone de santé de Lulingu. Au point de vue épidémiologique, le paludisme avec ses conséquences, les verminoses, les infections de voies respiratoires aiguës, la malnutrition, les gastro-entérites sont les maladies les plus fréquentes et la capacité d'accueil de l'hôpital est de 100 lits montés. Il organise (Maranatha) quatre services (la chirurgie, la maternité, la gynéco-obstétrique et la médecine interne).

A l'issue de l'entretien avec le responsable de l'hôpital pendant mes observations, consultation des fiches des malades à l'hôpital, on a eu 103 cas qui était enregistré dans les fiches des malades à l'hôpital de Katchungu. Ces observations et la consultation des fiches étaient la façon de récolter les informations sur la maladie, les causes et conséquences de multiplication et de résistance de ces ressources d'intérêt capital.

2.2 Collecte des données

Les données de cette étude étaient collectées suivant la méthode d'un échantillonnage systématique portant sur tous les cas des schistosomiasis diagnostiques et confirmés par laboratoire pendant notre période d'étude.

2.2.1 Techniques de collecte des données : Nous avons choisi l'hôpital Maranatha de Katchungu parce que c'est un hôpital qui reçoit beaucoup de malades qui attrapent celle-ci et c'est un hôpital de référence d'autres formations sanitaires périphériques. La technique utilisée est caractérisée par la vérification attentive sur l'identité et les variables visées. La population enregistrée est de 1625. Les variables ces sont les germes isolés, la charge ovulaire chez les sujets infectés.

2.2.2 Limite de la méthode : Dans cette recherche sur les schistosomiasis, nous avons besoin de toutes personnes qui fréquentent cette formation sanitaire et qui attrapent ces maladies.

2.2.3 Traitement et analyses des données : Les données brutes récoltées étaient encodées en Excel et analysé par Epi Info version 3.3.2, et Microsoft Word pour la saisie de texte. Pour le variable âge, nous avons calculé l'étendue de variable la moyenne de classe et l'amplitude de la manière suivante ; dont la formule est :

$$P = \frac{n_i}{n} \times 100 \quad (1)$$

où n=échantillon ou totale,
P=Pourcentage,

$$n \text{ ni} = \text{effectif observé ou encore } X = \sum \frac{niXi}{n} \text{ ou } X = \text{Moyenne arithmétique dans le cadre des données groupées en classe. } \sum ni = \text{effectif observé, } Xi = \text{Point milieu}$$

$$= \text{somme,}$$

$$e.V = hA - hB + 1 \tag{2}$$

où eV=étendue de variable de classes,
 hA = la note la plus élevée,
 hB = la note la moins élevés,
 i=amplitude où $i = \frac{eV}{15}$ est la moyenne comprise entre 10 et 20 classes.

2.2.4 Impact des résultats

Les résultats de cette recherche constituent une base des données à toute intervention dans la surveillance épidémiologique dans la Zone de santé de Lulingu en générale et dans l’hôpital Maranatha de Katchungu en particulier et pour la prise de décision, ainsi que la maitrise des déterminants ou les facteurs valorisants les schistosomiasis. Ceux-ci nous aident aussi à une référence aux chercheurs dans la science de la santé ou autres sciences humaines.

3. RESULTATS

De ce tableau, nous avons trouvé que le quartier Mission Protestante est plus touché de la maladie schistosoma que les autres, avec 23/103 (22,4 %).

Tableau 1 : Le tableau montre la répartition des cas selon la provenance.

Lieux de provenance	Effectifs	%	Lieux de provenance	Effectifs	%
Tchambogo	04	3,9	Isembe	02	1,9
Nyambembe	03	2,9	Kifuko	03	2,9
Kimbondi	01	01	TOTAL	103	100
Mututugu	02	1,9			
Q. Mission protestante	23	22,4			
Q. Iyela	11	10,7			
Q. Ntumba	12	11,7			
Matebo	04	3,8			
Masagasaga	02	1,9			
Q. Matonge	09	8,8			
Q. Zone	08	7,8			
Q. Luthérienne	05	4,8			
Q. Centre	10	9,8			
Luza	04	3,8			

Tableau 2 : Répartitions des cas selon les germes isolés et la charge ovulaire chez les sujets infectés.

Germes	Effectifs	%	Charge ovulaire	Effectifs	%
Sch. Mansonii	99	96,1	SM (1-100)	43	43,5
Sch. Hematobium	3	3,0	SM (101-400)	33	33,3
Sch. mikongi	01	0,9	SM (400 et plus)	23	23,2
TOTAL.	103	100	TOTAL	99	100

Le type de schistosomiase le plus isolé reste celui à *Schistosoma Mansonii*, soit 99/103, (96,1%). Parmi les sujets infectés, 43,5 % ont des charges ovulaires qui varient entre 1 et 100 œufs par gramme de selles.

La charge ovulaire moyenne est estimée à plus ou moins 129 œufs par gramme de selles, avec un minimum de 40 œufs et un maximum à 2200 œufs/g de selles. La schistosomiase hématobium existe aussi dans notre milieu d’étude, elle a la fréquence faible de (3%)

Tableau 3 : Répartition des cas selon la durée d’hospitalisation et les signes cliniques dominants.

Durée	Effectifs	%	Signes dominants	Effectifs	%
≤ 3 jours	24	7,5	Selles sanglantes	49	47,6
4 à 6 jours	36	37,5	Colique abdominale	34	33
7 jours et plus	43	55	Nausée	10	9,8
			Anorexie	7	6,7
			Amaigrissement	3	2,9
TOTAL.	103	100	TOTAL	99	100

La durée d'hospitalisation du maximum des malades est de 7 jours et plus soit 55 %. Les selles sanglantes restent le principal signe clinique, soit 47,6 %.

Tableau 4 : Répartition des cas selon le choix thérapeutique et la présence d'autres helminthiases associées à la schistosomiase lors de l'examen des selles à frais.

Traitement administré	Effectifs	%	Helminthiases associées	Effectifs	%
Praziquantel	101	98	Ankylostomiase	53	51,4
Autres produits à préciser	02	2	Ascaridiase	25	24,3
			Trichocéphalose	12	11,7
			Anguillulose	09	8,8
			Oxyurose	04	3,8
			TOTAL.	103	100

Le Praziquantel reste le produit de choix administré à 98 % des malades, l'Ankylostomiase est l'helminthiase la plus associée à la schistosomiase, soit 51,4 %.

4. DISCUSSION

Après des données et la prestation des résultats ainsi obtenus, nous les avons comparés avec ceux des autres contenus dans la littérature. La provenance des malades qui souffrent, sont de quatrième mission protestante soit 22,4 celui-ci s'explique par des déplacements de la population venue résidée aux ménages de ce quartier qui sont affectés par ceux-ci multiplicité d'étang piscicole non entretenus, reste le réservoir des schistosomiasis, ces résultats sont contraires à ceux de Georges Kubali (2014) qui dit que l'abondance des étangs piscicoles favorisent le développement et la transmission de la schistosomiase [7].

La schistosome mansoni reste le germe le plus souvent isolé soit 96,1 % de cas contre les autres types des schistosomiasis qui représentent 3,9 %. Ce résultat est supérieur à celui de Serges Mayaka (2001) qui rapporte un taux de 57 % pour le schistosome mansoni et 43 % pour les autres schistosomes [1]. Ceci s'explique par le fait de la flexibilité des résultats des examens de selles à frais et de l'application des techniques de Kato-Katz dans les diagnostics des parasites.

La charge ovulaire variant entre 1-100 œufs par gramme des selles reste plus observable avec 43,5 %, cas résultats envoisines ceux de Serges Mayaka (2001) qui rapportent un taux de 56,5 % [1]. Signalons que la moyenne même est la même avec 129 œufs par gramme des selles pour un minimum de 40 et un maximum de 2200 œufs par gramme de selles, cela est comparable aux résultats de Granier et al., (2004) qui stipulent que 230 millions des personnes dans 52 pays ont besoins d'un traitement annuel pour la schistosomiase [2].

La durée d'hospitalisation de la plupart des cas dépasse 7 jours soit 55 % à s'appliquer par l'administration des antipaludéens et des antibiotiques pour les pathologies associées à la schistosomiase dont la majorité des patients étaient victime.

Les selles sanglantes restent le symptôme le plus dominant 47,6%, ce pourcentage est supérieur à celui de Serges Mayaka (2001) qui rapporte un taux de 48% de cas [1]. Le même résultat est inférieur à celui de Georges Kubali (2014) qui apporte un taux de 10% pour selle sanglante [1]. Cela s'explique par le fait que la présence du sang dans les selles fait peur aux personnes d'où l'urgence à la consultation. Le praziquantel reste le produit de choix dans la prise en charge de la schistosomiase, soit 98 % ; ceux-ci coïncident avec la littérature de l'OMS (2006) qui déclare que praziquantel est le seul médicament disponible et efficace retenu pour la prise en charge de tous les types des schistosomiasis [5]. L'Ankylostomiase et l'helminthiase sont des parasites les plus associés à la schistosomiase avec une fréquence de 51,4 %. Ce taux est supérieur à celui de Serges Mayaka (2001) qui rapporte 42,5 % de l'Ankylostomiase à celui de Georges Kubali (2014) qui rapporte 27% pour l'Ankylostomiase [1,7].

5. CONCLUSION

La schistosomiase à mansoni reste la maladie la plus répandue dans cette population de Katchungu, la charge ovulaire entre 1-100 œufs par gramme de selles est majoritaire, l'aspect para-clinique est prédominé par les selles sanglantes. La durée d'hospitalisation ≥ 7 jours, est répandue. Le traitement est assuré par le Proziquantel comme produit de choix.

Nous recommandons aux responsables d'hôpital de Katchungu et ceux de formations périphériques de sensibiliser et mobiliser la population à leur auto-prise en charge et au traitement sérieux de cette maladie à des formations sanitaires de réduire le taux de contamination des celles-ci à la population.

6. REFERENCES

1. Serges Mayaka Ma-Ntu. *Etude épidémiologique de la Bilharziose à schistosome mensoni en milieu scolaire*, Thèse de Médecine, Septembre (2001) : Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Inédit.
2. Gramer H. Diraison P. Nicolas X. *Encéphalite aigue contemporaine d'une primo invasion bilharzienne à schistosoma mansoni*. *Méd. TROP.* 2003 ; 63 : 60-63. Ensemble d'auteurs schistosomias. *Bull. Soc. Path. Exot.* 2004 ; 97: 3-52.
3. Junet J-F., Simarro P. P. De Muynck A. *La Bilharziosz à schistosoma intersalatum: Considérations cliniques et épidémiologiques*. *Méd. TROP.* 1997, 57, 280-288.
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Réunion du groupe spécial international pour l'éradication des maladies*. *REH.* 2012 ; 87 : 305-309.
5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Schistosomiase ; Nombre des personnes traitées en 2011*. *RHE*, 2013, 88, 81-88.
6. Chippaux J.P., *contrôle du schistosome : réalité et avenir*. *Med. TROP.* 2000 ; 60 : 54-55.
7. Georges Kubali Waupenda., *Soins et surveillance de la schistosomiase chez les enfants de 6-1ers ans, HGR-Shabunda*, 2013-2014. Inédit.
8. Zone de santé de Lulingu : *Rapport Annuel sur les maladies parasitaire* (2013).



Cite this article: Muhubao. P, Sadiki. K.A, Milabyo Kyamusugulwa P, Kachunga P, André.G, Kalakuko. K. E, Shukuru Bisimwa J, Chipira Kalume D, et Aksanti Lwango. EPIDEMIOLOGIE DE SCHISTOSOMIASE DANS L'HOPITAL DE KATCHUNGU/MARANATHA DANS LA ZONE DE SANTE DE LULINGU, PROVINCE DU SUD-KIVU/RDC. *Am. J. innov. res. appl. sci.* 2021; 12(2): 126-130.

This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>