

La maladie de Chagas a cent ans.

« ... Debout, avec Oswaldo CRUZ à ma droite et entouré par les hommes les plus représentatifs de la médecine de notre pays, au milieu de la merveilleuse majesté de ce désert, et avec une gravité semblable à celle qui accompagne la liturgie de notre religion, comme pour un baptême solennel, je confèrai par délégation de tous le nom de maladie de Chagas, pour l'universelle nosographie, à ce mal qui frappait nos compatriotes. »

Tel est le récit, transcrit par François DELAPORTE, que nous a laissé Miguel COUTO, président de la commission envoyée par l'Académie brésilienne de médecine à Lassance pour confirmer les découvertes de CHAGAS. Il est extrêmement rare que le baptême d'une maladie éponyme donne lieu à une cérémonie officielle avec public, parrain et officiant clairement identifiés. C'est une des singularités de la maladie de Chagas qui en présente bien d'autres.

Le bébé, aujourd'hui centenaire, avait vu le jour au cœur de l'état brésilien du Minas Gerais, dans la petite ville de Lassance, le 14 avril 1909, sous les traits de Bérénice, une petite fille de 2 ans chez laquelle CHAGAS avait isolé *Trypanosoma cruzi* pour la première fois à partir d'un sang humain. Au cours des mois précédents, il avait découvert ce trypanosome à gros blépharoplaste, pathogène pour les animaux de laboratoire, d'abord dans l'intestin d'une grosse punaise hématophage disséquée sur les conseils de l'ingénieur des chemins de fer Cantarino MOTTA, puis dans le sang d'un chat vivant dans la même maison que la fillette. Mais l'entité nosologique portée sur les fonts baptismaux par Miguel COUTO ne ressemblait guère à celle sous laquelle nous avons l'habitude de nous représenter aujourd'hui la maladie de Chagas. Le mauvais état général, la fièvre, l'anémie, l'adéno-splénomégalie et les œdèmes dont souffrait l'enfant renvoyaient plutôt à une affection assez mystérieuse connue alors dans la région sous le nom d'*opilacao*. Certains assimilaient ce syndrome à l'ankylostomose, mais CHAGAS, s'appuyant sur des examens de selles toujours négatifs, le revendiqua très vite comme faisant partie des manifestations aiguës de la nouvelle trypanosomose humaine qu'il recherchait activement depuis plusieurs mois. Par la suite, en raison d'un certain amalgame fait par CHAGAS lui-même entre la maladie qu'il s'efforçait de décrire et le goitre endémique qui sévissait dans le Minas Gerais, la trypanosomose humaine américaine ou THAm allait voir son existence remise en cause et se retrouver pendant près d'un demi-siècle au cœur d'une vive polémique dont les derniers feux sont encore mal éteints.

En 2008, à l'heure où *Roll Back Malaria* peine à mettre en avant quelques résultats indiscutables après 10 ans de fonctionnement et plusieurs milliards de dollars investis par la communauté internationale, les initiatives régionales (INCO-SUR, IPCA, IPA...), financées en très grande partie par les différents gouvernements d'Amérique latine pour supprimer la transmission de *T. cruzi* à l'homme, peuvent s'enorgueillir de résultats spectaculaires. En une vingtaine d'années en effet,

grâce à l'élimination des triatomes domiciliés et au contrôle des autres vecteurs impliqués dans la transmission, l'incidence de la THAm est passée de 700 000 à 50 000 et le nombre de personnes vivant dans une zone à risque de 100 millions à moins de 28 millions. Plusieurs pays ou régions du Cône Sud ont même été certifiés exempts de transmission vectorielle. Parallèlement, l'incidence des cas transfusionnels, véritable fléau dans les années 1970, avec plus de 50 000 cas annuels pour le seul Brésil, a été ramenée dans l'ensemble des pays d'Amérique latine à un niveau acceptable, inférieur à 300 cas, au-delà duquel il est difficile d'aller pour des raisons techniques. Quant au risque de transmission congénitale du parasite, il perdurera tout naturellement de manière inchangée tant que nous ne saurons ni le prévenir, ni l'empêcher par un traitement capable d'éliminer *T. cruzi* chez les femmes en âge de procréer. La baisse générale de la prévalence de la THAm devrait finir toutefois par se traduire dans les générations futures par une diminution progressive des Chagas congénitaux.

Les contaminations par voie orale par ingestion de plats ou de boissons contaminés par les vecteurs ou par les sécrétions de certains animaux réservoirs ou encore à la suite de la consommation de viande de chasse crue, sont de plus en plus fréquemment signalées. Parfois spectaculaires, elles restent anecdotiques. Mais elles se traduisent souvent par des formes graves, mortelles, et nécessitent à ce titre un effort particulier de surveillance et de prévention.

Le fait enfin que la maladie de Chagas se soit urbanisée ces cinquante dernières années et que les chagasiques chroniques s'expatrient hors des régions endémiques et ne soient plus un ramassis de *culs-terreux* et de *crétins perdus au fin fond de leur province obscure*, comme le disait Figueirido de VASCONCELLOS lorsqu'il polémiquait avec CHAGAS à l'Académie brésilienne de médecine, change considérablement la donne épidémiologique. Il confère à la possibilité d'une transmission congénitale ou transfusionnelle du parasite une importance toute particulière.

Au moment où elle est en passe d'être sous contrôle en zone endémique, la maladie de Chagas commence donc paradoxalement à faire parler d'elle dans les pays non endémiques en raison de son mode d'évolution et du nombre d'émigrés originaires d'Amérique latine qui tentent de s'installer en Europe, aux États-Unis, au Canada, au Japon et en Australie. En situation la plus souvent irrégulière, ils s'y tiennent à l'écart des structures de soins. Ils y développent les complications tardives, cardiaques, digestives et neurologiques propres à la maladie qu'ils sont susceptibles de transmettre par voie congénitale, par transfusion sanguine ou don d'organe, avec un risque proportionnel à leur âge et à la hauteur de la prévalence de l'infection dans leur pays d'origine. Il ne faut pas oublier en outre que la maladie de Chagas est une maladie de la pauvreté et la pauvreté le principal moteur de l'émigration. Une législation est donc en train de se mettre en place hors Amérique latine pour répondre à ce risque que l'on peut vraiment

qualifier d'émergent, alors qu'il est plus discutable d'utiliser ce qualificatif pour la maladie elle-même.

Sur quels signes cliniques un médecin européen peut-il s'appuyer pour évoquer un diagnostic de maladie de Chagas ?

Quelle conduite adopter en cas de sérologie positive sachant que le bénéfice/risque d'un traitement en phase chronique n'a pas encore été clairement établi ?

Quelle conduite tenir devant une femme enceinte originaire d'une zone d'endémie, devant un enfant né d'une mère chagassique, devant un sida, une transplantation, une greffe ou une mise sous-immunosuppresseur impliquant un latino-américain ?

Quelle technique sérologique utiliser pour dépister et confirmer l'infection ?

Telles sont quelques-unes des questions auxquelles les participants à l'atelier de consensus organisé en juin 2009 par la Société de pathologie exotique sous l'égide de l'OMS dans le cadre de son Initiative des pays non endémiques devront tenter de répondre. Ils le feront, pratiquement jour pour jour, cent ans après la publication du premier cas de trypanosomose humaine américaine par Carlos CHAGAS dans le *Bulletin de la Société de pathologie exotique* le 6 juin 1909.

Dès 1911, alors qu'il ignorait encore qu'il avait mis la main sur ce qui allait devenir la maladie emblématique de tout un continent, CHAGAS écrivait de manière prémonitoire : *le contrôle de la trypanosomiase américaine au Brésil présentera sans aucun doute de nombreuses difficultés mais, comme il est lié à l'idée que l'on peut se faire de l'homme et de la fierté de tout un peuple, un jour viendra où on trouvera l'énergie nécessaire pour y faire face.*

Après un siècle de négligence, ce jour, comme nous l'avons dit, semble être venu... non pas au nom de la fierté de tout un peuple, mais de la simple logique économique. Il ne fait guère de doute que d'ici quelques dizaines d'années, la THAm aura disparu en tant que problème de santé publique, probablement sans qu'on ait réussi à éclaircir la part d'ombre qu'elle a toujours su garder, ne serait-ce que dans le domaine de sa physiopathologie. Mais la victoire ne sera complète et durable que si on a la sagesse d'associer au contrôle des vecteurs d'autres moyens de lutte, notamment l'amélioration du niveau de vie des paysans, l'amélioration de leur habitat et une éducation sanitaire intelligente qui confortera la réalité culturelle que cette étrange maladie a eu bien du mal à acquérir.

Quant à *Trypanosoma cruzi*, nous nous passerons avec soulagement de lui, comme il pourra sans problème se passer de nous ainsi qu'il l'a fait pendant des millions d'années, et se contenter de son domaine sauvage qui est immense. Sa disparition du vivant n'est pas à souhaiter. Elle aurait une résonance pré-apocalyptique, car elle impliquerait la disparition de tout un pan de nature, celle de plus de cent cinquante espèces de mammifères avec lequel, en excellent parasite, ce trypanosome a appris à vivre en bonne intelligence.

Dans toute cette affaire comme dans bien d'autres, l'homme n'est qu'un intrus.

J.-F. PAYS
Co-rédacteur du Bulletin de la SPE