

Paludisme et grossesse

Patrice Bourée^{a,*}, Francine Bisaro^a, Carine Couzigou^b

RÉSUMÉ

En milieu tropical, il est fréquent de constater une infestation parasitaire chez une femme enceinte. Le paludisme est la parasitose la plus fréquente avec un retentissement important sur la grossesse (anémie, accès pernicieux, avortement) et sur le fœtus (faible poids de naissance, paludisme congénital) surtout chez les primipares. Le risque de paludisme congénital est plus fréquent chez la touriste (10 % des naissances d'enfants de femmes atteintes de paludisme) que chez la femme autochtone (0,5 %). Le diagnostic doit être rapidement établi et le traitement est efficace avec la plupart des antipaludiques actuels. Outre les protections contre les moustiques, la chimioprophylaxie est nécessaire. Elle est proposée actuellement en zone d'endémie de façon intermittente par l'association sulfadoxine-pyriméthamine.

Grossesse – paludisme – *Plasmodium falciparum* – chimioprévention du paludisme.

SUMMARY

Summary: Parasitic diseases and pregnancy

In tropical areas, parasitic diseases are very frequent during pregnancy. Malaria is the most frequent, with different complications in pregnant women (anaemia, cerebral malaria, abortion) and in the fetus (low birthweight, congenital malaria), mostly after first pregnancies. The prevalence rate of congenital malaria ranges from 0,5% in pregnant women living in endemic areas to 10% in tourist women travelling in tropical areas. Diagnosis must be confirmed rapidly and the treatment is effective with most of antimalarial drugs. Prophylaxis is possible by protection against the mosquitoes and intermittent sulfadoxine-pyrimethamine treatment.

Pregnancy – malaria – *Plasmodium falciparum* – antimalarial chemoprophylaxis

1. Introduction

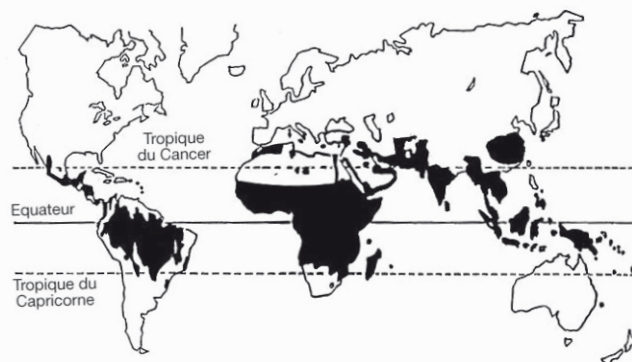
En pays tropical, le paludisme est l'affection parasitaire la plus fréquente et qui pose le plus de problèmes chez la femme enceinte, qu'il s'agisse d'une autochtone exposée depuis son enfance aux piqûres de moustiques ou d'une touriste récemment arrivée en zone d'endémie. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y aurait environ, chaque année, 25 millions de femmes enceintes et soumises au risque de paludisme, dont 25 % ont un placenta infesté par les *Plasmodium* au moment de l'accouchement. En Afrique, entre 75 000 et 200 000 enfants naissent de femmes atteintes de paludisme, avec un faible poids de naissance [47], la mortalité à la naissance des enfants de mères paludéennes est estimée à 100 000 par an [18], avec des taux de 0,9 % en zone urbaine au Zaïre à 10,6 % en zone rurale de Gambie [37].

2. Le paludisme

2.1. Rappel épidémiologique et clinique

Plus de deux milliards de personnes vivent en zone à risques de paludisme (figure 1). Chaque année, il y a environ 400 à 500 millions de malades, dont 1,5 à 2,5 millions décèdent, principalement des enfants. Avec l'apparition et la rapide extension des chimiorésistances et de l'accoutumance des moustiques aux insecticides, le paludisme est actuellement en progression.

Figure 1 – Répartition géographique du paludisme.



a Unité des maladies parasitaires et tropicales

Hôpital de Bicêtre – Université Paris XI
78, rue du Général-Leclerc
94275 Kremlin-Bicêtre cedex

b Unité des maladies infectieuses

Hôpital Paul-Brousse
12, av. Paul-Vaillant-Couturier
94804 Villejuif cedex

* Correspondance

patrice.bouree@bct.aphp.fr

article reçu le 22 février, accepté le 14 avril 2008.

© 2008 – Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés.

Le paludisme est dû à un protozoaire sanguin, le *Plasmodium*, transmis par un moustique, l'anophèle femelle. Après multiplication dans les hépatocytes, l'hématozoaire passe dans la circulation et se multiplie dans les hématies. L'envahissement, puis l'éclatement des globules rouges parasités, provoque les accès palustres cycliques. Il existe plusieurs espèces de *Plasmodium*, avec des caractéristiques différentes (**tableau I**) [6].

La phase d'invasion survient chez les sujets sans prémunition. Elle est marquée par un embarras gastrique fébrile. Puis, avec *P. falciparum*, l'accès simple peut se compliquer en quelques heures d'un accès grave rapidement mortel en l'absence de traitement. Les accès palustres à fièvre périodique correspondent plus aux autres espèces, se répétant toutes les 48 (*P. ovale*, *P. vivax*) ou 72 heures (*P. malariae*), réalisant les accès fébriles tierces ou quarte [1]. Apparaît tout d'abord une sensation de froid avec des frissons incontrôlables, puis la fièvre monte à 40°C, la peau du patient est sèche et brûlante. Enfin le malade se couvre de sueurs abondantes. L'ensemble de ces phénomènes dure quelques heures. L'état général du sujet s'améliore alors très nettement jusqu'à l'accès suivant.

L'accès pernicieux ou neuroludisme, dû exclusivement à *Plasmodium falciparum*, réalise une encéphalopathie aiguë. Il peut survenir brutalement, sans signe prémonitoire ou succéder à un accès typique négligé. La fièvre dépasse 40°C, une hypothermie étant de mauvais pronostic (**tableau II**). Des convulsions sont fréquentes et le patient sombre dans le coma. Le diagnostic doit être rapidement posé et la prise en charge immédiate (traitement par quinine intra-veineuse mis en route d'urgence), l'évolution spontanée étant fréquemment mortelle.

Le paludisme viscéral évolutif survient, en zone d'endémie chez des individus, insuffisamment prémunis et soumis à des inoculations massives. Les troubles associent pâleur, splénomégalie et fièvre à 39°C. L'hémogramme confirme l'anémie hémolytique et retrouve les *Plasmodium*. Le traitement spécifique fait disparaître les troubles. La fièvre bilieuse hémoglobulinurique est devenue exceptionnelle. En effet, il s'agit d'une hémolyse aiguë, réaction anaphylactique à la prise de quinine ou plus rarement d'une autre molécule antipaludique, chez un sujet ayant déjà été, un certain temps auparavant, sensibilisé par une prise de quinine (ou d'un autre antipaludique).

2.2. Diagnostic et traitement

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de l'hématozoaire sur le frottis sanguin, permettant l'identification du *Plasmodium* et sa quantification (**figure 2**). Le test de diagnostic rapide immuno-chromatographique basé sur la détection de protéines spécifiques de *Plasmodium falciparum*. Il doit être recherché chez la mère et en cas d'accouchement d'une mère atteinte de paludisme, au niveau du placenta (**figure 3**), de lecture souvent difficile et chez l'enfant.

Le sérodiagnostic n'est pas utile au diagnostic d'urgence. Mais il est indiqué pour le diagnostic rétrospectif d'une fièvre, pour les enquêtes épidémiologiques et enfin pour éliminer les donneurs de sang paludéens.

Le traitement habituel repose, selon le tableau clinique, sur la quinine intraveineuse ou l'atovaquone-proguanil (Malarone®) pour *P. falciparum* et sur la chloroquine (Nivaquine®) pour les autres espèces. D'autres produits sont utilisables

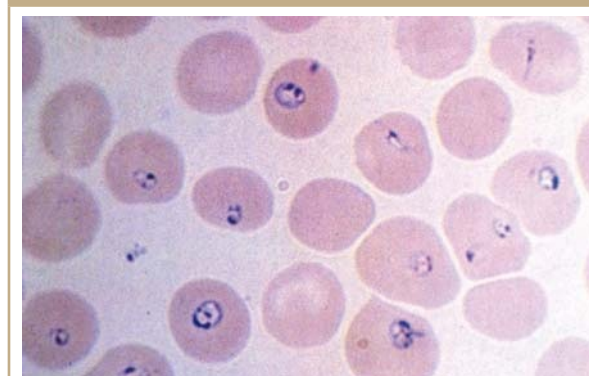
Tableau I – Caractères des différents *Plasmodium*.

Espèce	Répartition	Rythme des accès	Gravité	Complications	Longévité
<i>P. falciparum</i>	Toutes les zones tropicales	Fièvre tierce	Maligne	Accès pernicieux mortel, paludisme viscéral évolutif	2 mois
<i>P. vivax</i>	Amérique du Sud, Asie, Afrique du Nord	Fièvre tierce	Bénigne	Asthénie, anémie	3 ans
<i>P. ovale</i>	Afrique centrale	Fièvre tierce	Bénigne	Asthénie, anémie	5 ans
<i>P. malariae</i>	Zones tropicales (mais rare)	Fièvre quarte	Bénigne	Syndrome néphrotique	20 ans

Tableau II – Critères de gravité de l'accès pernicieux (OMS).

Cliniques	Biologiques
Prostration, coma	Hypoglycémie (< 2,2 mmol/l)
Convulsions généralisées	Anémie grave (< 6 g/dl)
Collapsus cardio-vasculaire	Oligurie (< 400 ml/j)
Syndrome hémorragique	Créatininémie (< 265 µmol/l)
Œdème pulmonaire	Hémoglobinurie
Ictère	Acidose sanguine (pH < 7,25)

Figure 2 – Frottis sanguin : *Plasmodium falciparum*.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7663023>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7663023>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)