

## Essai d'évaluation de la fréquence du paludisme importé en France

J. DELMONT  
 J. RANQUE  
 M. QUILICI  
 P. PÈNE  
 A. BOURGEADE

*U.E.R. de Médecine et de Santé Tropicales, Faculté de Médecine, 17 boulevard Jean-Moulin, 13005 Marseille*

L'incidence annuelle des cas cliniques de paludisme importé est difficile à chiffrer en France où, jusqu'à une date récente, le médecin n'était tenu de déclarer que les cas de paludisme primaire autochtone. En conséquence, les notifications parvenues aux autorités nationales et internationales de santé ne permettaient pas d'évaluer la fréquence du paludisme importé.

Face à cette carence d'informations statistiques, des enquêtes ont été réalisées dans quelques hôpitaux de grandes villes pour estimer le nombre et pour étudier les caractères épidémiologiques des cas cliniques de paludisme importé. Ainsi, alors que pour l'ensemble de la France métropolitaine, seulement 45 cas étaient officiellement rapportés, de 1973 à 1975, à l'Organisation Mondiale de la Santé, une étude rétrospective a révélé 64 cas dans les hôpitaux de la seule ville de Marseille. Les résultats de la plupart des enquêtes hospitalières montrent l'augmentation annuelle de l'incidence du paludisme importé mais reflètent mal sa fréquence réelle. Aussi, le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale a récemment demandé aux Directions départementales de l'Action Sanitaire et Sociale d'interroger les services spécialisés universitaires et les principaux établissements hospitaliers sur le nombre de cas de paludisme confirmés par mise en évidence des parasites sur des étalements sanguins. Cette enquête rétrospective nationale a révélé 535 cas de paludisme importé pour la seule année 1978. Ce chiffre résulte d'une meilleure approche de la situation réelle qu'il sous-estime cependant comme le prouvent les résultats d'un sondage auprès de 500 médecins libéraux généralistes exerçant dans les régions de Provence-Côte d'Azur et de Corse. Les 319 réponses obtenues ont permis d'établir qu'en 1978, au moins 40 cas de palu-

disme importé avaient été diagnostiqués parasitologiquement en secteur médical privé et que l'hospitalisation n'avait été décidée que pour 5 d'entre eux.

L'évaluation du nombre de cas de paludisme importé observés en milieu hospitalier ( $x$ ) et hors milieu hospitalier ( $y$ ) est possible en utilisant la formule  $ax = by$  et en désignant par ( $a$ ) le pourcentage de cas confirmés avant hospitalisation parmi ceux observés en milieu hospitalier et par ( $b$ ) le pourcentage de cas transférés à l'hôpital parmi ceux observés hors milieu hospitalier. Par des enquêtes hospitalières, il est généralement facile de déterminer ( $a$ ) et ( $x$ ) et ainsi de déduire ( $y$ ) lorsque ( $b$ ) ne varie que dans certaines limites. Ainsi, pour la ville de Marseille, les résultats obtenus par sondage ou par calcul théorique sont sensiblement identiques et révèlent qu'en 1978, les 3/5 des cas de paludisme importé ont été diagnostiqués hors du milieu hospitalier.

L'extrapolation de ces données à la France métropolitaine, compte tenu des chiffres de population ou du nombre de médecins libéraux généralistes, amène à penser que surviennent chaque année plus de 2 000 cas de paludisme importé. Encore cette évaluation ne tient-elle compte que de l'observation de cas cliniques avec confirmation parasitologique. Or, la recherche des hématozoaires n'est pas toujours demandée par le médecin lorsqu'il évoque le diagnostic de paludisme chez un malade fébrile ayant séjourné en région d'endémie ; de plus, la prise d'un médicament antipaludéen est parfois décidée par le malade lui-même avant toute consultation médicale. Enfin, il faudrait tenir compte du très grand nombre de porteurs asymptomatiques de parasites dans l'évaluation de la fréquence du paludisme importé.

Le paludisme importé en France est donc un problème d'actualité et il est *a priori* surprenant

que, parmi les 319 médecins généralistes interrogés en 1978 sur une éventuelle variation de son incidence annuelle au cours des 5 dernières années, 46,1 % n'ont aucune opinion, 34,2 % affirment sa stabilité, 17,2 % sa diminution et seulement 2,5 % son augmentation. L'explication réside-t-elle dans le fait qu'autrefois les médecins praticiens étaient périodiquement appelés pour des accès fébriles intermittents chez des patients qu'ils connaissaient bien et qui avaient effectué des campagnes militaires ou des séjours prolongés en région d'endémie palustre. Le diagnostic de paludisme était d'emblée évoqué et le recours à la confirmation parasitologique n'était pas systématique. La mise en évidence de *Plasmodium vivax* ou de *P. malariae* était en effet aléatoire en période d'apyrexie, ou encore impossible dans l'éventualité fréquente où le malade prenait d'emblée un

traitement antipaludéen en raison de rechutes palustres antérieures.

Depuis quelques années, la plupart des cas cliniques de paludisme importé en France correspondent à des primo-invasions dues à *P. falciparum* espèce plasmodiale de durée de vie limitée mais de potentiel évolutif malin en l'absence d'un traitement spécifique immédiat. Le médecin praticien se trouve alors confronté à une symptomatologie d'autant moins évocatrice que le malade peut oublier de lui signaler un récent séjour outre-mer et la non-observation d'une chimioprophylaxie antipaludique correcte.

Ces faits justifient pleinement le caractère obligatoire de la déclaration du paludisme importé et les efforts des autorités nationales et internationales de santé pour informer le corps médical de sa recrudescence.

## Paludisme congénital à *Plasmodium vivax*

J. L. EXCLER

*Parasitologie et Pathologie Exotique, Université Claude-Bernard, 8 avenue Rockefeller, 69008 Lyon*

L'enfant L. K. née le 5 juin 1979 à Lyon (maternité pav. K, hôpital Édouard-Herriot), de mère cambodgienne, nous est adressée le 2 juillet 1979, soit à 28 jours de vie, pour un tableau fébrile à 38,5°, intermittent depuis la naissance et diarrhée. Le 3 juillet, alors que la fièvre a cédé sans aucun traitement l'examen clinique met en évidence une hépatosplénomégalie isolée. Le développement statural-pondéral est normal (PN = 2 780 g).

Hémocultures, urocultures, coprocultures ne retirent pas de germes à caractère pathogène. L'hémogramme montre : GR : 2,92 T l, GB : 8,6 G/l dont 22 % de PN, 63 % de L, 9 % de M, 4 % d'E, 2 % plasmocytes et 172 G/l plaquettes ; taux d'hémoglobine 4,96 mmol/l (8 g/100 ml), VGM : 84  $\mu$ m<sup>3</sup>, CCHM à 33,1 %. Il n'existe pas d'hémoglobine anormale, notamment pas d'HbE (HbF à 38,4 %) et les activités enzymatiques globulaires sont normales. Un dosage pondéral des immunoglobulines sériques montre des IgG à 8,68 g/l (normale entre 1 et 6 mois : de 2,3 g à 9,5 g/l), IgA non visibles, et des IgM très élevées à 2,98 g/l (normale entre 1-6 mois : de 110 à 860 mg/l) soit 3 fois plus.

Un frottis sanguin du 3 juillet 1979, réalisé en

dehors de tout contexte fébrile, révèle des formes asexuées (corps amiboïdes) de *Plasmodium vivax*. La technique d'immunofluorescence indirecte sur *Plasmodium cynomolgi* ne permet pas de déceler d'anticorps antipalustres fluorescents, ceci à deux reprises espacées de 1 mois (le 3-7-1979 et le 3-8-1979).

L'enfant fut traitée immédiatement et avec succès à la Chloroquine per os à la dose de 10 mg/kg/j pendant 6 jours suivi d'une dose de 5 mg/kg/j une semaine par mois pendant 6 mois.

La mère, réfugiée cambodgienne, âgée de 25 ans, vivant en France depuis un an, ayant donc conçu cette enfant en France, présenta plusieurs accès fébriles durant sa grossesse, essentiellement le dernier trimestre, accès qui ne furent jamais signalés lors des visites prénatales. L'accouchement à 42 semaines se déroula normalement, par voie basse, sans forceps, mettant au monde un enfant de 2 780 g Apgar 10 à 1 mn et à 5 mn qui présenta dès le premier jour (le 5-6-79) un accès fébrile à 38,6° résolutif. La mère présenta un accès fébrile les 9, 10, 11 juin 1979, à 38°, résolutif, pour lequel les prélèvements bactériens restèrent négatifs. L'hémogramme montrant une anémie normochrome normocytaire. Les