

BIBLIOGRAPHIE

- GYSELINGS (R. J.), 1973. — Paludisme congénital *Helv. Paediatr. Acta*, 28, 2 : 161-164.
- SEITZ (H. M.), 1971. — Vergleich der Antikörpertiter gegen *P. falciparum* in mütterlichen Blut und in Nabelschnurblut *Z. Tropen. Med. Parasitol. Dtsch.*, 22, 2 : 133-135.
- WILLIAMS (A. I. O.), Mc FARLANE (H.), 1969. — Distribution of malarial antibodies in maternal and cord sera. *Arch. Dis. Childh.*, 44, 236 : 511-514.
- JILLY (P.), 1969. — Anaemia in parturient women with special reference to malaria infection of the placenta *Ann. trop. Med. Parasitol.*, 63, 1 : 109-116.
- GNEHM (H. E.), WALDVOGEL (F. A.), 1975. — Transmission périnatale d'une malaria à *P. falciparum*. *Schweiz. Med. Wschr. Schweiz.*, 25 : 815-819.
- WOODS, MILLS, FERRIERI, 1974. — Neonatal malaria due to *P. vivax*. *Pediatrics*, 85, 5 : 669-671.
- WENZEL SIMON (A.), BIENZLE (V.), BAUER (K.), DIETRICH (M.), 1977. — Konnatale Malaria. *Klin Pädiatr.*, 189, 6 : 404-407.
- Mc GREGOR (I. A.), TURNER (M. W.), WILLIAMS (K.), HALL (P.), 1968. — Soluble antigens in the blood of african patients with severe *P. falciparum* Malaria. *Lancet*, 1 : 881-884.
- GILL (T. J.), 1973. — Maternal/Fetal interactions and the immune response. *Lancet*, 1 : 133-135.
- VERNES (A.), DEICAS (E.), 1978. — Paludisme congénital à *Plasmodium vivax*. *Nelle Presse Médicale*, 3 Juin, 7, 22 : 1960.
- BRADBURY (A. J.), 1977. — Congénital malaria in one non identical twin. *British Med. Journal*, 3 sept. : 613.
- HARVEY (B.), REMINGTON, (J. S.), SULZER (A. J.), 1969. — IgM malaria antibodies in a case of congenital malaria in United States. *Lancet*, Febr. 15 : 333-335.
- ROFFI (J.), DIALLO (P. B.), BAH (M. D.), 1977. — Mise en évidence d'IgM antimalariques dans le sang du cordon du nouveau-né africain. *Med. trop.*, 37, 3 : 269-272.
- DRUILHE (P.), MONJOUR (I.), GENTILINI (M.), 1976. — Passage placentaire des antigènes plasmodiaux : induction d'une tolérance immunitaire spécifique ? *Nelle Presse Médicale*, 5, 22 : 1430-31.
- LOGIE (D. E.), Mc GREGOR (I. A.), ROWE (D. S.), BILLEWICZ (W. Z.), 1973. — Plasma immunoglobulin concentration in mothers and newborn children with special reference to placental malaria. *Bull. OMS*, 49 : 547-554.
- DIADHIOU (F.), FALL (M.), CORREA (P.), BAH (M.), MARTIN (L.), 1975. — Gouttes épaisses systématiques chez les nouveaux-nés fébriles et les nouveaux-nés de mère fébrile. *Bull. Soc. Méd. Af. Noire Langue française*, 20, 2 : 143-150.
- THOMPSON (D.), PEGELOW (C.), UNDERMAN (A.), POWARDS (D.), 1977. — Congenital malaria : a rare cause of splenomegaly and anemia in an American infant. *Pediatrics*, 60, 2 : 209-212.
- GILLET (J.) et HERMAN (F.), 1974. — Recherches sur le paludisme congénital de la souris à *P. berghei*. *Bull. O.M.S.*, 41 : 385-398.

Le paludisme post-transfusionnel en France Épidémiologie et Prophylaxie

J. RANQUE*
B. FAUGÈRE*
J. SCOFFIER**

* Laboratoire de parasitologie, Faculté de Médecine, Marseille
** Centre de Transfusion, Nice

Le paludisme post-transfusionnel constitue actuellement un problème non négligeable dans notre pays.

En effet, du fait de l'importance de l'immigration africaine, des voyages professionnels ou touristiques en zones infestées, le nombre de porteurs plus ou moins occultes de *Plasmodium*, parmi d'éventuels donneurs de sang, a considérablement augmenté. Si l'on ajoute à cela la fréquence des transfusions sanguines et l'utilisation de quantités massives de sang ou d'hématies en chirurgie lourde, on conçoit

que ce risque de transmission du paludisme se soit notablement accru depuis une vingtaine d'années.

Entre 1960 et 1980, on en a dénombré 82 cas avec une prédominance de *P. falciparum* qui ne cesse de s'affirmer, du fait de nos relations privilégiées avec l'Afrique Noire.

Si les données épidémiologiques de ce paludisme sont maintenant relativement bien connues, les règles prophylactiques ne sont pas encore fixées.

Il faut distinguer les mesures qui peuvent être prises dans les zones endémiques des D.O.M. T.O.M.

CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES : ÉPIDÉMIOLOGIE

(Guyane, Mayotte) où il suffit d'intensifier la chimioprophylaxie chez le receveur pendant les trois semaines qui suivent une transfusion, de celles que l'on doit envisager dans les régions où il n'existe pas de paludisme. Dans cette dernière éventualité la prophylaxie sera basée sur l'élimination de tout donneur pouvant être porteur de *Plasmodium* ou tout au moins de réserver son sang pour le fractionnement chimique du plasma.

Mais sur quel critère baser cette éviction ?

La règle des 5 ans après la dernière manifestation clinique du Paludisme n'est pas applicable du fait de l'existence de formes occultes.

Éliminer tous les sujets ayant effectué au moins un séjour en zone infestée aboutirait à l'exclusion d'un très grand nombre de donneurs. Limiter cette éviction à deux ans permettrait d'éliminer la transmission de *P. falciparum*. Rechercher les porteurs occultes par la mise en évidence des parasites est difficile et insuffisant.

Mieux vaut s'adresser à l'immunologie en particulier à l'immunofluorescence indirecte (IFI). Mais encore faut-il que les résultats de tels examens soient interprétés sous bénéfice d'inventaires, en tenant compte des facteurs suivants : types de séjour — délai écoulé entre la cessation de la chimioprophylaxie et la date de l'examen sero-immunologique. C'est ce que nous avons fait sur 2 571 sérums provenant des Centres de transfusion de Marseille et de Nice.

L'étude de l'origine géographique de la contamination des donneurs fait apparaître deux zones importantes : l'Afrique Noire où le risque d'infesta-

tion est le plus élevé (21,8 %), l'Afrique du Nord à faible endémicité mais dont le nombre de donneurs est plus important.

Les donneurs présentant des anticorps ont généralement résidé longtemps en zone impaludée ou s'y sont rendus fréquemment. Les 2/3 des donneurs dont la sérologie est positive ne signalent pas d'antécédents cliniques.

En conclusion, le dépistage sérologique des porteurs occultes de *Plasmodium* par IFI, en adoptant le 1/20 comme seuil de positivité aboutit à une évaluation excessive du nombre de porteurs de *Plasmodium*.

Par contre, une négativité de ce test, 4 mois après le retour en zone non infestée, c'est-à-dire en ce qui concerne notre pays, 2 mois après cessation de toute chimioprophylaxie, délai pendant lequel aurait pu se constituer des anticorps en cas de parasitisme sanguin, permet de transfuser avec une sécurité absolue et de pouvoir ainsi « récupérer » une proportion très importante de donneurs (86,9 % dans notre série).

Nous proposons donc le schéma prophylactique suivant :

— Donneurs appelés à se rendre fréquemment en zone impaludée : exclusion.

— Pour les autres, exclusion de 4 mois après leur retour en France, après quoi les dons du sang seront repris en cas de négativité de l'IFI.

Il n'en reste pas moins vrai que toute prophylaxie, y compris ce dernier schéma, commence par un tri basé sur un interrogatoire toujours faillible.

Il n'existe donc pas de sécurité absolue, ce dont doivent avoir conscience, médecins, chirurgiens ou anesthésistes.

Aspects épidémiologiques de l'infection à *P. Malariae* dans la phase d'entretien de l'éradication du paludisme en Roumanie (Communication non présentée)

D. PANAITESCU
P. FILOTTI

Institut Cantacuzino, Ministère de la Santé, Bucarest, Roumanie

Dans les trois premières phases du programme national d'éradication du paludisme en Roumanie on a enregistré un nombre réduit de cas d'infections

à *P. malariae* et le nombre des cas de paludisme transfusionnel dus à cette espèce de *Plasmodium* a été plus réduit.