

ORGANISATION DE COORDINATION ET DE COOPERATION
POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES

O.C.C.G.E.

! NECESSITE EN P.M.I. DE "CIBLER" EN !
! PRIORITE LES JEUNES PRIMIGESTE !
! OU SECONDE GESTE POUR UN MEILLEUR !
! CONTROLE DU PALUDISME CHEZ LA FEMME !
! ENCEINTE !

MOLEZ J.F.¹, ZEI M.P.², CARNEVALE P.¹, TRAORE S.G.²,
BOSENSO M.F.¹, GNIENHOUN O.¹, SANOU A.³, AKINOCHO Y.¹

- 1 - Antenne ORSTOM
auprès du Centre Muraz
- 2 - Hôpital Sanou Sourou
- 3 - Maternité Ouattara Guimbi

Communication présentée par le Docteur J.F.MOLEZ, Médecin parasitologiste,
ORSTOM, à la XXVème Conférence Technique de l'O.C.C.G.E. - Bobo-Dioulasso -
Avril 1985.

L'infection placentaire par Plasmodium n'est pas un fait rare en Afrique sud-saharienne, où la transmission du paludisme est toujours intense. En général 10% des femmes parturiantes présentent une parasitémie placentaire au moment de l'accouchement. Cependant si le paludisme congénital est rare l'infection palustre peut avoir un effet néfaste sur le développement foetal entraînant une grossesse à risques avec avortement, prématurité ou déficit pondéral. L'objectif de notre travail est de préconiser une stratégie de contrôle du paludisme au niveau des Centres de P.M.I., grâce aux travaux de recherches en parasitologie et en immunologie.

Notre étude s'est déroulée sur deux ans $\frac{1}{2}$, elle s'est effectuée dans deux maternités de Bobo-Dioulasso: Hôpital Sanou Sourou et Maternité Ouattara Guimbi et au total c'est quelques 1389 placentas qui ont été examinés microscopiquement.

Seul P.falciparum a été retrouvé infectant les placentas. Les parasitémies placentaires sont modulées durant l'année en fonction des variations saisonnières de la transmission du paludisme.

Le plus fort pourcentage de placentas parasités est de 24,5%, il se trouve en fin de saison des pluies, tandis que le plus faible pourcentage qui est de 1% se trouve en saison sèche. Toutefois on observe une remontée de ce pourcentage en fin de saison sèche, il semble correspondre à un minima dans l'immunité anti-palustre chez les parturiantes.

De la même façon on retrouve des variations saisonnières dans les densités d'hématies parasitées. On trouve parfois 70% de parasitémie érythrocytaire en fin de saison des pluies, les densités les plus faibles se trouvent en saison sèche.

En relation avec ces fluctuations, les déficit pondéraux chez le nouveau né se rencontrent surtout en fin de saison des pluies et en saison sèche (déficit de 300 à 500 g selon le sexe).

On doit souligner le fait que l'infection placentaire provoque soit des avortements en début de grossesse, soit plus tard des prématurés ou soit des petits poids de naissance (moins de 2 500 g).

Ce sont surtout les fortes densités parasitaires qui vont avoir des conséquences sur le déroulement de la grossesse.

Il y a séquestration des hématies parasitées, dans les espaces intervillositaires avec ralentissement parfois très important de la circulation placentaire et hypoxie foetale, qui sera fonction de la parasitémie érythrocytaire.

Ce sont des problèmes dhémodynamique placentaire qui vont provoquer des gestations raccourcies (prématurité) et des retards de croissance (déficit pondéral), mais il n'y a pas d'atteinte parasitologique du foetus.

L'examen microscopique du placenta est capital, car il révèle que ce sont les jeunes gestantes (primi ou seconde geste) qui présentent les plus fortes densités parasitaires. On trouve chez elles une activité macrophagique très importante dans le placenta, et la qualité de cette réaction histologique semble intimement liée à l'état immunitaire de la gestante. Cette réaction ne présente pas la même intensité chez une primigeste ou une seconde geste que chez une grande multigeste. Ces dernières n'ont jamais de parasitémies très denses et la réaction macrophagique est plus tardive et moins violente.

dans la classe des 1ère geste	on retrouve	32,8%	d'infection placentaire
" " " " 2ème gestes	"	13,5%	" "
" " " " multigestes (+ de 2)	"	8,16%	" "

Le groupe à risque élevé en Afrique concerne les jeunes primigestes, qui ont en général moins de 18 ou même 16 ans, d'autre part ces primigestes sont plus souvent et fortement anémiées (à partir du 4ème mois de grossesse) que les autres classes de gestantes (plus de deux gestes).

Ainsi la catégorie de femmes enceintes primi ou seconde geste est celle qui présente le plus souvent des prématurés (gestation raccourcie) ou des petits poids de naissance (croissance ralentie) et c'est elle également qui va présenter les plus fortes densités parasitaires dans le placenta lorsqu'il y a infection palustre, accentuant encore le déficit pondéral du nouveau né.

Les premières et les secondes gestes sont des femmes "à risque" devant faire l'objet d'une attention particulière en P.M.I. L'infection palustre les concerne particulièrement, la parasitémie placentaire aggravant les facteurs de risque: prématurité, déficit pondéral, anémie. Ainsi il faut préconiser une conduite à tenir vis à vis de ces gestantes pour une meilleure protection contre le paludisme.

Des épisodes hyperthermiques sont toujours retrouvés à l'interrogatoire chez la femme qui accouche avec un placenta parasité. Très souvent il y a eu chimiothérapie de l'accès fébrile, qui a fait disparaître les signes cliniques et la parasitémie périphérique circulante et peut être les très faibles et débutantes parasitémies placentaires. L'infection placentaire dès qu'elle a un certain seuil de densité, persiste jusqu'à l'accouchement, surtout s'il s'agit d'une primigeste ou une seconde geste. Cependant chez certaines multigestes on peut trouver des parasitémies "nettoyées" (placentas avec macrophages chargés en pigment palustre, et pas d'hématozoaires intra érythrocytaires).

Il faut donc envisager la nécessité d'une chimioprophylaxie adaptée chez la femme enceinte (1 comprimé par semaine). La chimiothérapie de l'accès fébrile est indispensable mais pas suffisante, elle peut être une fausse garantie (disparition des signes cliniques) surtout chez les jeunes gestes (densités placentaires plus fortes).

Donc nécessité de "ciblage" en P.M.I. des premières et secondes gestes, pour une chimioprophylaxie en vue d'un meilleur contrôle du paludisme chez la femme enceinte et un meilleur développement in utero.

Primigeste/Seconde geste

Multigeste

Fort % d'infection
placentaire

Faible % d'infection
placentaire

femmes jeunes
primiparité (1ère ou 2ème)
densités parasitaires fortes
lésions placentaires importantes

âge moyen plus élevé
multipares
densités parasitaires
modérées
lésions placentaires
modérées

nouveau né avec
déficit pondéral fréquent
prématurité

nouveau né avec
déficit pondéral faible
prématurité rare

NECESSITE EN P.M.I. POUR UN
MEILLEUR CONTROLE DU PALUDISME CHEZ
LA FEMME ENCEINTE (10% d'infection placentaire)
D'EFFECTUER UNE CHIMIOPROPHYLAXIE
TOUT AU LONG DE LA GROSSESSE ET DE
"CIBLER" EN PRIORITE LES JEUNES
PRIMIGESTE OU SECONDE GESTE