

- 17 - MANNSCHOTT (C). - Etude épidémiologique du paludisme dans la région de Koza (Nord-Cameroun) - Thèse Médecine (Bordeaux). 1981. 317. 1-89.
- 18 - MATOLA (Y.G.) & MAGAYUKA (S.A.) - Malaria in the Pare area of Tanzania. V. Malaria 20 years after the end of residual insecticide spraying. - Trans. roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 1981. 75. 811-813.
- 19 - MEETSelaar (D) & VAN THIEL (P.H.). Classification of malaria. - Trop. geogr. Med. 1959. 11. 157-161.
- 20 - MICHEL (R), CARNEVALE (P), BOSSENO (M.F.), MOLEZ (J.F.), BRANDICOURT (O), ZOULANI (A) & MICHEL (Y). - Le paludisme à *Plasmodium falciparum* et le gène drépanocytaire en milieu scolaire dans la région brazzavilloise. - Méd. trop. 1981. 41. 403-412.
- 21 - MOYOU-SOMO (R). - Les aspects actuels du paludisme au Cameroun. Thèse Médecine (Bordeaux) 1977. 581. 1-142.
- 22 - RAGEAU (J), ADAM (J.P.) & RIVOLA (E). - Etude préliminaire sur la biologie d'*Anopheles gambiae* dans la région forestière du Sud Cameroun. - Ann. Parasitol. 1953. 28. 525-449.
- 23 - RIPERT (Ch), SAME-EKOBO (A), ENYONG (P) & PALMER (D). - Evaluation des répercussions sur les endémies parasitaires (malaria, bilharziose, onchocercose, dracunculose) de la construction de 57 barrages dans les Monts Mandara (Nord-Cameroun). - Bull. Soc. Path. exot. 1979. 77. 324-339.
- 24 - RIPERT (Ch), AMBROISE-THOMAS (P), ROUSSELLE-SAUER (C), MESSI (J.A.), TETTAMANT (S) & SAME-EKOBO (A). - Aspects épidémiologiques et cliniques du paludisme dans deux villages du département de la Lékoué (Cameroun). - Bull. Soc. Path. exot. 1981. 74. sous presse.
- 25 - STEVENY (J), MALOSSE (D), APPRIOU (M), TRIBOULEZ (J), ENYONG (P), SAME-EKOBO (A) & RIPERT (Ch). - Etude épidémiologique de l'onchocercose chez les Matakams des Monts du Mandara (Nord-Cameroun). Bull. Soc. Path. exot. 1981. 74. 197-207.
- 26 - VAISSE (D), MICHEL (R), CARNEVALE (P), BOSSENO (M.F.), MOLEZ (J.F.), PEEHMAN (P), LOEMBE (M.T.), NZINGOULA (S) & ZOULANI (A). - Manifestations cliniques du paludisme à *Plasmodium falciparum* au Congo selon la parasitémie et le génotype hémoglobinique. - Méd. trop. 1981. 41. 413-423.
- 27 - VAUCEL (M) & CAMPOURCY (A). - L'anophélisme au Cameroun. - Rev. Sc. Méd. Pharm. Vét. Afr. franç. libre (Brazzaville), 1943. 2. 85-87.
- 28 - ZUMPT (F). - Beobachtungen über Mückenbrutplätze in der Tikoebene (Kamerun). Arch. Schiffs. u. Tropenhygiene. 1936. 40. 115-118.
- 29 - ZUMPT (F). - Stechmückenstudien im Pflanzungsgebiet des Kamerunberges. - Tropenpflanzer. 1937. 40. 366-383.

EPIDEMIOLOGIE ET CLINIQUE DU PALUDISME HUMAIN EN ZONE FORESTIERE,

par

M. LALLEMANT*, J.F. TRAPE*, O. BRANDICOURT*, P. CARNEVALE*, J.F. MOLEZ*, M.F. BOSSENO*, S. LALLEMANT LE-COEUR*, A. RICHARD*, A. ZOULANI*.

PREMIERS RESULTATS

Les études effectuées dans les régions forestières d'Afrique Centrale, mettent en évidence, une caractéristique essentielle du paludisme, dans ces zones : une intensité de transmission élevée, assurée par la présence quasi permanente de vecteurs, contrastant avec des densités parasitaires faibles.

Au Congo, cette caractéristique épidémiologique a été retrouvée autour de Brazzaville, notamment à Djoumouna où cependant, la déforestation est très avancée (Carnevale P., 1979, 1980).

C'est pourquoi, dans le cadre de l'étude intégrée du paludisme en région afro-tropicale, il a semblé intéressant de l'observer dans un biotope typiquement forestier comme la forêt du MAYOMBE.

Par ailleurs, bien que le paludisme soit actuellement la maladie la plus répandue au monde, la part de cette parasitose dans la morbidité et la mortalité comporte toujours une grande marge d'incertitude. En zone de forte imprégnation palustre, le diagnostic précis de paludisme, en particulier, est souvent délicat.

Ces deux axes de recherche : entomo-parasitologique et clinique ont donc été conduits simultanément dans la station de biologie forestière de DIMONIKA.

* Centre ORSTOM de Brazzaville, Laboratoire d'Entomologie Médicale et Parasitologie, Département du Paludisme BP 181 BRAZZAVILLE - République Populaire du Congo.

a)- La Zone d'Etude :

Le MAYOMBE est une chaîne montagneuse très accidentée, de faible altitude (300 à 600 m), bénéficiant d'une pluviométrie élevée (1400 à 1600 mm d'eau par an) concentrée pendant la saison des pluies, d'octobre à mai. Le secteur de DIMONIKA comporte des îlots de forêt primaire au sein d'une forêt secondaire dense. Les cultures bordent les villages peuplés à l'origine par les Yombé, mais les activités liées au chemin de fer CONGO-OCEAN, à l'exploitation du bois et de l'or ont provoqué un afflux important de population étrangère.

Quatre villages sont soumis à une surveillance épidémiologique et clinique régulière :

-POUNGA : C'est un gros bourg d'un millier d'habitants, relié par le chemin de fer à POINTE-NOIRE et à BRAZZAVILLE.

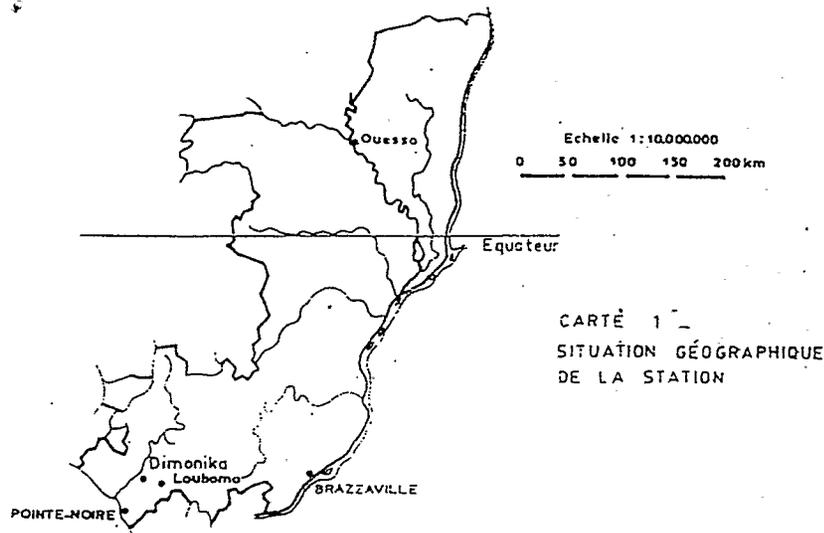
-DIMONIKA : Situé à six kilomètres de Pounga, c'est un village d'orpailleurs en même temps qu'un poste militaire. Il comprend environ deux cents personnes originaires de diverses régions du Congo, du Zaïre et de l'Angola.

-QUILILA et MAKABA : Ces villages, beaucoup plus éloignés du chemin de fer, sont restés plus typiquement Yombé. Ils regroupent plus de cinq cents personnes vivant essentiellement de la chasse, et de la culture du manioc.

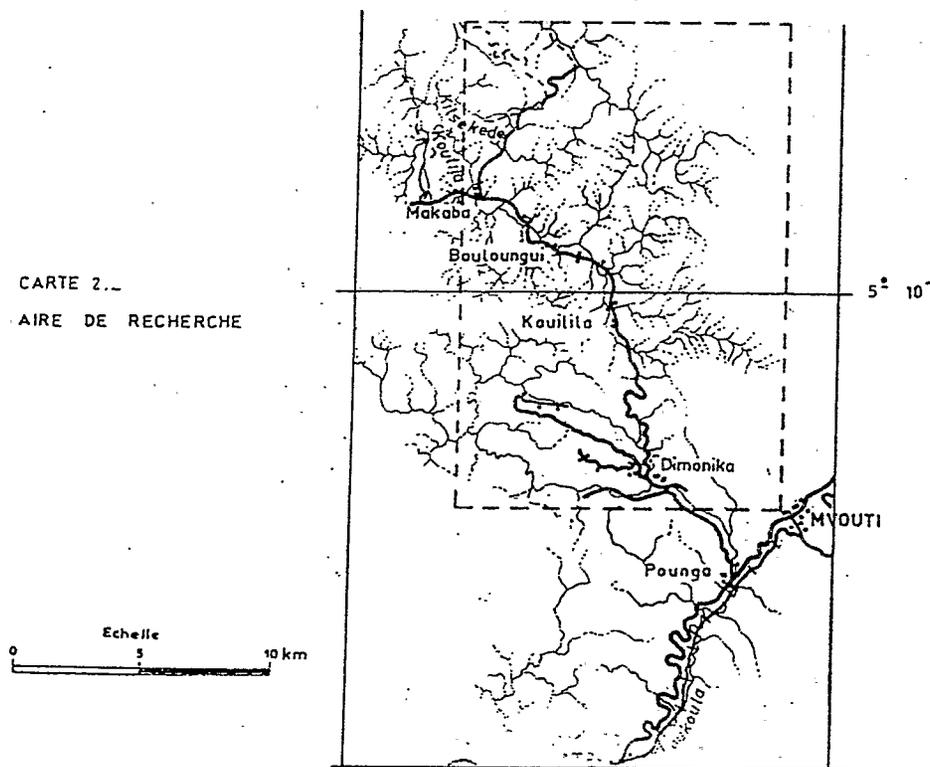
31 oct. 85
O. R. S. T. O. M. Fonds Documentaire

N° : 18 748

Cote : B



CARTE 2 -
AIRE DE RECHERCHE



b)- Conduite de l'Etude :

Les enquêtes sont réalisées à intervalle régulier (environ tous les mois). Elles comprennent trois volets :

1 - Entomologie.

- . Captures de nuit des anophèles sur sujet humain
- . Evaluation de la faune résiduelle nationale dans les maisons
- . Recensement des gîtes larvaires.

Les moustiques capturés sont déterminés puis disséqués. Les ovaires et les glandes salivaires sont extraits ; leur examen microscopique permet de déterminer le nombre de femelles pares et le pourcentage de porteurs de sporozoïtes.

2 - Clinique.

Des consultations médicales hebdomadaires sont organisées dans chacun des villages. Les patients subissent un examen complet consigné sur une fiche personnelle et reçoivent sur place, les soins urgents.

3 - Parasitologie et Hématologie.

Un frottis sanguin est pratiqué chez tous les consultants de moins de 15 ans, quel que soit le motif de la visite. La majorité des enfants de plus de 5 ans est vue dans le cadre de l'école. Des enquêtes transversales à passages rapprochés sont également effectuées chez les enfants de MAKABA et QUILLILA. Elles comprennent en même temps que l'examen clinique, un frottis, une goutte épaisse et la prise de deux capillaires (détermination de l'hématocrite, du génotype hémoglobinique et de la sérologie palustre).

Ces passages répétés permettent d'estimer l'incidence et de la vitesse de guérison parasitologiques pour une mise en relation ultérieure avec les paramètres entomologiques.

La détermination de l'hématocrite avant et après traitement systématique antiparasitaire permettra de faire la part des parasitoses intestinales dans

les anémies ferriprivées infracliniques fréquemment rencontrées.

c)- Premiers Résultats :

1- Répartition et densité des vecteurs.

Les vecteurs sont *A. gambiae*, *A. funestus* et *A. nili*. Cependant *A. nili* est surtout présent à POUNGA où il dispose des gîtes larvaires favorables en saison sèche (la rivière LOUKOULA). (graphe 1).

A Pougna, on observe 41 piqûres en moyenne par homme et par nuit, parmi lesquelles 3,7 % sont potentiellement infectantes (maS moyen = 1.49).

La contribution de chacun des vecteurs varie considérablement d'un mois à l'autre mais la densité reste toujours élevée. La transmission est donc permanente et est assurée pendant les périodes sèches par *A. nili* tandis que *A. gambiae* devient très secondaire (figure 1).

Si 0.12 est le taux moyen de nulliparité des femelles capturées, la capacité vectorielle moyenne est 165, du même ordre que celles observées dans la région de Brazzaville.

A. paludis, *A. anchoki* et *A. moucheti* sont rarement trouvés.

A Quilila, la densité moyenne des vecteurs est de 35 (ma) pendant la saison des pluies et l'incidence entomologique, du même ordre qu'à Pougna : près de deux piqûres infectantes par homme et par nuit.

Les captures effectuées à Makaba et Dimonika montrent des densités anophéliennes beaucoup plus faibles (ma = 10 à Makaba).

2- Fréquence et répartition des splénomégalies.

La fréquence des splénomégalies chez l'enfant varie de 0.5 à 0.7. Elles est beaucoup plus élevée que dans la

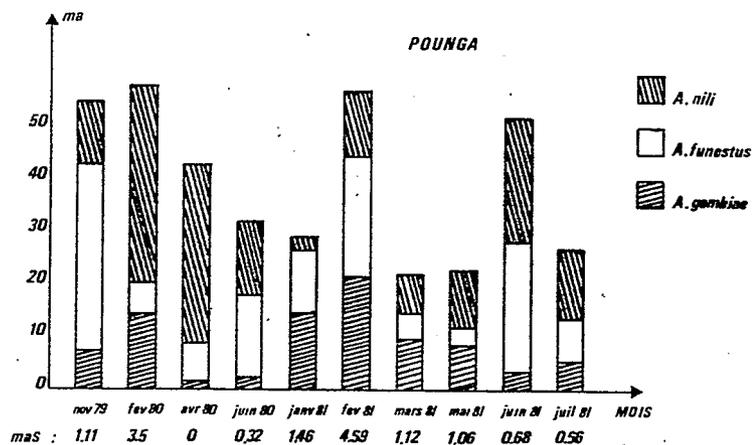
FIGURE 1

POUNGA

ma moyen : 41,5 P/H/N

mas moyen : 1,5 PI/H/N

Densités anophéliennes à POUNGA



A. Paludis : rare

QUILILA

ma moyen : 35 P/H/N

mas moyen : 1,9 PI/H/N

A. gambiae : 85%

A. funestus : 14%

A. nili, *A. moucheti*, *A. hanchoki* : rares

MAKABA

ma moyen : 10 P/H/N

DIMONIKA

A. gambiae

FIGURE 2

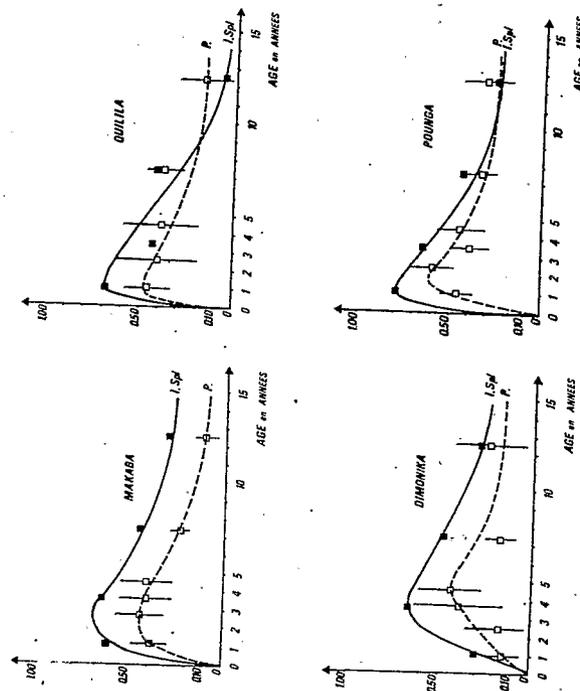
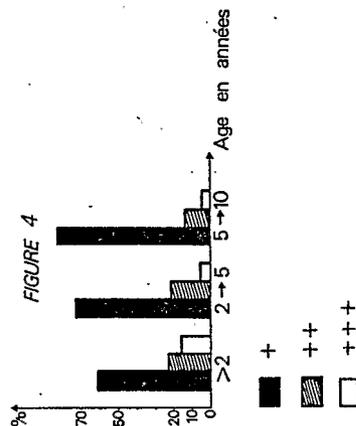
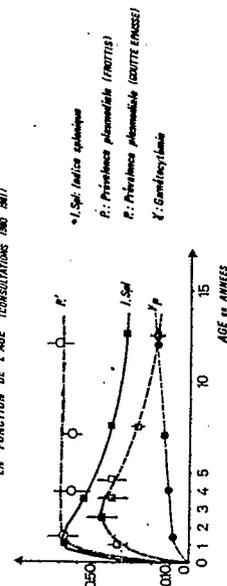


FIGURE 3

EVOLUTION DES PREVALENCES PLASMODIALES ET DES INDICES SÉRIQUES EN FONCTION DE L'ÂGE (CONSULTATIONS IND. IND.)



région de Brazzaville (0.2 ; 0.3).

Il semble que l'acquisition d'une splénomégalie d'origine palustre se fait d'autant plus tôt et sa disparition est d'autant plus rapide que la transmission est intense.

Nous pouvons interpréter de cette façon, les courbes d'évolution de l'indice splénique en fonction de l'âge, dans chacun des quatre villages étudiés (graphe 2).

A Pounga et Quilila où la transmission est forte, le pic de fréquence des splénomégalies se situe vers un an et les rates palpables sont rares au-delà de 10 ans. A Makaba où la transmission est plus faible, ce pic survient tard. La tendance est encore accentuée à Dimonika.

3- Prévalences plasmodiales.

Les différences entre villages que nous avons remarquées à propos des splénomégalies, se retrouvent dans la comparaison des prévalences plasmodiales générales estimées à partir des frottis.

Nous avons figuré les indices plasmodiques et spléniques sur les mêmes graphiques. L'indice moyen entre 2 & 5 ans est de 0.45 (figure 2).

Pendant la saison des pluies, dans les villages de Makaba et Quilila, les prévalences établies à partir des gouttes épaisses atteignent pour *P. falciparum* un plateau entre 65 et 70 % dès les premières années de la vie. Les gamétocytemies apparaissent faibles mais la prévalence augmente régulièrement avec l'âge (figure 3).

Il apparaît donc que l'intervention de l'immunité aboutit rapidement à un état d'équilibre ou de très faibles charges parasitaires restent pratiquement toujours décélables tandis que la moyenne des charges subit une chute rapide avec l'âge, parallèle à celle des splénomégalies (figure 4).

Cette situation pourrait correspondre à la définition de l'état de prémunition : "parasitémie discrète entrete-

nant une immunité de réinfection".

Ces éléments seront repris dans la partie clinique du paludisme.

Plasmodium malariae est trouvé seul ou associé à *P. falciparum* dans 30 à 40 % des cas.

4- Clinique.

4.1. Pathologie générale

Le détail des motifs de consultation est rapporté dans le tableau I. Ils se répartissent de façon différente selon l'âge.

Avant 2 ans, les viroses respiratoires hautes et les états grippaux dominent la pathologie (33 %), viennent ensuite, les fièvres isolées (15 %), les gastro-entérites (15 %) et les parasitoses intestinales (9 %). La place des états grippaux dans la pathologie décroît dans les classes d'âge supérieures, celle des fièvres isolées est inchangée tandis que les parasitoses intestinales prennent de l'importance.

Chez l'adulte, à l'opposé, les troubles fonctionnels sont très largement majoritaires. Ce sont d'abord les algies rhumatismales (26 %), les asthénies et troubles subjectifs divers (16 %), enfin des prurits d'origine variée (9 %), (loase, pour une bonne proportion d'entre-eux)

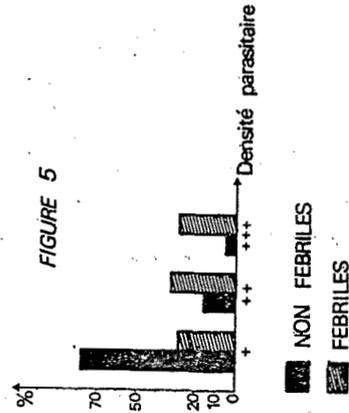
Au cours de l'enquête, une épidémie de coqueluche a touché également toute la population enfantine non ou mal vaccinée. Nous n'avons pas observé de cas de rougeole.

D'autre part, l'enquête préliminaire du projet a montré l'absence du vecteur adulte de l'onchocercose (*Simulium damnosum*) ainsi que de très faibles densités filariennes chez les rares sujets positifs.

Le dépistage par immunofluorescence indirecte de la trypanosomiase a montré de rares sujets positifs (1.6 %). Aucun cas clinique n'a été diagnostiqué dans le secteur de DIMONIKA. Il s'agit probablement de cas importés (YEBAKIMA, FREZIL

TAB. I
DIMONIKA - (saison des pluies) - Motifs de consultation selon l'âge.

MOTIF	AGE (années)					TOTAL
	- 2	2 à 5	6 à 15	Adultes		
Plates - accidents	3	5	6	6	6	20
Pyodermites - gales	8	3	5	3	3	19
Mycoses cutanées	1	4	7	6	6	18
Abcès	1	1	2	5	5	9
Conjonctivites	3	2	3	8	8	16
Fièvre isolée	28	28	23	13	13	92
Coqueluche	16	23	12	-	-	51
Etats grippaux	62	45	16	26	26	149
Foyer pneumonique	2	1	1	-	-	4
Diarrhée - gastroentérites	27	11	6	10	10	54
Parasitoses intestinales	17	33	19	13	13	82
Gynéco infectieux	-	-	-	6	6	6
Gynéco - autres	-	-	-	9	9	9
M. vénérienne	-	-	-	8	8	8
Asthénie - Troubles subjectifs - divers	3	1	4	45	45	53
Prurit (Loa)?	-	1	2	25	25	28
H.T.A.	-	-	-	8	8	8
Algies rhumatismales diverses.	-	-	-	74	74	74
Troubles nutritionnels	9	9	6	1	1	25
Autres	5	6	4	23	23	38



A.G.P.S. (années) .. - 2 2 à 5 6 à 10 11 à 15

FIÈVRE ISOLÉE 0,6 (13/20) . 0,7 (13/17) . 0,62 (5/8) . -

MALADIE INFECTUEUSE 0,34 (17/50) . 0,32 (5/17) . 0,29 (5/17) . -

EXAMEN SYSTEMATIQUE 0,268 (17/63) . 0,31 (17/55) . 0,252 (17/67) . (31/126)

INDICE GENERAL 0,347 (65/184) . 0,25 A . 0,246 (48/198) . (65/184) . (184/715) . (31/126)

et al, 1979).

Enfin il faut noter la pullulation de culicoïdes qui pourraient être vecteurs d'arboviroses (responsables des épisodes pseudo-grippaux fébriles constatés chez certains sujets nouvellement arrivés dans la région) et d'une filaire dermique fréquente en forêt (*Dipetalonema streptocerca*).

La pathologie apparaît donc extrêmement banale. Il faut noter la rareté des malnutritions. Les quelques cas que nous avons observés, étaient la conséquence de conflits familiaux ayant entraîné le rejet ou l'abandon pur et simple de l'enfant (ou de l'adulte). Par contre, les anémies modérées, liées à une carence en fer ou folate sont la règle chez l'enfant poly-parasité.

Les valeurs de l'hématocrite chez les scolaires, avant tout traitement antiparasitaire, se situent entre 30 et 35 %.

Ages (années)	Les résultats sont les suivants :			
	- 2	2 à 5	6 à 10	11 à 15
Fièvre isolée.....	0.6	0.7	0.62	-
Maladie infectieuse..	0.34	0.32	0.29	-
Examen systématique..	0.268	0.31	0.252	0.246
Indice général.....	0.347	0.356	0.25 A	0.246

Quel que soit l'âge, dans le groupe des fièvres isolées, l'indice plasmodique est de plus de 60 %. Il est de 25 % chez les sujets bien portants et de 35% au cours des maladies infectieuses accompagnées de signes cliniques autres que la fièvre.

Il est clair que nous pouvons rattacher au paludisme, une grande partie des fièvres isolées. L'accès palustre simple apparaît donc bien comme une entité, à la fois clinique et parasitologique.

Parmi les sujets bien portants, certains vont ou viennent de faire un accès fébrile simple, mais compte tenu des effectifs respectifs des diverses classes, ils ne peuvent être que très mino-

4.2. Cas particuliers du paludisme

Le diagnostic d'accès palustre étant à la fois clinique et parasitologique, il n'apparaît pas en tant que tel dans le tableau des motifs de consultation.

Nous avons étudié les variations avec l'âge de l'indice plasmodique estimé à partir des frottis dans les trois catégories cliniques suivantes :

- Fièvres isolées
- Maladies infectieuses accompagnées de signes cliniques permettant de poser un diagnostic
- Affections sans rapport possible avec le paludisme (traumatismes, plaies) et examens effectués à titre systématique chez des sujets en bonne santé.

ritaires. La plupart vivent en équilibre avec le parasite.

On pourrait alors penser qu'à l'occasion d'une maladie intercurrente, d'un fléchissement des défenses de l'organisme, cet équilibre est rompu, autorisant une flambée parasitémique.

Cette notion classique de paludisme de sortie n'apparaît pas ici clairement car 35 % seulement des sujets du 2ème groupe, ont un frottis positif.

Ainsi, dans plus de 80 % des cas, l'association peut être considérée comme fortuite, et le diagnostic de paludisme de sortie retenu dans quelques cas seulement.

L'accès fébrile simple est clairement lié à une flambée parasitémique. La distribution des densités parasitaires oppose nettement les sujets fébriles aux non fébriles. Elles sont cotées

ici très simplement : + : rares parasites au cours de l'examen microscopique, ++ : un parasite par champ, +++ : plusieurs parasites par champ (figure 5).

	Fièvre isolée	Autres
+	0.39 + 0.07	0.78 + 0.04
++	0.33 + 0.07	0.16 + 0.04
+++	0.29 + 0.06	0.05 + 0.02

La durée de ces accès fébriles est de quelques jours, elle est cependant écourtée par le traitement (chloroquine). Les accès graves ou pernicieux semblent exceptionnels.

Le bilan protéique a montré des perturbations très importantes de toutes les protéines étudiées, mais en particulier des IgG (87 % de sujets hyperglobulinémiques) et de l'haptoglobine (61 % des sujets avec captation totale ou partielle), traduisant l'importance d'une part de la sollicitation des mécanismes de défense immunitaire, d'autre part de l'hémolyse intra vasculaire chronique (d'étiologie palustre).

5 - Hémoglobines.

La fréquence générale des hétérozygotes drépanocytaires 21 % (121/564) est comparable à celle observée dans la région de Brazzaville. Les variations notables, d'un village à l'autre, s'expliquent par le faible nombre de familles échantillonnées indépendamment.

La fréquence du trait est de (17%), chez les enfants de moins de 2 ans ; elle est de (24 %) chez les plus âgés ($\chi^2 = 3.12$ NS).

Nous avons testé l'association impaludation/génotype hémoglobinique. Elle n'est pas globalement significative.

Cependant, chez les enfants de moins de 2 ans, on observe une diffé-

rence significative $\chi^2 = 7,01$ (175 AA/-; 42 AS/-; 123 AA/+; 12 AS/+).

Nous n'avons pas trouvé de variations de la charge parasitaire en fonction du génotype. L'étude des rapports entre le paludisme et la drépanocytose doit donc être poursuivie.

CONCLUSION

Il ressort de ce premier bilan de la situation du paludisme dans la forêt du Mayombe que :

- la transmission bien qu'intense pendant la plus grande partie de l'année (0.5 à 2 piqûres infectantes/homme/nuit) varie d'un village à l'autre et est assurée d'abord par *A. gambiae* et *A. funestus*, accessoirement par *A. nili* lorsque ce dernier trouve des gîtes larvaires favorables.

- l'acquisition d'une splénomégalie d'origine palustre se fait d'autant plus tôt et sa disparition est d'autant plus rapide que la transmission est intense.

- les prévalences plasmodiales se maintiennent en plateau autour de 65 - 70 % alors que les densités parasitaires chutent rapidement avec l'âge. Cette évolution se fait parallèlement à celle des splénomégalies.

- du point de vue clinique, le paludisme apparaît comme une succession d'accès

fébriles bénins associés à des flambées parasitémiqes. Ces accès s'espacent avec l'âge alors que s'affirme l'état d'immunité.

Ainsi, cette parasitose occupe dans la morbidité générale une place beaucoup moins importante que dans les régions où la transmission est moins intense, saisonnière ou épidémique.

Le programme qui se poursuit en 1982 doit approfondir ces résultats, notamment :

- mieux préciser l'évolution saisonnière des prévalences de chacune des es-

pèces et formes plasmodiales ;

- déterminer avec précision la vitesse de guérison et l'incidence parasitologique pour les mettre en relation d'une part avec les paramètres entomologiques, d'autre part avec les génotypes hémoglobiniqes ;

- déterminer la fréquence des anémies et évaluer la part des parasitoses intestinales et du paludisme dans leur étiologie ;

- enfin tenter de corréler les sérologies avec infections palustres décélées.-

BIBLIOGRAPHIE

ALLISON (A.C.) - Protection afforded by sickle-cell trait against subtertian malarial infection, *Brit. Med. J.*, 1954, 290-294.

BASSET (P.), BEUZARD (Y.), GAREL (M.C.) ROSA. - Isoelectric Focusing of Human Hemoglobin : Its Application to Screening to the Characterization of 70 variants, and to the Study of Modified fractions of Normal Hemoglobins, *Blood*, 1978, 51, 5, 971-981.

BRITTENHAM (G.), LOZOFF (B.), HARRIS (J.W.), KAN (Y.W.), DOZY (A.M.), NAYUDU (N.V.S.). - Alpha Globin Gene Number : Population and Restriction Endonuclease Studies, *Blood*, 1981, 55, 4, 706-708.

CARNEVALE (P.), BOSSENO (M.F.), LALLEMANT (M.), FEINGOLD (J.), LISSOUBA (P.), MOLINIER (M.), MOUCHET (J.). - Le Paludisme à *Plasmodium falciparum* et le gène de la drépanocytaire en République Populaire du Congo. I-Relation entre la parasitémie et le trait drépanocytaire à DJOUMOUNA (Région de Brazzaville), *Ann. Génétique* 1981, 24, 2 : 100-104.-

UNE DEFINITION DE L'ACCÈS PALUSTRE EN ZONE AFROTROPICALE A TRANSMISSION INTENSE ET PERMANENTE - RESULTATS PRELIMINAIRES

par

J.F. TRAPE*, Ph. PEELMAN*, B. MORAULT*

Résumé

Pour tenter une définition de l'accès palustre permettant d'évaluer clairement l'importance médicale du paludisme en zone à transmission intense et permanente, une enquête parasitoclinique comportant notamment une étude qualitative et quantitative de la charge parasitaire et de sa traduction clinique a été entreprise dans plusieurs villages des environs de Brazzaville.

Les observations de 102 malades fébriles réalisées lors de consultations médicales hebdomadaires sont comparées à celles de 706 sujets non sélectionnés. En fonction des seuls résultats de l'examen clinique, les malades fébriles sont classés en 2 catégories :

1/- Sujets pour lesquels le diagnostic d'une affection autre que le paludisme peut être porté.

2/- Sujets pour lesquels les symptômes observés ne permettent pas d'écarter un accès palustre, ces sujets étant ainsi considérés comme suspects de paludisme clinique.

*Centre ORSTOM de Brazzaville, Laboratoire d'Entomologie Médicale et Parasitologie, Département du Paludisme - B.P. 181 - BRAZZAVILLE (R.P.C.).

Pour les sujets fébriles non suspects de paludisme, les indices et charges parasitaires sont remarquablement similaires à ceux observés dans la population témoin de classe d'âge identique. Il semble possible, au moins pour les affections fébriles les plus fréquemment rencontrées, de rejeter la notion de paludisme "de sortie" en cas de goutte épaisse positive, les fluctuations de la parasitémie apparaissant indépendantes de la pathologie associée. Il s'agit alors d'un simple paludisme parasitologique d'accompagnement.

Chez les sujets fébriles suspects de paludisme, on observe une forte prédominance de malades à parasitémie élevée, bien qu'une partie des sujets de ce groupe soit certainement atteinte d'affections autres que le paludisme mais cliniquement proches. On peut admettre que chez ces sujets, la parasitémie est comparable à celle des malades du 1er groupe. On constate alors que jusqu'à l'âge de 15 ans, il suffit de retenir une proportion d'un peu plus d'un tiers de suspects "abusifs" pour que tous les malades restants présentent une parasitémie supérieure à 5 000 hématozoaires par mm³ de sang. Il semble ainsi possible de réfuter un diagnostic d'accès simple en cas de parasitémie inférieure, ou tout au moins de considérer sa faible probabilité.

Financement Programme PVD-DGRST, Groupe d'Etude du Paludisme en zone AFRO-TROPICALE, Equipe ORSTOM de Brazzaville.

14e CONF. TECH. OCEAC 1982

105

104

3 nov. 85
O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire
N° : 18 749
Cote : B.

OCEAC

Organisation de Coordination
pour la lutte contre les Endémies
en Afrique Centrale

XIV^e Conférence Technique

Yaoundé 20 - 23 avril 1982

Secrétariat Général

B. P. 288 - Yaoundé - République Unie du Cameroun

Tél. 23-22-32 25 JUL 1985

18747 → 18707
B 78 11



16.929