



INFORMATIONS

LA PART DU PALUDISME DANS LES ACCÈS FÉBRILES
DES ENFANTS AU SÉNÉGAL ORIENTAL

Par
J.L. PORTAL * et P. GAZIN ** avec la collaboration de
G. PARENT *** et S. SECK ****

N° 8 750/85/ Doc.Tech.OCCGE

SUMMARY

The diagnosis of malaria acces is based on the association of a rectal temperature equal or above 38°5 c and of a parasite density above 10 000 parasitized red bloodcells per mm³. Among the 0 - 6 years age children attended in the sanitary formation of Koussanar (Eastern Senegal) the malaria acces is often responsible for febrile cases from July to January and exceptionally from February to June. The treatment of febrile cases with antimalarial drugs must be systematic from July to January and pondered for the rest of the year. The etiology research of the febrile acces is always needed.

Ce travail a pour but d'apprécier la part du paludisme dans la morbidité infantile au Sénégal Oriental, afin de mieux définir la stratégie de lutte contre l'endémie palustre.

L'étude de la part du paludisme dans les accès fébriles est réalisée de juillet 1983 à juillet 1984 dans le dispensaire de Koussanar.

Cette région appartient au domaine soudanien. La saison des pluies s'étend de mai à octobre. De juillet à septembre, les précipitations mensuelles sont supérieures à 100 millimètres. La pluviométrie moyenne annuelle est de l'ordre de 900 millimètres, répartie en 65 jours de précipitations. La température moyenne annuelle est de 28° C. (1)

* Médecin coordinateur de l'Association Française des Volontaires du Progrès
B.P 128 TAMBACOUNDA (Sénégal)

** Médecin paludologue ORSTOM-OCCGE - Centre Muraz
B.P 171 BOBO-DIOULASSO (Burkina Faso)

*** Médecin nutritionniste ORSTOM-OCCGE

**** Infirmier-Chef à Koussanar

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 28 987 ex. 1

Cote : B

1.- METHODOLOGIE

Les sujets de cette enquête sont les enfants de 0 à 6 ans consultants au dispensaire de Koussanar. Un étalement mince de sang périphérique est effectué pour chaque enfant dont la température rectale est égale ou supérieure à 38,5° C. Ces frottis sont colorés par le Giemsa et examinés au Centre Muraz à Bobo-Dioulasso : lecture de 100 champs à l'objectif 100 permettant d'estimer le seuil de détection des hématozoaires à 200 globules rouges parasités (GRP) par mm³ de sang, et de calculer la densité parasitaire sur la base de 200 globules rouges en moyenne par champ et de 4 millions de globules rouges par mm³.

Le diagnostic d'accès palustre repose sur l'association de la fièvre et d'une parasitémie de densité égale ou supérieure à 10 000 GRP par mm³. (2)

2.- RESULTATS

202 prélèvements sanguins sont examinés ; 89 contiennent des hématozoaires, soit 44 % des prélèvements. Parmi eux, 46 soit 23 % des prélèvements sont à une densité supérieure au seuil de morbidité palustre.

Les accès palustres ne sont observés que de juillet à janvier.

Leur fréquence est la plus élevée en septembre et octobre où ils sont à l'origine de 56 % des accès fébriles. Cette fréquence diminue rapidement ; elle est de 5 % en janvier.

En pleine saison sèche et début de la saison des pluies, il n'est observé aucun accès palustre. Ce n'est qu'à la mi-juillet que les premiers nouveaux cas apparaissent.

Plasmodium falciparum est responsable de tous les accès palustres. Dans un cas, il est associé à *P. malariae*.

La moyenne géométrique des densités parasitaires des accès palustres est de 51 000 GRP par mm³.

Les signes cliniques associés à la fièvre (céphalées, vomissements, diarrhées) ne permettent pas de faire un diagnostic différentiel entre les accès palustres et les autres accès fébriles.

Un enfant fébrile sur cinq est porteur d'hématozoaires à une densité inférieure à 10 000 GRP par mm³ donc inférieure au seuil pyrogénétique. *P. falciparum* est le parasite le plus fréquemment observé. Cependant, entre décembre et février, la prévalence de *P. malariae*, seul ou associé à *P. falciparum*, atteint 32 % et sa part relative dans l'infection palustre est de 72 %. Les autres espèces plasmodiales ne sont pas rencontrées.

3.- DISCUSSION

En l'absence d'étude des densités parasitaires dans la population infantile de la région de Koussanar, il est nécessaire d'adopter pour seuil pyrogénétique une valeur établie par d'autres études. Le seuil de 10 000 GRP par mm³ accepté pour la région de Bobo-Dioulasso nous paraît satisfaisant du fait des similitudes climatiques et géographiques entre les deux régions.

A noter qu'une variation du seuil n'entraîne que peu de changements dans le nombre d'accès palustres : pour un seuil à 5 000 GRP par mm³, le nombre d'accès passe de 46 à 51 ; pour un seuil à 15 000 GRP par mm³, le nombre d'accès passe de 46 à 44.

Une question sans réponse posée par ce travail est la responsabilité de *P. falciparum* et *P. malariae* dans les fièvres de début de saison sèche avec des parasitémies comprises entre 5 000 à 10 000 GRP par mm³.

Ce qui est fondamental, c'est l'absence d'accès palustre de février à juin. Toute fièvre dans cette période doit à priori être considérée comme non palustre et le thérapeute se doit d'établir un diagnostic. Par contre, de juillet à janvier, toute fièvre pouvant être d'origine palustre doit être traitée comme telle par les antipaludéens oraux, sauf en cas de perte de conscience et/ou/ de vomissements incoercibles. Une fièvre sur deux n'étant pas d'origine palustre, le thérapeute doit également à cette période de l'année se donner les moyens d'établir un diagnostic exact.

4.- CONCLUSION

L'accès palustre chez les enfants de 0 à 6 ans de la région de Koussanar est fréquent en saison des pluies et début de saison sèche, exceptionnel en pleine saison sèche.

Les traitements antipaludéens en cas de fièvre doivent être systématiques de juillet à janvier. Pendant toute l'année, le thérapeute doit s'efforcer d'établir un diagnostic exact.

R E S U M E :

Le diagnostic d'accès palustre est fait sur l'association d'une température rectale égale ou supérieure à 38°5 C et d'une parasitémie supérieure à 10 000 globules rouges parasités par mm³. Chez les enfants de 0 à 6 ans consultants au dispensaire de Koussanar (Sénégal Oriental), l'accès palustre est fréquemment responsable des accès fébriles de juillet à janvier; exceptionnellement de février à juin. Le traitement des accès fébriles par les antipaludéens doit être systématique de juillet à janvier, réfléchi le reste de l'année. La recherche d'une étiologie non palustre de la fièvre est toujours nécessaire.

Résultats des frottis sanguins chez les enfants fébriles âgés de 0 à 6 ans de juillet 1983 à juillet 1984 à Koussanar

	Nombre de prélèvements	Présence d'hématozoaires	Densité parasitaire supérieure à 10 000 GRP	% d'accès palustres parmi les présents	Moyenne géométrique Densité parasitaire des accès palustres
Juillet 1983	12	6	3	$\frac{11}{30} = 37 \%$	43 750
Août	18	10	8		
Septembre	14	7	7	$\frac{23}{41} = 56 \%$	43 780
Octobre	27	21	16		
Novembre	1	0	0	$\frac{2}{14} = 14 \%$	48 230
Décembre	13	7	2		
Janvier	20	8	1	$\frac{1}{28} = 4 \%$	
Février	8	3	0		
Mars	4	0	0	$\frac{0}{40} = 0$	-
Avril	36	1	0		
Mai	15	1	0	$\frac{0}{15} = 0$	-
Juin	0	-	-		
Juillet 1984	34	25	9	$\frac{9}{34} = 26 \%$	97 720
TOTAL	202	89	46	$\frac{46}{202} = 22,7 \%$	51 540

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Atlas Jeune Afrique Sénégal 3ème trimestre 1980. Edition Jeune Afrique.
- 2 - BAUDON D., GAZIN P. et CARNEVALE P. - Morbidité palustre en milieu rural au Burkina Faso. Doc.Tech.OCCGE N° 8660/1985.

POURCENTAGE DES CRISES PALUSTRES PARMIS LES
ACCÈS FÉBRILES DE JUILLET 1983 À JUILLET 1984

