

17 JUL. 1990

N° : 30.387 ex1

Cote : B

LE DIAGNOSTIC DE L'ACCÈS PALUSTRE EN ZONE D'ENDEMIÉ

P. GAZIN¹

En dehors d'une zone d'endémie palustre, la présence d'hématozoaires dans le sang périphérique et l'accès palustre sont assimilés dans une même catégorie nosologique: le paludisme. La conduite à tenir est sans ambiguïté: il faut traiter par un ou des antipaludiques efficaces.

En zone d'endémie palustre, la situation est beaucoup plus complexe:

_ une grande partie de la population, particulièrement les enfants, est porteuse asymptomatique d'hématozoaires;

_ tous les sujets fébriles porteurs d'hématozoaires ne sont pas en accès palustre: la fièvre quelle qu'en soit l'origine peut être associée à la présence de *Plasmodium* sans en être la conséquence. Par ailleurs, la pathologie palustre ne se limite pas à l'accès palustre. Le paludisme chronique entraîne un dysfonctionnement du système immunitaire avec hyperproduction de globulines, hypersplénisme, diminution de l'efficacité des défenses et dans le cas de *P. malariae* des atteintes glomérulaires de mauvais pronostic (néphrite quartane).

Les études épidémiologiques du paludisme s'intéressent habituellement:

_ à la transmission: espèces vectorielles et leur densité, relations entre homme et vecteurs;

_ aux indices classiques de prévalence parasitaire et splénique;

_ à la situation immunitaire des populations humaines par l'observation des anticorps antipalustres.

Ces trois composantes ont chacune leur intérêt et leur valeur. Elles ne tiennent cependant pas compte des conséquences directes sur la santé dans l'infection palustre. C'est pourquoi, il est intéressant d'observer et de quantifier la part du paludisme dans la morbidité générale.

En pratique, les études menées jusqu'à maintenant se sont limitées à la forme la plus évidente de cette pathologie: l'accès palustre. Dans les enquêtes conduites au Burkina Faso entre 1982 et 1987 et dans les travaux actuellement menés au Cameroun, l'accès palustre a été ainsi défini:

_ présence d'une fièvre (T centrale > 37,9°C) effective au moment de l'examen clinique, ou certaine dans les heures précédant cet examen;

_ absence d'une pathologie infectieuse évidente expliquant cette fièvre;

_ présence d'un ou plusieurs signes évocateurs: céphalées, arthralgies, vomissements, toux;

_ présence de *P. falciparum* dans le sang périphérique à une densité $\geq 10\ 000$ GRP/mm³ ou d'un autre hématozoaire à une densité ≥ 2000 GRP/mm³.

Ses critères nécessaires et suffisants pour des études épidémiologiques doivent être utilisés avec prudence en médecine individuelle. En effet, l'équilibre instable entre les *Plasmodium* et l'homme dépend en grande part des réactions immunitaires de l'homme. Celles-ci sont très variables selon l'âge du sujet, ses expériences palustres antérieures, les pathologies concomitantes.

Dans le cas des sujets vivant en milieu urbain, une part désormais importante de la population africaine, la situation est compliquée par:

_ l'habituelle faiblesse des défenses immunitaires liées à la faiblesse de la transmission;

_ la fréquente consommation d'antipaludéens en automédication d'accès palustres présomptifs;

_ la diffusion actuelle de souches de *P. falciparum* résistantes aux amino-4-quinolines, à l'origine d'une forme nouvelle de paludisme viscéral évolutif.

Les critères que nous avons présentés ont permis de préciser en milieu rural et urbain sans souche chloroquino-résistante, que par le seul examen clinique, le médecin se trompe dans 55% des cas lorsqu'il porte un diagnostic d'accès palustre et dans 15% des cas lorsqu'il ne le porte pas. Il y a donc fréquemment surestimation de la fréquence réelle de l'accès palustre. Cette part de l'accès palustre dans la pathologie fébrile est de l'ordre de 30%.

En conclusion, l'approche épidémiologique du paludisme nécessite d'en connaître le poids dans la morbidité générale et donc d'avoir une définition au moins de sa manifestation la plus fréquente: l'accès palustre. Cette définition doit être clinique et biologique. Elle doit toujours être précisée. Elle doit également être adaptée à la population étudiée.

BIBLIOGRAPHIE

- Baudon D. *et al*:
Fiabilité de l'examen clinique dans le diagnostic des fièvres palustres en zone d'endémie ouest-africaine.
Médecine Tropicale, 1988, 48: 123-126.
- Benasseni R. *et al*:
Le paludisme urbain à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Etude de la morbidité palustre.
Cah. ORSTOM série Ent. méd. et Parasitol., 1987, 25:165-170.
- Gazin P. *et al*:
La part du paludisme dans les consultations d'un dispensaire sahélien.
Ann. Soc. belge Méd. trop., 1988, 68:15-24.
- Greenwood B. M.:
Asymptomatic malaria infection? Do they matter?
Parasitology Today, 1987, 3:206-214.

¹ Service d'Entomologie Médicale de l'OCEAC.