

# **PALUDISME**

## **A/ INTRODUCTION**

C'est une maladie parasitaire fébrile polymorphe dans son expression clinique

Due a un protozoaire du genre plasmodium, transmit par un moustique l'anophele femelle

La maladie est grave en raison de la forme mortelle due au plasmodium falciparum

La situation actuelle est dominée par l'extension de la chimioresistance

## **B/EPIDEMIOLOGIE :**

a/ **Agent causal** : c'est un protozoaire du genre plasmodium

il existe 05 especes :

Plasmodium Falciparum

P. Vivax

P. Ovale

P. Malaria

P. knowlesi

b/ **Vecteur** : moustique : l'anophele femelle

c/ **transmission** : la transmission du sujet infesté au sujet réceptif se fait par piqûre de l'anophele femelle

d/ **Répartition géographique** : toutes les zones intertropicales

Il est saisonnier dans les régions subtropicales

Les voyages inters nationaux augmentent le risque des cas importés dans les régions indemnes

Il existe 03 zones :

- zone chloroquino sensible :
- zone de resistance présente
- zone chloroquino résistance

e/ **Cycle parasitaire** :

La multiplication des parasites chez l'homme s'effectue successivement dans le foie puis dans le sang

**le développement exo érythrocytaire** :

Les parasites sont injectés sous forme de sporozoites qui gagnent rapidement le foie, après une division nucléaire, ainsi une augmentation de leur taille sous forme de schizontes exoérythrocytaire, puis éclatement des hépatocytes libérant des merozoites

Les uns passent dans la circulation sanguine, d'autres reinfestent d'autres cellules hépatiques d'où le risque de rechute

**le développement endo érythrocytaire** :

Les merozoites circulant pénètrent dans les érythrocytes, augmentation de leur volume et fragmentation sous forme de schizontes endo érythrocytaire

Les schizontes mûres s'éclatent coïncident avec l'accès thermique libérant des merozoites dans la circulation

Les uns parasite d'autres GR sains, et le cycle reprend avec ses accès de fièvre

Les autres se transforment en gamétocytes attendant d'être absorbés par un anophèle femelle pour se développer

C/ **CLINIQUE** :

a/ **Accès palustre simple** :

- **incubation** :

P.F. : 8 à 40 j

P.V. : 12 à 20j

P.O. : 15 j

P.M. : 3 à 6 mois

- **Invasion** : la symptomatologie est trompeuse

La fièvre est continue parfois irrégulière, Céphalée, courbature, malaise général, nausée, vomissement, parfois diarrhée, HPMG discrète

- **Phase d'état** : caractérisé par la périodicité particulière des accès fébriles selon le germe en cause, et par la succession de :

- frisson dure 1/4 heure à 1 H 30, intense, claque les dents, cyanose des extrémités, pouls rapide et faible, hypotension, SPMG variable
- fièvre : dure 2 à 4 H, 40 ° et plus, faciès rouge, parfois nausée, vomissement, pouls rapide
- Sueur : dure 1 à 2 H, profuse, la T° décroît rapidement, cette phase s'accompagne d'une sensation de bien être, et elle est suivie d'un sommeil profond

Les accès fébriles de la phase d'état commence le plus svu au début de l'après-midi, dure 8h à 12h et disparaissent progressivement

Les signes d'accompagnement :

Anémie

SPMG

HPMG

- **Evolution** :

- sous TRT : guérison rapide
- sans TRT : les accès se répètent de façon régulière suivant le germe en cause pd des mois ou bien se greffe de complication parfois mortelles

**D/ LES FORMES CLINIQUES :**

**A/ les formes symptomatiques :**

à/ **accès pernicieux = neuropaludisme** :

Complication majeure du P. à P.F.

C'est une encéphalopathie aigue fébrile qui résulte de multiplication intense des parasites dans les capillaires intra cérébraux

La forme typique est celle d'un coma fébrile, allant de la simple obnubilation au coma profond, associé à des convulsions, hypotonie généralisé, abolition des réflexes O.T., Sd méningé

La SPMG et HPMG sont de mauvais pronostic

L'évolution spontanée des accès pernicieux est fatale en 2 à 3 j

Sous traitement immédiat et correcte = guérison sans séquelles en général

**b/ paludisme viscéral évolutif :**

Survient chez les sujets soumis à des reinfestations massive et répétés sans chimioprophylaxie

C/ **fièvre bilieuse hémoglobunirique** : sujets vivant en zone d'endemie et se soumettant a une prophylaxie irrégulière par la quinine la prise de quinine déclenche un hémolyse massive, état de choc, fièvre , évoluant vers l'anurie

**B/ les formes étiologiques :**

a/ P. F. : la plus grave par ses complication mortelle

Donne une fièvre tierce maligne (tous les 2j)

b/ P.V. : donne la fièvre tiers bénigne et se caractérise par les Rechutes pd 5à7 ans, le plus fréquent en algerie

c/ P.O. : plus rare, donne la fièvre tiers bénigne

d/ P.M. : donne la fièvre quarte bénigne tous les 3j, caractérisé par une longue durée de son évolution avec rechute jusqu'à 40 ans

**C/ selon le terrain :**

a/ femme enceinte : grave, risque d'ABRT

b/ enfant : grave, tableau clinique trompeur

**E/ DIAGNOSTIQUE POSITIF :**

**a/ les arguments epidemiologiques**

Sujet habite, séjourne ou voyage en zone d'endemie palustre

**b/ les arguments cliniques :**

Périodicité des accès fébriles est très évocatrice chez un sujet Ayant séjourné en zone d'endemie palustre

**c/ les arguments biologiques :**

- certitude : FROTTIS DU SANG PERIPHERIQUE  
GOUTTE EPAISSE

- orientation : NFS : leucocytose normale

Hyperleucocytose dans l'accès pernicieux

## **F/ DIAGNOSTIQUE DIFFERENTIEL :**

- accès pernicieux : coma fébrile : encéphalite virale, meningoencéphalite, abcès fébril, thrombophlébite cérébrale
- ictère fébril : hépatite virale, angiocholite, fièvre jaune, leptospirose

## **G/ TRAITEMENT :**

### **a/ Accès palustre simple :**

Chloroquine : cp à 100mg

500mg pd 05 j ADULTE

10 mg /kg/j pd 10 j

En cas de vomissement important on donne 300 mg/j

En IM

### **b/ Accès pernicieux : TRT d'urgence**

• Quinine : 1,5 à 2 g/j chez AD

25 mg/kg/j chez ENF

Pendant 3 j puis relais par voie orale, soit

• Méfloquine Cp à 250mg à raison de 03 Cp en une seule prise puis 08 heures après 02 puis 08 heures après 01 Cp, soit

• arthémeter luméfantrine en Cp, soit

• Artésunate IV ou IM : 2,4 mg/kg (soit 01 amp dilué dans 60cc de serum bicarbonaté) ou IM suivi de 1,2 mg/kg à H12 et H24, relais par vois oral par méfloquine ou arthémeter luméfantrine

• remarque : si sujet en provenance de l'asie du sud-est : quinine + doxycycline 200 mg/j pd 07j

Traitement symptomatique :

- apport hydro électrolytique
- oxygénothérapie
- épuration extra rénale en cas d'IR
- ATB en cas de surinfection
- Anti convulsivant
- Nursing
- Transfusion Sg si anémie sévère

### **c/ P.viscirale évolutif :**

Chloroquine 100 mg/j pd 10 j puis 100 mg/j pd 3 mois

d/ les accès de rechutes : TRT prophylactique de 2 mois par la

chloroquine 100 mg/j après le trt de l'accès simple

H/ **PROPHYLAXIE** :

a/ chimioprophylaxie : en cas de voyage ou séjour en zone d'endemie

Chloroquine : 100mg/j AD  
50mg/j grand enfant  
25 mg/j enfant jeune

La veille du départ, pd le séjour et 01 mois après le retour

Pour les zones chloroquinoresistante : Méfloquine 1cp/ semaine

b/ la lutte anti vectorielle :

- moustiquaire
- pulvérisation d'insecticide
- crème répulsive anti moustiquaire