
Paludisme à Mayotte

État des lieux au 31 Decembre 2007

2003 - 2007

N. Baroux¹, P. Gabrié², S. Durand², JL. Solet¹, I. Quatresous³,
N. Elissa⁴, A. Achirafi⁴, E. Balleydier¹, D. Sissoko¹



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

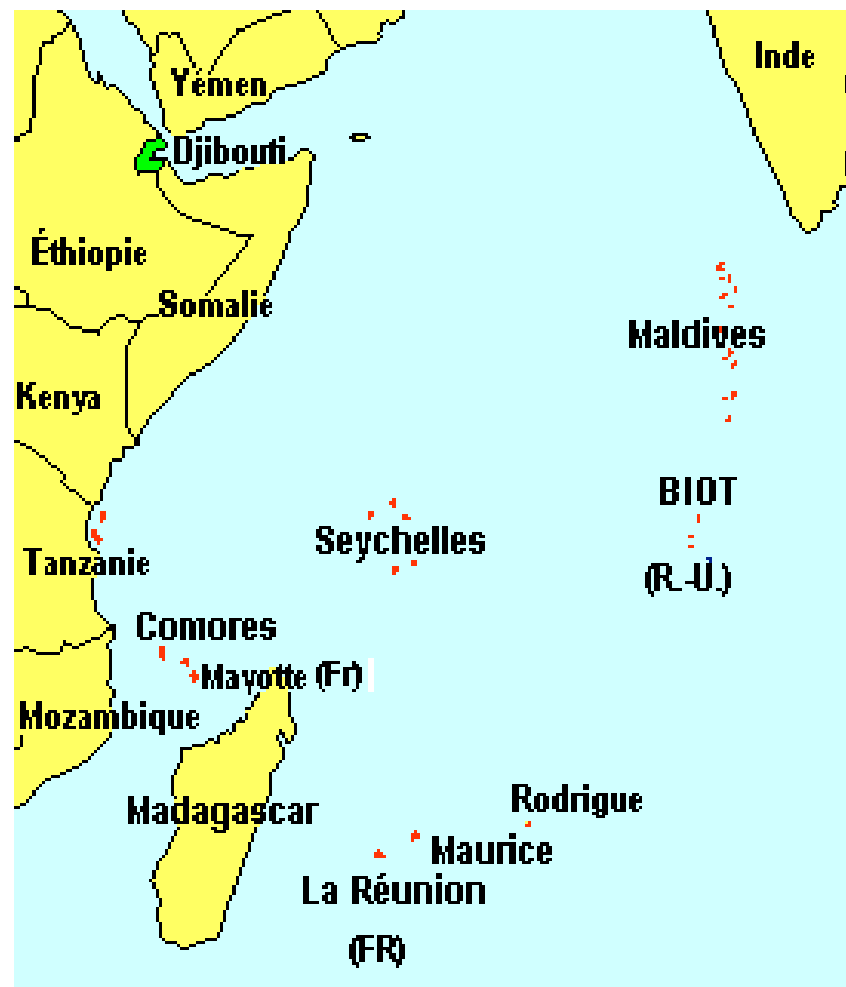
1/ CIRE Réunion-Mayotte, 2/ Cellule de Veille Epidémiologique du CHM,
3/ DIT-InVS, 4/ Dass de Mayotte

Paludisme

- **Maladie parasitaire**
 - 1 million de décès par an : moins de 5 ans +++
 - Prédominante dans les pays les moins développés
 - Amputation du PIB de 1,3% par an
- **Zone Africaine**
 - Estimation 350-500 millions de cas annuels
 - 90% des cas mondiaux
 - Formes graves et décès : moins de 5 ans +++

Situation: Sud-Ouest Océan Indien

- **Éliminé à la Réunion (1979)**
- **Pré-élimination (Maurice)**
- **Endémo-épidémique ailleurs**
- **Plasmodium Falciparum**
 - Apparition de la Chloroquino-résistance en 1986 (Comores)
 - Résistance Pyriméthamine à 69% aux Comores (D. Menard et al. EID, 2007)
 - Introduction ACT
 - Comores (2004)
 - Madagascar (2005)
 - Mayotte (2007)



Epidémiologie & Lutte (1)

- **1954-1975**

- Pulvérisations intra-domiciliaires (PUID) chimique

- **1976-1980**

- PUID
- Lutte anti-larvaire (biologique: poissons larvivores)
- Traitement de masse par Chloroquine



Diminution indice plasmodique 25,5% en 1976
à 0,91% en 1980

- **1980**

- Stade pré-élimination
- Baisse de l'immunité anti-palustre

Epidémiologie & Lutte (2)

- **1980-1984**
 - La paludisme n'est plus considéré un problème de santé publique majeur
 - Relâchement de la lutte
 - Episode épidémique (1984)
- **1985-1990**
 - Transmission faible et continue (endémo-sporadique)
 - Episode épidémique (1987)
- **1991 et 1995**
 - Episodes épidémiques
- **A partir de 1995**
 - Réinstallation sur un mode holo-endémique (1000-2000 cas/an)

Epidémiologie & Lutte (3)

- **2001**
 - Diagnostic par TDR (OptiMAL®)
- **2002**
 - Nouvelles recommandations thérapeutiques
 - 1^{ère} ligne : chloroquine + sulfadoxine-pyriméthamine
 - 2^{ème} ligne: halofantrine ou méfloquine
 - Quinine pour formes graves ou intolérance digestive
 - Ré-organisation du service de LAV
 - reprise lutte antilarvaire et adulticide
- **2007**
 - Nouvelle recommandation thérapeutique: Introduction ACT

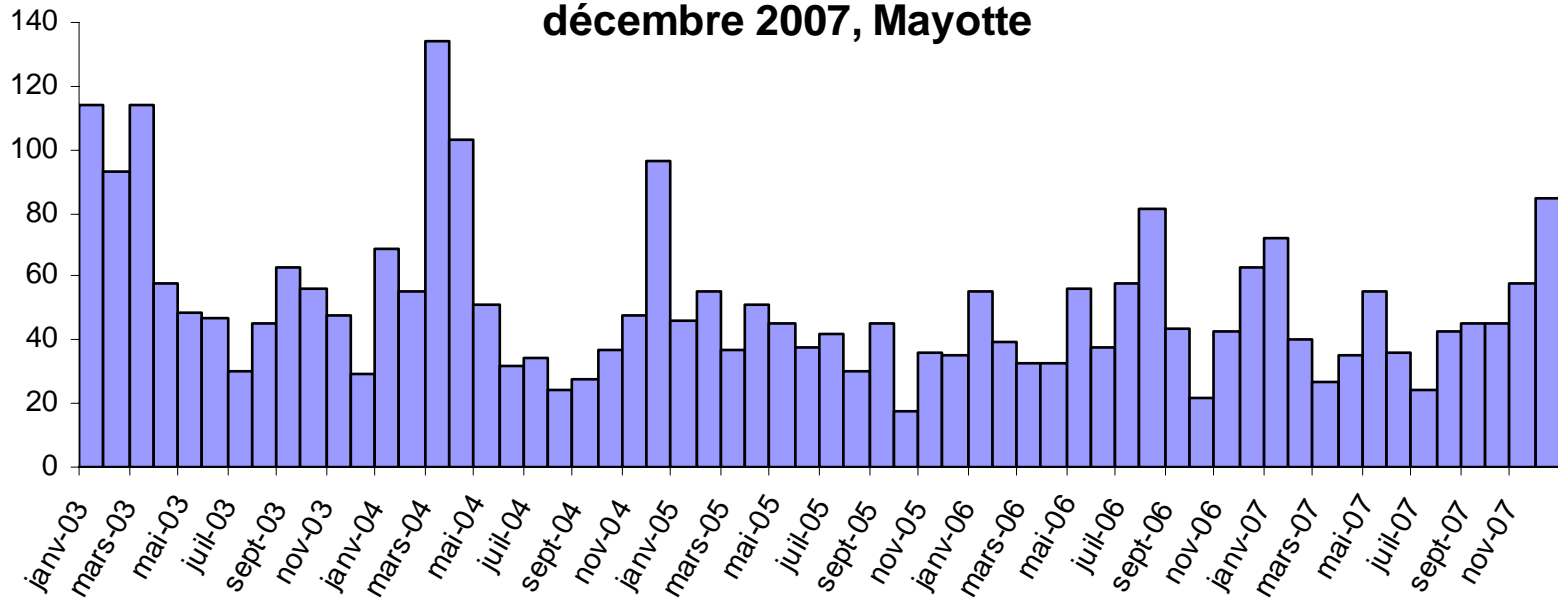
Objectif et Méthode

- **Objectif**
 - Décrire la situation du paludisme à Mayotte entre 2003 et 2007
- **Méthode**
 - Analyse des données de surveillance transmises à la DASS et la CVE entre le 1 janvier 2003 et le 31 decembre 2007
 - Revue partielle des registres hospitaliers du CHM

Incidence du paludisme à Mayotte

- Diminution puis stagnation de l'incidence annuelle depuis 2003
- Incidences annuelles (‰) :
 - 2003 : 4,5
 - 2004 : 4,1
 - 2005 : 2,8
 - 2006 : 3
 - 2007 : 2,9

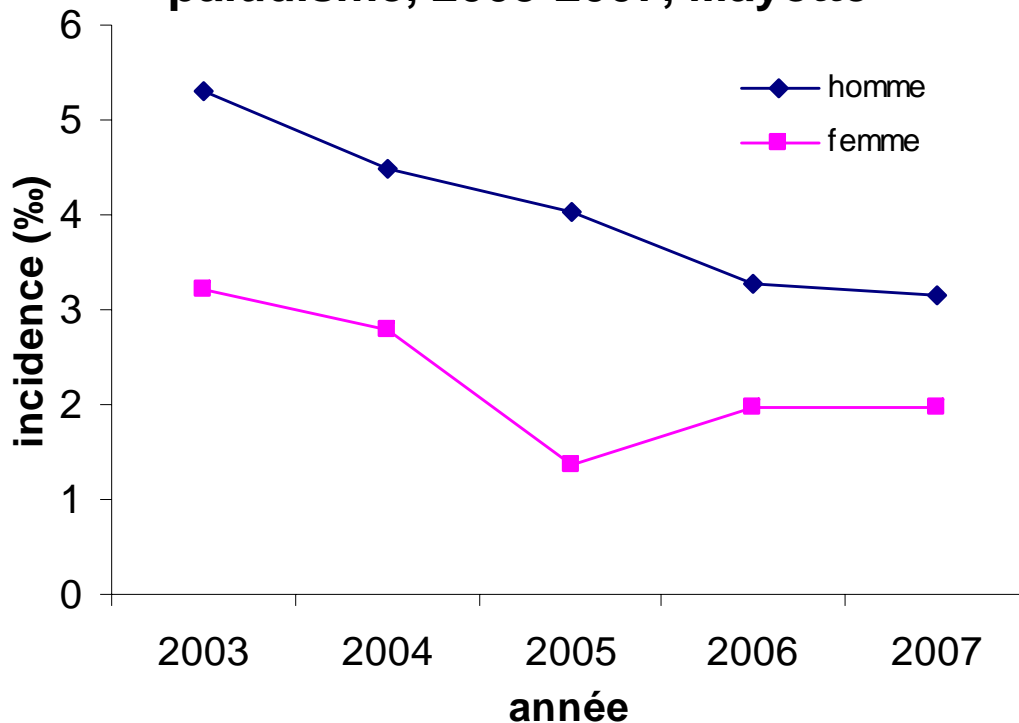
distribution mensuelle des cas de paludisme, janvier 2003 -
décembre 2007, Mayotte



Incidence annuelle du paludisme par sexe et par classe d'âge

- Diminution puis stagnation de l'incidence globale
- Les hommes entre 15-24 ans sont les plus touchés

Incidence annuelle (‰) des cas de paludisme, 2003-2007, Mayotte



Classe d'âge	Incidence 2003-2007 (‰)	
	H	F
0-4	4,3	3,3
5-14	2,8	2,0
15-24	7,9	2,1
25-34	4,2	2,1
35-44	2,7	2,0
Total	4,2	2,2

Répartition géographique du paludisme

- 4 communes en dessus de l'incidence globale (3,1 ‰)
- La commune de Bandraboua est le plus important foyer de transmission, avec une incidence de 36,2 ‰ entre 2003 et 2007

2003-2007	
Communes	Incidence ‰
Acoua	3,6
Bandraboua	36,2
Bandrele	2,2
Boueni	0,8
Chiconi	1,9
Chirongui	2,3
Dembeni	1,2
Dzaoudzi	0,8
Kani-keli	2,4
Koungou	1,4
Mamoudzou	1,9
M'tsamboro	2,5
M'tsangamouji	0,9
Ouangani	3,5
Pamandzi	1,0
Sada	1,3
Tsingoni	3,5
Total	3,1

Circonstances de survenue des accès palustres et espèces plasmodiales

***Plasmodium Falciparum* prédominant dans 96% des cas**

Plasmodium vivax : 1,9%

Plasmodium malariae : 0,5%

Plasmodium ovale : 0,1%

Circonstances de l'accès palustre (%)	2003	2004	2005	2006	2007
	N=542	N=650	N=435	N=317	N=363
Primo-infection	88,2	91,8	95,4	94,3	95,3
Récidive ou rechute	10,9	6	4,4	5,4	2,2
Contrôle	0,9	2,2	0,2	0,3	2,5

Rechute: accès palustre survenant entre 1 et 5 semaine après un premier accès

Contrôle: persistance de signes cliniques entre J3 et J5 avec Optimal+ et/ou FGE+

Hospitalisations et décès liés au paludisme

- 312 patients hospitalisés entre 2003 et 2007 (10% des cas)

Patients hospitalisés	Décès hospitaliers
2003 : 88	2003 : 1
2004 : 71	2004 : 0
2005 : 54	2005 : 0
2006 : 56	2006 : 1
2007 : 43	2007 : 1

Conclusions

- Transmission encore permanente et hétérogène
- Prise en charge des cas essentiellement ambulatoire
- Il semblerait qu'il y ait peu de décès liés au paludisme

⇒ Implique un renforcement

- Surveillance épidémiologique:
 - Détection précoce des cas
 - Cartographie précise
- La lutte intégrée
 - Renforcement de la sensibilisation de la population
 - Lutte anti-larvaire et adulticide
 - Moustiquaires imprégnées

Remerciements

- **Les médecins hospitaliers et libéraux**
- **La DASS**
- **La CVE**
- **Le CHM**
- **Le laboratoire du CHM**

Incidence annuelle du paludisme par classe d'âge, 2003-2007, Mayotte

