

LE POINT SUR...

REÇU LE
24 DEC 1997

Centre Européen

SITUATION DU PALUDISME D'IMPORTATION EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 1996

RAPPORTEURS : FABRICE LEGROS ^{(1) (2)}, FRÉDÉRIK GAY ^{(1) (3)}, MILOUD BELKAID ⁽¹⁾, MARTIN DANIS ^{(1) (3)}

INTRODUCTION

Le Centre National de Référence pour les maladies d'importation (CNRMI) assure, à travers un réseau de laboratoires sentinelles volontaires, la surveillance de différentes pathologies importées en France métropolitaine, au premier rang desquelles figure le paludisme dont les notifications font l'objet d'une analyse chaque année.

PATIENTS ET MÉTHODES

Chaque cas rapporté, documenté parasitologiquement, donne lieu au remplissage d'une fiche standardisée comportant environ 50 items, portant sur les éléments démographiques, le contexte épidémiologique, le tableau clinique, les paramètres biologiques, la conduite thérapeutique et les mesures de prophylaxie.

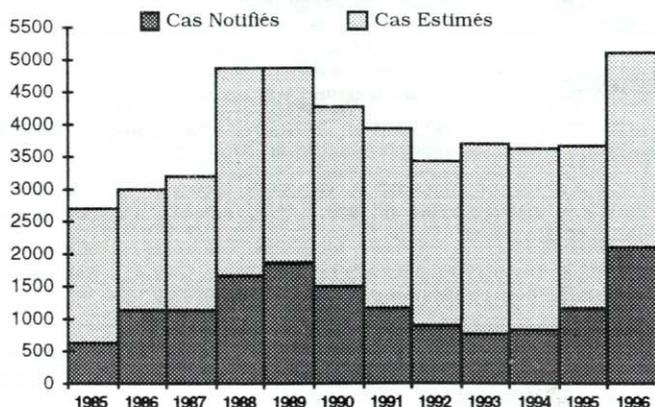
Les données, saisies et analysées, font l'objet d'une synthèse dans un bulletin [1] qui assure un retour d'information aux tutelles et aux correspondants avant d'être diffusé très largement au sein de la communauté médico-scientifique nationale et internationale.

RÉSULTATS

En 1996, le CNRMI a reçu 2 244 notifications de paludisme, diagnostiqués tout au long de l'année, provenant de 91 correspondants civils et militaires, et couvrant les 22 subdivisions régionales du territoire métropolitain. 2 117 déclarations exploitables ont été retenues pour l'analyse; l'Île-de-France représente à elle seule 51,8 % de l'ensemble (1 097 cas déclarés par 30 correspondants).

Le taux de couverture du réseau est évalué à 40 %. Le nombre total de cas est estimé en 1996 à 5 109 (fig. 1), et on observe une augmentation d'environ 20 % des cas par rapport à 1995 [2,3].

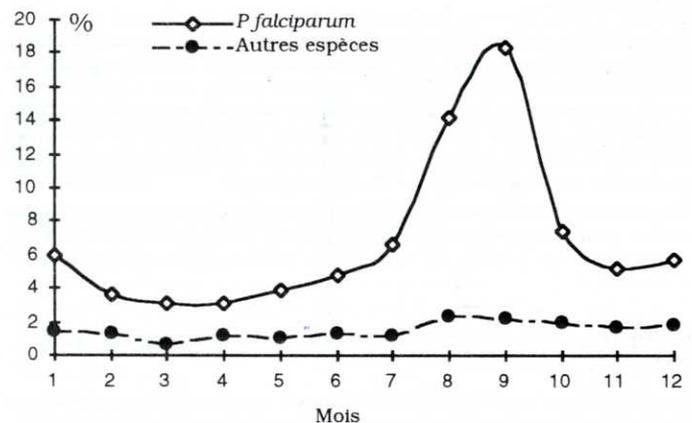
Figure 1. - Évolution du nombre de cas notifiés et estimés (1985-1996)



RÉPARTITION ANNUELLE DES CAS

La distribution des cas au cours de l'année est variable selon le mois de diagnostic et montre un pic majeur centré sur septembre qui correspond à la période d'exposition des sujets à la plus forte transmission dans les pays les plus fréquemment visités (fig. 2).

Figure 2. - Distribution mensuelle des accès palustres selon l'espèce plasmodiale



ÂGE, SEXE, NATIONALITÉ

Le sexe est connu dans 99,7 % des cas; le sex-ratio homme/femme est de 1,95.

L'âge, connu dans 97 % des cas, a une valeur médiane de 28,4 ans (2,5 mois à 84 ans). Les moins de 15 ans et les 60 ans et plus représentent respectivement 20 % et 8 % des sujets.

La nationalité des personnes est connue dans 86,5 % des cas; les « Occidentaux » (résidents en Europe, en Amérique du Nord ainsi que dans quelques pays non endémiques pour le paludisme) représentent 58 % des dossiers, 40 % concernent des Africains, 1,8 % des Asiatiques, 0,2 % des Latino-Américains, enfin 13,5 % des nationalités sont inconnues.

(1) Centre National de Référence pour les Maladies d'Importation (Directeur : Pr Marc Gentilini), Institut Santé et Développement, 15-21, rue de l'École de Médecine, 75270 Paris Cedex 06.

(2) ORSTOM-UR Maladies Infectieuses et Parasitaires.

(3) Service de Parasitologie-Mycologie. Pavillon Laveran. Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris Cedex 13.

LIEUX PRÉSUMÉS DE CONTAMINATION OU DE RÉSIDENCE

Trois cas ont été notifiés de sujets n'ayant pas voyagé en zone d'endémie, tout en développant un accès palustre authentique :

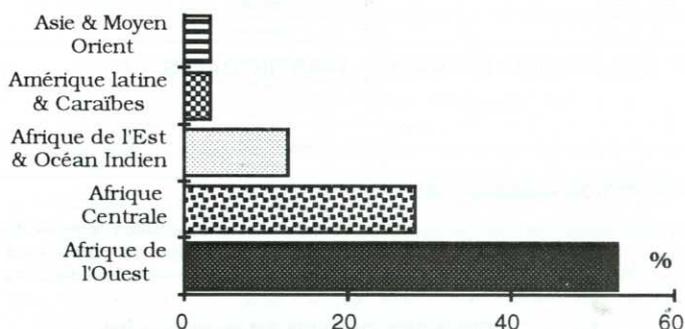
– un paludisme consécutif à une transplantation rénale chez un Français d'origine sénégalaise dont le donneur d'organe est sa propre sœur, récemment arrivée de Guinée;

– un probable paludisme accidentel (contact avec du sang d'un paludéen) chez une femme française exerçant des fonctions au sein du milieu médical;

– un Français résidant en France développant au retour d'un séjour en Guadeloupe un accès grave guéri sans séquelles, mais pour lequel une anamnèse peu contributive et l'absence d'enquête, ne permettent pas de conclure. En ce qui concerne les autres cas, 80,2 % des personnes demeuraient en Europe ou d'autres pays non endémiques, 19,8 % résidaient en pays d'endémie palustre (dont 48 % d'« Occidentaux »), enfin 13,7 % des sujets étaient de résidence inconnue.

73 pays de contamination présumés sont incriminés : Afrique 93,5 %, Amérique latine et Caraïbes 3,5 %, Asie et Moyen-Orient 3,0 % (fig. 3).

Figure 3. – Répartition des cas selon la zone de contamination présumée



PARASITOLOGIE

(Les méthodes diagnostiques les plus fréquemment utilisées sont le frottis (43 %), le frottis associé à la goutte épaisse (38 %), le frottis associé au QBC-Malaria tests® (12 %), [4].

L'espèce plasmodiale est connue dans 98 % des cas : *Plasmodium falciparum* est retrouvé dans 80 % des observations, *P ovale* dans 7,5 %, *P vivax* dans 7 %, *P malariae* dans 3 % des cas. Il existe une association parasitaire de deux ou trois espèces pour 4 % des diagnostics.

Les densités parasitaires exprimées pour cent hématies étaient de 0,5 % et de 5 % respectivement pour les accès simples et les accès graves à *P falciparum*, de 0,5 % pour *P vivax*, 0,2 % pour *P ovale* et 0,15 % pour *P malariae*.

DÉLAIS D'APPARITION DES SYMPTÔMES, DÉLAIS DIAGNOSTIQUES ET DE RECOURS AUX SOINS

Le délai global d'apparition des symptômes à compter du retour de la zone d'endémie, connu dans 73 % des cas, a une valeur médiane de huit jours et varie en fonction des espèces : 6 jours pour *P falciparum*, 75 jours pour *P vivax*, 115 jours pour *P ovale* et 12 jours pour *P malariae*.

Le délai diagnostique à compter du retour de la zone d'endémie, connu dans 90 % des cas, a une valeur médiane globale de 13 jours, avec des valeurs de 11 jours pour *P falciparum*, 89 Jours pour *P vivax*, 123 Jours pour *P ovale* et 39 jours pour *P malariae*.

Le délai de recours aux soins, temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic, indiqué dans 72,4 % des cas, a pour valeur médiane globale 2,5 jours.

Une analyse de la répartition des cas selon le délai de diagnostic montre que 90 % des cas de paludisme sont diagnostiqués dans les cinq à six semaines suivant le retour.

LIEU DE CONSULTATION CLINIQUE

La première consultation a lieu à l'hôpital dans 72 %, en pratique libérale pour 28 % des malades. Sur le plan clinique on observe 92 % d'accès simples, 5 % (98) d'accès graves, 2 % de cas asymptomatiques et 1 % de « paludisme viscéral évolutif ». L'évolution de ces accès sera favorable dans 97 % des cas. La létalité pour *P falciparum* étant de 3,3 %.

Les 6 cas ayant abouti au décès ont en commun un délai diagnostique allongé (moyenne = 14 ± 5 jours), une contamination en Afrique, un statut non immun et une absence de chimioprophylaxie ou l'utilisation d'un schéma chimioprophylactique inadapté.

ATTITUDE PROPHYLACTIQUE

Cette variable descriptive ne concerne pas une population de voyageurs globalement exposée au paludisme mais seulement ceux d'entre eux qui ont fait un paludisme maladie, et ne permet donc en aucune façon d'interpréter ces données en termes d'efficacité de la chimioprophylaxie.

L'analyse des dossiers renseignés (40 %) montre que 76 % des personnes n'ont utilisé aucune protection, 15 % ont utilisé une moustiquaire, 5 % un insectifuge ou un insecticide, et 4 % une combinaison de moyens.

Parmi les 53 % de personnes (67 % d'« Occidentaux » et 49 % d'autres « nationalités ») alléguant de la prise d'une chimioprophylaxie, celle-ci était régulière et de durée correcte dans 36 % des cas, irrégulière et/ou de durée incorrecte dans 64 %.

Les principaux produits utilisés pour la chimioprotection ont été l'association chloroquine-proguanil (53 %), la chloroquine (35 %) et la méfloquine (6 %).

TRAITEMENT

Le médicament utilisé dans le traitement de première intention est connu dans 94 % des cas; il s'agit de l'halofantrine pour 54 % des cas, de la quinine pour 29 %, de la méfloquine pour 9 % et de la chloroquine pour 8 % des accès. La quinine reste le médicament de référence dans les accès graves ou sévères. La durée de l'hospitalisation varie suivant le type et la gravité de l'accès de 1 à 41 jours avec une valeur médiane de 3 jours pour les accès simples et de 8 jours pour les accès graves.

Le coût médian global *a minima* d'un accès palustre simple (en tenant compte de la dépense médicale proprement dite et d'une indisponibilité fixée à deux semaines) a pu être chiffré à 32 500 FF (25 227 ± 15 249) en hospitalisation et à 9 800 FF (2 077 ± 897) en ambulatoire.

COMMENTAIRES

La surveillance du paludisme d'importation, au-delà des différentes informations qu'elle procure, contribue à maintenir la vigilance nécessaire vis-à-vis de cette affection qui constitue une urgence médicale pouvant parfois mettre en cause le pronostic vital du patient. Deux objectifs essentiels sont visés :

– atteindre l'objectif zéro décès en facilitant l'évocation du diagnostic, sa confirmation biologique puis une prise en charge adaptée à l'espèce plasmodiale et au tableau clinique et biologique, dans les plus brefs délais;

– aboutir à une réduction, autant que faire se peut, des risques d'infestation par la mise en œuvre effective et pratique des diverses méthodes prophylactiques actuellement disponibles.

Une grande partie des voyageurs se rendant en pays impaludés – à l'exception de ceux qui ont fréquenté une consultation spécialisée – ne sont pas, sont trop peu, ou mal informés et méconnaissent aussi bien les risques qu'ils encourrent, que les moyens et modalités qui permettent de se préserver efficacement. Une information plus précise, mieux diffusée à l'ensemble du corps médical (médecins généralistes, biologistes, médecins hospitaliers, pharmaciens,...), permettrait d'améliorer la prise en charge des accès palustres depuis le diagnostic jusqu'à leur guérison. Simultanément un effort important envers tous les acteurs du voyage et des médias « grand public » doit être largement développé et amplifié.

REMERCIEMENTS

Ce document est le fruit d'un travail collectif national qui n'a pu voir le jour que grâce à la collaboration active des membres volontaires de notre réseau de correspondants. L'équipe du CNRMI tient tout particulièrement à les remercier ici de leur contribution aussi précieuse qu'indispensable à ce travail.

RÉFÉRENCES

- [1] LEGROS F., GAY F., BELKAID M., DANIS M. – **Paludisme en France métropolitaine en 1996.** – *Bull. CNRMI*, 1997; 13 : 1-70.
- [2] LEGROS F., GAY F., BELKAID M., GOYET F., DANIS M. – **Le paludisme en France métropolitaine en 1995.** – *Réan. soins intens. méd. urg.* – 1997; 13 (2) : 90-106.
- [3] GOYET F., LEGROS F., BELKAID M., DANIS M., GAY F. – **Paludisme en France métropolitaine en 1994.** – *Bull. CNRMI*, 1996; 10-11 : 13-26.
- [4] GAY F., TRAORÉ B., ZANONI J., DANIS M., GENTILINI M. – **Évaluation du système QBC® pour le diagnostic du paludisme.** – *Cah. Santé*, 1994; 4 (4) : 289-297.