

Surveillance épidémiologique du paludisme à Mayotte, juillet-septembre 2010

Point épidémiologique N°78. Semaines 26-39 / 2010

SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

A Mayotte, la surveillance du paludisme repose sur la déclaration des cas par le laboratoire du CHM, les médecins et le pôle Santé Publique du CHM à la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS) de l'Agence de Santé Océan Indien (ARS-OI, anciennement Dass), délégation de Mayotte. Chaque déclaration fait l'objet d'une investigation par le service de la lutte anti-vectorielle (LAV). L'analyse des données et la rétro-information sont assurées par la Cire Océan Indien.

| Définition de cas |

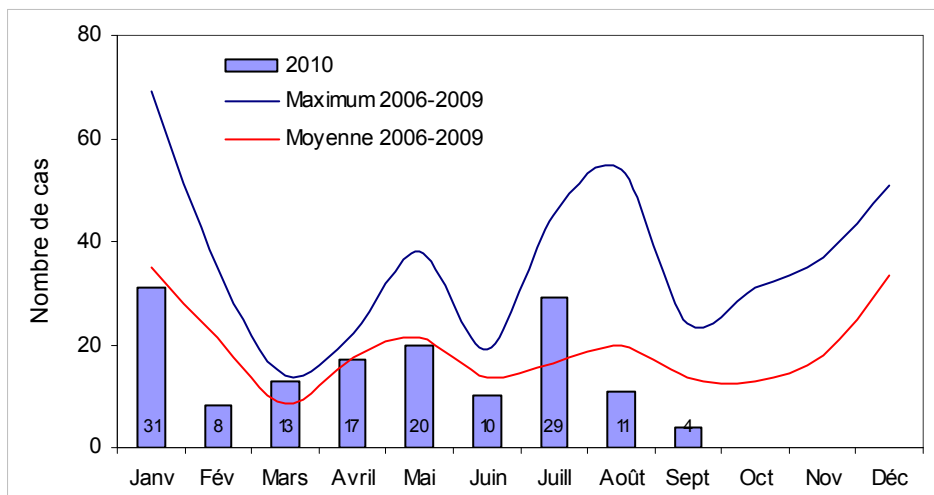
Un cas confirmé de paludisme est défini par un accès fébrile avec un test de diagnostic rapide (Optimal®) positif, et/ou une présence de *Plasmodium* au frottis sanguin ou à la goutte épaisse. Est considéré comme paludisme d'importation, tout cas survenant chez une personne ayant déclaré avoir séjourné dans une zone de transmission du paludisme extérieure à Mayotte pendant la période présumée de contamination (2^{ème} et 3^{ème} semaines précédant l'accès palustre).

RESULTATS

| Répartition temporelle |

Au cours des semaines 26 à 39 (juillet à septembre 2010), 122 nouveaux cas confirmés de paludisme ont été signalés à l'ARS-OI, délégation de Mayotte, soit 390 cas depuis le début de l'année 2010. Au cours du mois de juillet, le nombre de cas autochtones observé a largement dépassé la moyenne des quatre dernières années, sans toutefois atteindre la valeur maximale observée au cours de cette période (Figure 1). Au mois d'août et de septembre, le nombre de cas diagnostiqués était inférieur à la moyenne.

| Figure 1 : Nombre de cas de paludisme autochtone de janvier à septembre 2010, moyenne annuelle et maxima des années 2006-2009, Mayotte |



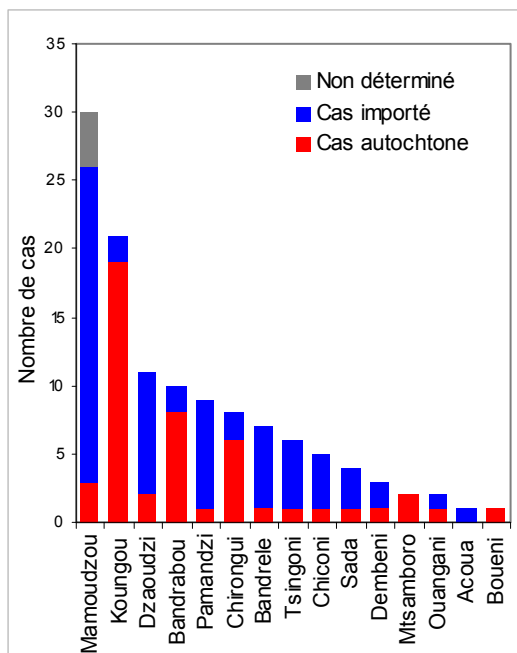
| Répartition géographique et origine de l'infection |

Entre juillet et septembre 2010, l'origine de l'infection a pu être déterminée pour 116 cas confirmés, dont 48 cas (41%) étaient autochtones. Parmi les 68 cas importés, 58 avaient voyagé en Grande Comore (85%), 6 venaient de Madagascar (9%) et 4 d'Anjouan (6%).

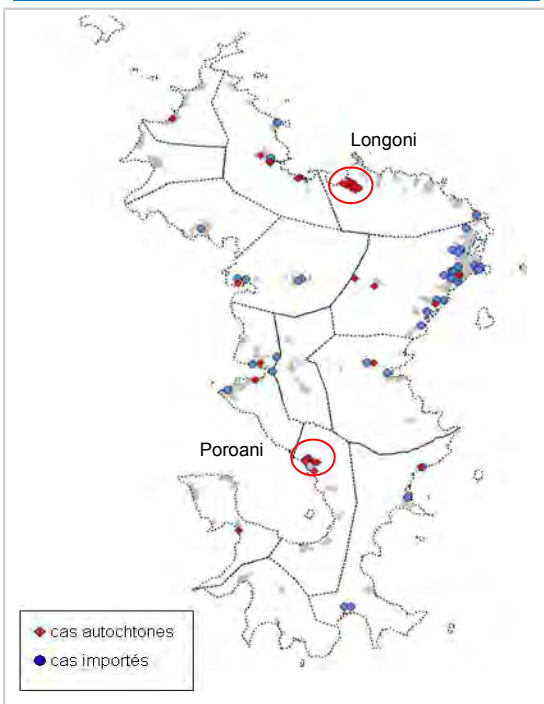
Les cas de paludisme survenus entre les semaines 26 et 39 sont répartis sur toute l'île avec l'existence de quelques foyers (Figure 2 et 3). Dans la commune de Bandraboua, un foyer persistant existe sur les villages de Dzoumogné (5 cas) et de Bouyouni (3 cas). Au mois de juillet, un nouveau foyer de cas autochtones est survenu dans le village de Longoni (18 cas), sans lien direct avec les foyers du Nord. Un deuxième foyer de 7 cas est survenu à Poroani (commune de Chirongui), dans un nouveau quartier d'habitations, inconnu par les agents du service de la LAV. Les interventions des équipes de la LAV ont permis de maîtriser ces nouveaux foyers.

La majorité des cas importés de paludisme habitent la commune de Mamoudzou.

| Figure 2 : Répartition des cas de paludisme autochtones et importés selon la commune de résidence, juillet-septembre 2010, Mayotte (N = 120) |



| Figure 3 : Répartition géographique des cas de paludisme autochtones et importés, juillet-septembre 2010, Mayotte (N = 107) |



Source: service de LAV, ARS OI, délégation de Mayotte

Description des cas |

| Tableau 1 : Nombre de cas de paludisme selon l'âge, juillet-septembre 2010, Mayotte |

	Nombre de cas	% de cas
0 - 14 ans	45	37%
15 - 39 ans	56	46%
≥ 40 ans	21	17%
Total	122	100%

La majorité des cas sont toujours des hommes (57% des cas) âgés de 15 à 39 ans (46% des cas), mais comparé aux mois précédents, la part des enfants de moins de 15 ans a augmenté (de 22% à 37%). Ceci est principalement expliqué par un nombre plus important d'enfants infectés lors des deux nouveaux foyers.

Les 4 différentes espèces de plasmodium ont été retrouvées à Mayotte, avec une prédominance du *P. falciparum* (92% des cas). Sept cas étaient infectés par le *P. malariae* (6%), 2 par *P. vivax* et 1 par *P. ovale*.

Parmi les 90 personnes pour lesquelles l'information était renseignée, 10 personnes ont été hospitalisées (11%), dont 2 personnes en réanimation: un malade souffrant d'un neuropaludisme et un deuxième d'une insuffisance rénale. Aucun décès n'a été signalé.

Le Riamet® est le traitement de premier choix pour les patients vus au CHM. Sur 93 personnes pour lesquelles le traitement prescrit était connu 83 (89%) ont reçu du Riamet®, 9% (N = 8) ont reçu de la Quinine (injection ou comprimé) et 2 personnes ont reçu un autre traitement.

CONCLUSION

Le paludisme reste une maladie endémique à Mayotte, non seulement dans la commune de Bandraboua, mais également ailleurs sur l'île, où de nouveaux foyers temporaires apparaissent.

Dans la lutte contre le paludisme, le service de LAV a démarré en octobre 2010 un programme d'installation de moustiquaires imprégnées (MILD) dans le village de Dzoumgone.

**MERCI DE
DECLARER TOUS LES
CAS DE PALUDISME
A LA CVAGS
Fax: 0269 61 83 21**

REMERCIEMENTS

Ce point est réalisé à partir des données recueillies par la CVAGS (H. Ali Madi, A. Achirafi), le service de la LAV de l'ARS-OI, délégation de Mayotte (F. Oiladi, B. Zumbo, P. Binder, J. Thiria et les équipes mobiles) et le pôle Santé Publique du CHM (E. Durquety). Nous remercions, pour les notifications, tous les médecins cliniciens et le laboratoire du CHM.

Semaines 26 à 39
(juillet à septembre)
2010 :

- 122 cas de paludisme déclarés, dont 48 cas autochtones
- Foyer de transmission persistant dans la commune de Bandraboua
- Existence de nouveaux foyers en dehors de la commune de Bandraboua

Directeur de la publication :
Dr Françoise Weber, Directrice
Générale de l'InVS

Rédacteur en chef:
Laurent Filleul, Coordonnateur
de la Cire Océan Indien

Comité de rédaction :
Cire Océan Indien

Diffusion
Cire Océan Indien
2 bis, Av. G. Brassens
97400 Saint Denis La Réunion
Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24
Fax : 262 (0)2 62 93 94 57
<http://www.invs.sante.fr>

Contact à Mayotte :
Tinne Lernout
Tél : 02 69 61 83 43
tinne.lernout@ars.sante.fr