

## ACCES PALUSTRE ET GROSSESSE (A PROPOS D'UN CAS)

## ACCES PALUSTRE AND PREGNANCY (ABOUT A CASE)

I. Elkari, F.Z. Bouziane, M. Bhihi, A.Kharbach, A. Baidada  
Maternité Souissi, CHU Ibn Sina, Rabat Maroc.

### RESUME

Le paludisme est la parasitose la plus fréquente à travers le monde, l'association paludisme et grossesse expose le couple mère-enfant à de grave complication.

Le diagnostic doit être rapidement établi afin de traiter la mère et l'enfant, et de prévenir les complications.

La prévention se base sur la protection contre les moustiques et la chimio-prophylaxie.

Nous rapportons dans ce travail un cas d'accès palustre découvert dans les suites d'un voyage en zone d'endémie, afin d'étaler l'intérêt de la prévention, et de rappeler les bonnes conduite de prise en charge maternelle et fœtale en cas d'accès palustre.

**Mots clés :** accès palustre, parasitaimie, prévention

### ABSTRACT

Malaria is the most frequent parasite in the world, malaria and pregnancy associate the mother-child couple with serious complications. The diagnosis must be quickly established in order to treat mother and child, and to prevent complications. Prevention is based on protection against mosquitoes and chemo-prophylaxis. We report in this work a case of malarial access discovered in the aftermath of a trip to an endemic area, in order to spread the interest of prevention, and recalled the good behavior of maternal and fetal care in Malaria cases.

**Keywords:** malaria, parasitamy, prevention

### INTRODUCTION

Le paludisme est l'affection parasitaire la plus fréquente partout dans le monde. L'association à la grossesse pose beaucoup de problèmes de diagnostic et prise en charge. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y aurait environ, chaque année, 25 millions de femmes enceintes soumises au risque de paludisme, dont 25 % ont un placenta infesté par le Plasmodium au moment de l'accouchement. En Afrique, entre 75 000 et 200000 enfants naissent de femmes atteintes de paludisme, avec un faible poids de naissance, la mortalité à la naissance des enfants

de mères paludéennes est estimée à 100 000 par an. [1,2]

Au Maroc, le nombre de cas importé de l'étranger enregistré en 2003 est de 69 cas contre 88 en 2002. Les formes à *P. falciparum* chloroquino-résistant nécessitant une prise en charge thérapeutique spécifique à base de coartem ont été dépistées chez 90 % des atteintes.

En plus de 69 cas résistants, 5 cas ont été traité avec succès par le schéma thérapeutique classique à base de la primaquine et de la chloroquine [3].

Le paludisme et grossesse est une association hautement grave exposant la mère à des complications pouvant arriver jusqu'au décès et le fœtus au risque de paludisme congénitale avec risque majoré de décès périnatale.

### OBSERVATION

Patiente de 28 ans, originaire de la guinée équatoriale, avec antécédent d'accès palustre dans l'enfance, G2 P1 ; G1 ; Fausse couche précoce, G2 : grossesse actuelle estimé à 33 semaines d'aménorrhées (SA) + 2 jours.

Admise pour prise en charge d'un accès palustre avec menace d'accouchement prématuré et rupture prématuré des membranes (RPM) à 33 SA suite à un séjour récent en pays natale.

L'examen clinique trouve une patiente consciente, normo tendue, fébrile à 38°, 5 C,

Examen obstétrical note une hauteur utérine à 26 cm, des contractions utérines présentes, des bruits cardiaques fœtaux perçus et réguliers,

Au touché vaginal : un col en voie de centralisation effacé à 30 %, dilaté à un doigt large, une présentation céphalique mobile, une poche des eaux rompu avec issues de liquide claire (RPM de 18 h avant l'admission),

Une échographie obstétricale réalisée objective une biométrie fœtale correspondant à un âge gestationnelle de 29 SA.

Une NFS fait 2 heures avant l'admission note une anémie hypochrome microcytaire avec Hb à 10,2, à la goutte épaisse : présence de nombreux trophozoïtes de *plasmodium falciparum*, parasitémie à 2%.

Une CRP réalisé : 269,40.

Administration d'une première dose de corticoïde.

Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal a montré une souffrance fœtale aigue. Le temps de passer au bloc opératoire, la patiente est passé à

dilatation complète, l'accouchement s'est déroulé par voie basse donnant naissance à un nouveau-né de sexe masculin, avec un poids de naissance 1100 g, apgar 8/10 passer à 10/10 à la 5ème min.

Le nouveau-né a été pris en charge en réanimation néonatalogie, avec à l'exploration une parasitémie < 0,1.

## DISCUSSION

### Facteurs de risque

Le diagnostic d'un paludisme à *P. falciparum* est effectué dans plus de 95 % des cas dans les deux mois qui suivent le retour de la zone d'endémie. [4, 5]

Sur une période de dix ans, parmi les paludismes tardifs à *P. falciparum* diagnostiqués en France, le délai moyen du diagnostic était de cinq mois (trois à neuf mois) après le retour de la zone d'endémie. Les facteurs de risques pour un patient porteur de développer un paludisme sont l'infection VIH, la grossesse, la prophylaxie par méfloquine et les patients primo-migrants [6].

Dans notre cas, la patiente présente deux facteurs de risques, le séjour récent en zone d'endémie et la grossesse.

Le risque de développer un paludisme est plus important chez les femmes primipares avec des conséquences graves pour la mère (anémie sévère) et pour l'enfant (mort fœtale in utero, prématurité, retard de croissance intra-utérin).

L'immunité protectrice est liée à la production d'IgG spécifiques d'antigènes parasitaires dénommés antigènes variants de surface (AVS) exprimés à la surface des hématies parasitées et qui jouent un rôle dans l'adhésion. Il a été montré qu'au cours de la grossesse, les érythrocytes infectés qui sont majoritairement localisés au niveau du placenta expriment à leur surface des antigènes différents de ces AVS. La femme enceinte ne se trouve donc plus protégée lors de sa première grossesse par les IgG acquises pendant l'enfance. La séquestration splénique peut, par ailleurs, expliquer une partie des manifestations cliniques [4].

La grossesse, véritable « stress » immunologique, provoque une chute de l'immunité anti-palustre et, de ce fait, peut démasquer un paludisme latent, ou favoriser la survenue de formes graves (accès pernicieux). Le taux d'infestation du placenta est toujours supérieur à celui du sang.

En effet, le *Plasmodium* est souvent retrouvé dans le placenta, alors que les examens de sang restent négatifs.

Ainsi, à Panama, sur 400 placentas examinés, 11 étaient parasites, alors que les frottis sanguins des mêmes patients étaient négatifs. Il en a été de même à Dakar, où, sur 130 placentas, 15 % étaient positifs

contre seulement 1,6 % des prélèvements de sang fœtal [5].

Quel que soit le stade de la grossesse, *Plasmodium falciparum* risque toujours d'évoluer, sans traitement, vers l'accès pernicieux. En fin de grossesse, il y a souvent un risque de reviviscence et il n'est pas rare de constater, lors d'une crise aiguë de paludisme, un accouchement prématuré avec parfois une mort subite de la mère dans les suites immédiates.

### Mesures préventives

La prophylaxie est fondamentale chez la femme enceinte, plus sensible que d'autres au paludisme et qui « attire » plus les moustiques que la femme non enceinte (élévation de la chaleur cutanée et sécrétion de substances volatiles). Éviter les piqûres de moustiques nécessite de revêtir des vêtements légers, mais longs et de dormir sous une moustiquaire si possible imprégnée d'insecticide, les moustiques piquant essentiellement entre 22 h et 2 h du matin [5, 7, 8].

Un traitement préventif intermittent est recommandé ; Sulfadoxine-pyriméthamine à raison de 4 prises durant grossesse (une dose unique consiste en 3 comprimés pris en 1 fois).

### Traitement curatif

Le traitement classique de la primo-invasion et de l'accès simple dus à *P. vivax*, *P. ovale* et *P. malariae* repose sur la chloroquine ou Nivaquine, à raison de 9 comprimés à 100 mg à J1 (6 comp. + 3 comp. 6 heures plus tard) et 300 mg à J2 et J3. Ce traitement pourra être repris quelques mois plus tard, en cas de reviviscence. En cas d'accès pernicieux, le traitement doit être instauré d'urgence : quinine 1,5 g à 2 g en perfusion lente par voie intraveineuse pendant 3 à 5 jours. La chloroquine (NivaquineR) et la quinine ne sont ni abortives, ni tératogènes. Mais la quinine peut augmenter les contractions d'un utérus manifestant déjà une tendance contractile prématurée. [5, 7]

En cas de paludisme congénital, il faut traiter l'enfant dès la naissance, soit par NivaquineR (en sirop) : 100 mg/j pendant 2 jours, puis 50 mg/j pendant 3 jours, puis 1 cuillère-mesure (soit 25 mg) 1 jour sur 2 pendant 2 mois, soit par la quinine IV ou IM (25 mg/kg/j) pendant 3 jours [2, 9].

### CONCLUSION :

L'administration d'une chimio-prophylaxie régulière pendant la grossesse, à l'aide de diverses molécules non toxiques pour la femme enceinte a montré son efficacité sur l'impaludation placentaire, sur le poids de naissance de l'enfant et sur l'incidence des anémies maternelles graves.

Mais la prévention reste la meilleure méthode de lutte contre le paludisme chez la femme enceinte.

## REFERENCES

1. P. Corne, O. Jonquet. Paludisme grave d'importation chez l'adulte : diagnostic et traitement. *Antibiotiques* 2004 ; 6 : 229-235
2. Fabrice Bruneel. Paludisme grave d'importation Severe imported malaria. *Journal des Anti-infectieux* (2011) 13, 39-48
3. Faraj C, Ouahabi S, Adlaoui E, Boccolini D, Romi R. & El Aouad.R. Risque de réémergence du paludisme au Maroc, étude sur la capacité vécitoriale d'anophèles labranchia dans une zone rizicole au nord du pays. *Parasite*, 2008, 15, 605-610
4. Thierry Debord, Martin Danis. Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à Plasmodium falciparum *Médecine et maladies infectieuses* 38 (2008) 68-117
5. Patrice Boureea, Francine Bisaroa, Carine Couzigoub. Paludisme et grossesse. *Revue Francophone Des Laboratoires* - Mai 2008 - N°402 /63
6. Jacques Buxeraud, Mise en place d'une prophylaxie efficace du paludisme. *Actualités pharmaceutiques* n° 476 Juillet-Août 2008
7. Patrice Bourée. Aspect actuelle du paludisme, *Revue Francophone des Laboratoires*, septembre-Octobre 2006, N° 385-8
8. Poilane a,\*, V. Jeantils b, L. Carbillon c. Découverte fortuite de paludisme à Plasmodium falciparum au cours de la grossesse : à propos de deux cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 37 (2009) 824-826
9. B. Balaka l\*, A.D. Agbere 2, P. Bonkounou 2, K. Kessie, K. Assimadi, K. Agbo. Paludisme congénital-maladie à Plasmodium falciparum chez le nouveau-né à risque infectieux. *3 Arch Pédiatrie* 2000 ; 7 : 243