

INR

Introduction :

C'est une maladie parasitaire, due a un protozoaire qui a une particularité de parasiter les globules rouges donc on l'appelle un **hématozoaire** ; il existe en plusieurs espèces, il ya 5 types d'hématozoaires.

L'agent responsable :

Le paludisme est très fréquent dans 2 zones géographiques, la zone **tropicale** et **intertropicale** au niveau de cette dernière sévit l' hématozoaire le plus graves (mortel) qui est « **le plasmodium falciparum** »

« **le plasmodium vivax** » est également présent dans la zone intertropicale, mais il déborde largement de cette zone ; donc on peut le trouver aussi en climat tempéré , il a comme particularité d'être responsable d'un paludisme bénin mais il peut exceptionnellement être responsable d'un paludism grave .

En Algérie on a que le paludisme vivax , mais il a disparu en général, notant qiq cas enregistrés du temps en temps .

Le 3 eme type c'est « **le plasmodium ovale** » qui est a peu prés semblable au **vivax** et responsables de la même fièvre qui est la **fièvre tierce** .

Le 4 éme c'est « **le malariae** » a la différence des 2 précédents il donne une fièvre quarte.

Le 5 eme c'est le « **knowlesi** » qu' on le trouve chez les espèces simiennes (singe et chimpanzé) donc cet espèce est plus animale que humaine .

Le cycle :

Le cycle est humain et vectoriel , le parasite se trouve chez l'**anophèle femelle** qui est responsable de la transmission , le cycle chez l'anophèle s'appelle le **cycle sexué** , quand elle pique un être humain porteur de plasmodium pour se nourrir ,elle aspire le sang et par conséquent les plasmodiums et elle sera alors contaminée , c'est la phase dite **sporogonie**

La phase qui se déroule chez l'être humain est asexuée dite **shizogonie**

Quand l'anophèle va prendre a nouveau son repas, elle va inoculer les **sporozoites** (parasite a un stade évolutif) , il va donc se développer chez l'homme , la plus grande partie va se multiplier en dehors du globule rouge « exo-érythrocytaire », cette phase se déroule surtout au niveau du foie (merozoites) et c'est elle qui correspond a l'**incubation** (7j a 2mois pour le falciparum)et peut s'allonger plusieurs mois voir années pour le vivax et l'ovale

une fois que les cellules hépatiques parasitées, elles vont s'éclater et libérer les plasmodium dans le sang circulant ils vont parasiter les globules rouges et ce cycle dit « endo-érythrocytaire »

Nb : - l'anophèle est un moustique nocturne , sa pique est indolore , le climat idéal pour cette moustique est le climat sec et chaud .

- Aujourd'hui 2 milliards de personnes sont exposées a faire le palu .

Traitement :

Depuis l'utilisation des antipaludéens, le parasite a développé des résistances on a commencer par une chloroquino-sensibilités totale .

« la **chloroquine** » était le traitement de référence .

Actuellement on devise les zones de paludisme en 3 zones :

la zone 1 : absence de chloroquino résistance

La zone 2 : la chloroquino-résistance existe mais minime

La zone 3 : chloroquino-résistance tres élevée voire multi-résistance .

Après la chloroquine il y a eu « la quinine » , qui reste jusqu'a maintenant le trt de référence , mais maintenant il y a apparition de résistance a la quinine qui est bien localisée au niveau de l'**Asie de sud est** .

l'Artemether et Artesunate sont les trt de l'actualité (voir l'instruction concernant la prise en charge thérapeutique et la chimio-prophylaxie du paludisme)

actuellement en Algérie le médicament le plus utilisé en matière de la chimio-prophylaxie et **le mefloquine** .

Nb : en zones d'endémie les piqûres répétées chez un sujet lui confère une prémunition qui le protège de la gravité, quand ils quittent la zone ils perdent cette prémunition et devient comme de sujets neufs .

Clinique :

Le paludisme se traduit par plusieurs tableaux cliniques le plus habituel c'est **l'accès palustre simple** ; c'est la manifestation de l'ensemble des espèces. elle va se traduire par un accès fébrile (40 degré) ; des frissons solennels ; malaise ; nausées ; vomissements ; diarrhée cette accès va durer en général 6 à 8h.

Suivi d'une chute de la température , accompagnée de sueurs profuses très importants , un tableau d'algies des céphalées .

On fonction de la durée de rechute séparant un accès fébrile à un autre on peut reconnaître le plasmodium responsable .

Pour le **knowlosi** il est de 24 h (quotidien) , quand il est de 48h on pense au **vivax** , l'**ovale** (tierce bénigne) et surtout le **falciparum** (la tierce maligne) , quand il est de 72h c'est le **malariae** (quarte)

La première manifestation quel que soit l'espèce est toujours traduite par une fièvre continue en plateau (primo-invasion)

Au retour d'une zone d'endémies toute fièvre doit être considérée comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire .

L'accès pernicieux palustre (le paludisme cérébrale grave) : due à **falciparum** , caractérisé par les troubles de la conscience , le parasitisme des globules rouges se fait au niveau des vaisseaux profonds essentiellement cérébraux , causant une inflammation, qui va aboutir à la libération de cytokines entraînant un tableau d'obnubilation voir un coma avec un score de Glasgow < 11, il y a aussi des troubles hémodynamiques , défaillance cardio-vasculaires, insuffisance rénale, hépatique , anémie , ictère dus à l'hémolyse .

La forme viscérale évolutive : cette forme ne se voit qu'en zone d'endémie, se traduit par des signes généraux d'atteinte multi-viscérale : hépatosplénomégalie, anémie et ictère.

Fièvre bilieuse hémoglobinurique : quand les sujets ne sont pas traités suffisamment, répondant au début en se recomposant leur population parasitaire, il y a une hémolyse aiguë, la bandelette urinaire va trouver une hémoglobine sous forme de bilirubine libre.

Diagnostic:

un frottis sanguin et une goutte épaisse doivent être effectués devant toute fièvre à la sortie d'une zone d'endémie.

Tout sujet qui a bénéficié d'une chimio-prophylaxie mal suivie et surtout interrompue précocement est exposé à faire le paludisme à **falciparum** *-*

Enzymes hépatiques (transaminases et LDH augmentées), bilirubine augmentée, thrombopénie qui est un signe de gravité, anémie.

Le dg+ se fait par frottis de sang et la goutte épaisse

Quand la parasitémie est peu importante, il est difficile de mettre en évidence le parasite dans un frottis, on utilise alors la goutte épaisse mais on ne peut pas faire un dg d'espèce puisque le globule rouge est éclaté, seuls les frottis maintiennent les hématies intactes.

Maintenant on pense au dg antigénique, tests rapides dans les 2 heures qui suivent.

La biologie moléculaire donne aussi bien le parasite que l'espèce, le seul inconvénient de cette méthode est qu'elle ne donne pas un dg rapide.