



a 66422

*Palencia - 1962  
- la infestation de la zone  
par le paludisme au Sénégal*

PREVALENCE ET EVOLUTION DU PALUDISME CONGENITAL EN ZONE URBAINE :  
CAS DE LA VILLE DE THIES (SENEGAL)

par

S. Diallo, A. Victorius, O. Ndir, F. Diouf, I. B. Bah et M. D. Bah  
Service de Parasitologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Université de Dakar, Sénégal

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION .....	2
2. MATERIEL ET METHODES .....	2
3. RESULTATS .....	2
3.1 Indices d'infection .....	2
3.1.1 Variation des indices d'infection selon les saisons .....	2
3.1.2 Variation des indices d'infection selon l'âge de la mère .....	3
3.1.3 Variation des indices d'infection selon le nombre de grossesses ..	3
3.2 Relation entre le paludisme congénital et la présence du parasite chez la mère et dans le placenta .....	3
3.3 Evolution du paludisme congénital .....	4
3.3.1 Evolution de la parasitémie .....	4
3.3.2 Evolution pondérale .....	4
4. DISCUSSION .....	5
RESUME .....	6
SUMMARY .....	6
REFERENCES ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	7
TABLEAUX .....	8-10

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

## 1. INTRODUCTION

Dans sa thèse consacrée à l'association paludisme et grossesse, Bah (1976) avait souligné de façon pertinente les conséquences néfastes de cette association aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

L'examen de gouttes épaisses provenant de nouveau-nés avait montré que certains d'entre eux hébergeaient des hématozoaires. La fréquence de ces cas de paludisme congénital avait été analysée en fonction d'un certain nombre de facteurs. Ces études du plus grand intérêt s'étaient déroulées en milieu dakarais sur un groupe de femmes sélectionnées sur la base de l'hyperthermie et l'évolution des cas de paludisme congénital n'avait pu être abordée pour des raisons d'ordre matériel.

Il nous a paru intéressant de reprendre les études sur le paludisme congénital dans une localité moins urbanisée que Dakar, d'une part pour obtenir des données pouvant se comparer à celles obtenues dans un environnement différent, et d'autre part pour suivre plus facilement l'évolution chez les nouveau-nés des hématozoaires transmis par la mère.

## 2. MATERIEL ET METHODES

Les études se sont déroulées à la maternité de la ville de Thiès du 1er mai 1975 au 30 avril 1976, soit sur une période de 12 mois. Elles ont consisté à pratiquer systématiquement, durant 24 heures, une fois par semaine, chez toutes les femmes venant d'accoucher ainsi qu'à leurs bébés une goutte épaisse et un frottis sanguin suivis d'une pesée des nouveau-nés. Ensuite, une goutte épaisse est faite avec du sang prélevé sur une tranche de section du placenta.

Gouttes épaisses et frottis sont immédiatement envoyés au laboratoire où ils sont colorés et examinés en vue de la mise en évidence des hématozoaires.

Si la goutte épaisse du nouveau-né est positive le jour même de la naissance, une nouvelle goutte épaisse est faite le 2ème jour, puis les 3ème et 9ème jours. Ensuite l'enfant, placé sous surveillance médicale, est revu une fois par mois jusqu'au 6ème mois pour un examen clinique à l'issue duquel une goutte épaisse est faite.

## 3. RESULTATS

### 3.1 Indices d'infection

Le tableau 1 donne les résultats mensuels de la recherche d'hématozoaires chez les mères, les enfants et dans les placentas. Des 444 mères, 450 enfants et 443 placentas examinés, 15,5 %, 7,8 % et 6,1 % respectivement étaient parasités. Seul Plasmodium falciparum a été rencontré.

#### 3.1.1 Variation des indices d'infection selon les saisons

La région de Thiès étant entièrement située en zone nord-soudanienne, l'année peut être divisée en deux périodes d'importance inégale en ce qui concerne la transmission du paludisme : i) la période de juillet à novembre couvrant la totalité de la saison pluvieuse et le début de la saison sèche correspond à la période de pullulation des anophèles et de transmission optimale du paludisme; ii) la période de décembre à juin caractérisée par l'absence de pluies et la raréfaction progressive des gîtes larvaires actifs d'anophèles, est la période où la transmission du paludisme est réduite au minimum.

En regroupant les résultats obtenus au cours de chacune des deux périodes, on aboutit aux données du tableau 2 qui révèlent qu'en saison de transmission, 24,1 % des femmes sont parasitées contre 8,8 % en saison sèche. La différence entre ces deux pourcentages est statistiquement significative au seuil de probabilité de 5 %. Il y a donc plus de femmes paludéennes

en saison des pluies, ce qui confirme les résultats d'enquêtes paludométriques antérieurement effectuées à Thiès à savoir que la prévalence du paludisme est plus forte en saison pluvieuse qu'en saison sèche.

Le même tableau montre que 10,6 % des nouveau-nés mis au monde en saison pluvieuse ont présenté des hématozoaires alors qu'en saison sèche le pourcentage n'était que de 5,5 %. Ces résultats indiquent que les cas de paludisme congénital sont plus fréquents en saison pluvieuse et que leur nombre augmente en même temps que celui des mères.

En ce qui concerne les placentas, 7,2 % étaient parasités en saison pluvieuse et 5,2 % en saison sèche. La différence entre ces pourcentages n'est pas statistiquement significative. Tout se passe comme si cet organe infecté en saison pluvieuse le restait jusqu'au terme de la grossesse. Les résultats du mois de juin plaident en faveur de cette hypothèse. Au cours de ce mois, en effet, 7 nouveau-nés avaient été reconnus porteurs d'hématozoaires dont 2 jumeaux. Tous les placentas correspondants étaient positifs alors qu'une seule des mères concernées hébergeait de très rares trophozoïtes de P. falciparum (60 parasites/mm<sup>3</sup>). Le début des grossesses se situant aux mois de septembre-octobre, donc en pleine saison de transmission, l'infection des mères a pu se produire durant cette période, et par la suite, celle du placenta.

### 3.1.2 Variation des indices d'infection selon l'âge de la mère

Nous avons regroupé les enfants en fonction de l'âge de la mère selon 3 tranches d'âge : 15 à 25 ans, 25 à 35 ans et 36 ans et plus (tableau 3).

Chez les enfants nés d'une mère âgée de 15 à 20 ans, 7,9 % d'entre eux présentaient un paludisme congénital. Ce pourcentage était de 4,9 % chez les enfants nés d'une mère âgée de 26 à 35 ans et s'élevait à 16,7 % chez les enfants nés d'une mère âgée de 36 ans ou plus. Ces différences ne se sont pas révélées statistiquement significatives au seuil de probabilité de 5 %. Même en ramenant le nombre de tranches d'âge des mères à deux, à savoir : moins de 35 ans et 35 ans ou plus, on aboutit à 6,7 % d'enfants parasités pour le premier groupe de 408 nouveau-nés examinés et à 16,7 % pour le deuxième groupe de 42 examinés. La différence entre ces deux pourcentages n'est pas non plus statistiquement significative.

La prévalence du paludisme congénital ne varie donc pas en fonction de l'âge des mères.

### 3.1.3 Variation des indices d'infection selon le nombre de grossesses

En répartissant les mères examinées selon le nombre de leurs grossesses et en évaluant les taux de positivité des enfants issus de ces mères, on constate que 8,5 %, 6,7 % et 8,4 % d'entre eux issus respectivement des primipares, multipares (2 à 5 grossesses) et grandes multipares (plus de 5 grossesses) étaient parasités (tableau 4). Aucune différence significative n'existe entre ces pourcentages. La fréquence du paludisme congénital n'est donc pas liée au nombre de grossesses des mères.

### 3.2 Relation entre le paludisme congénital et la présence du parasite chez la mère et dans le placenta

Sur 35 nouveau-nés parasités, dans 24 cas (68,6 %), la mère présentait des hématozoaires dans le sang, dans 27 cas (77,1 %), le placenta contenait des hématozoaires, dans 17 cas (48,6 %), la mère et le placenta étaient positifs, dans 11 cas (31,4 %), la mère avait une goutte épaisse négative alors que le placenta était positif et dans 8 cas (22,8 %), la mère était parasitée et le placenta négatif (tableau 5).

Le parasite a été rencontré chez 69 mères et 35 enfants, donc toutes les mères positives n'ont pas transmis le parasite à leurs enfants.

Dans tous les cas où le placenta était infecté, le nouveau-né l'était aussi. Mais il y a eu huit nouveau-nés parasités sans infection décelable du placenta.

Aucun cas de paludisme congénital n'a été rencontré chez une mère négative à placenta négatif.

Dans la ville de Thiès la présence de P. falciparum chez les nouveau-nés est donc liée à l'existence du parasite soit chez la mère, soit dans le placenta. Le parasitisme de ce dernier peut être considéré comme l'indice le plus fidèle de l'infection du nouveau-né.

### 3.3 Evolution du paludisme congénital

#### 3.3.1 Evolution de la parasitémie (tableau 6)

Des 35 enfants dépistés le jour de la naissance, 34 ont eu une goutte épaisse au jour 2 après la naissance et 32 d'entre eux étaient encore positifs soit 94,1 %. Au jour 3, sur 34 examinés, 24 hébergeaient des hématozoaires soit 70,6 %. Au jour 9, sur 29 examinés, 16 positifs ont été enregistrés soit 55,2 %. Au jour 30, sur 27 nouveau-nés, deux porteurs du parasite, qui s'étaient négativés au jour 9, ont été dépistés.

Deux mois après leur naissance 22 enfants ont été revus dont 3 étaient parasités; 2 d'entre ces derniers avaient une goutte épaisse négative dès le jour 3 et le troisième faisait partie des 2 positifs au jour 30 mentionnés ci-dessus. C'est d'ailleurs le seul enfant dont la goutte épaisse négative dès le jour 3 était redevenue positive au deuxième mois pour ne redevenir négative qu'au cinquième mois.

Au total, dans tous nos cas de paludisme congénital, le parasite avait disparu spontanément au plus tard 30 jours après la naissance. La présence de l'hématozoaire constatée au contrôle du jour 30 après sa disparition au jour 9, de même que les cas dépistés ultérieurement chez des sujets précédemment négatifs peuvent être considérés comme résultant d'une inoculation du parasite par le vecteur.

De plus, chez tous les enfants infectés, les densités parasitaires étaient très faibles ne dépassant pas 500 parasites/mm<sup>3</sup> de sang.

La disparition des parasites chez les nouveau-nés dans des délais aussi brefs pourrait s'expliquer par la présence chez eux d'anticorps protecteurs transmis par les mères qui toutes hébergeaient des hématozoaires, soit dans le sang, soit dans le placenta.

#### 3.3.2 Evolution pondérale

Nous avons réparti les enfants à goutte épaisse positive d'une part et ceux à goutte épaisse négative d'autre part selon le poids de naissance en deux groupes : poids de naissance inférieur à 2,5 kg d'une part, poids de naissance égal ou supérieur à 2,5 kg d'autre part.

Parmi les poids de naissance inférieurs à 2,5 kg, on pouvait compter 8 sur les 35 nouveau-nés à goutte épaisse positive soit 22,8 % et 52 sur 351 à goutte épaisse négative soit 14,8 %.

Au-dessus de 2,5 kg, 27 nouveau-nés sur 35 à goutte épaisse positive soit 77,2 % et 299 sur 351 à goutte épaisse négative soit 85,2 % ont été dénombrés.

La différence entre le pourcentage d'enfants à goutte épaisse positive et celui d'enfants négatifs dont le poids de naissance est inférieur à 2,5 kg n'est pas statistiquement significative. Il en est de même de celle qui existe entre les deux groupes dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 2,5 kg.

La présence de Plasmodium n'a pas eu d'influence sur le poids à la naissance des enfants examinés.

Par ailleurs, parmi les 35 cas de paludisme dépistés à la naissance, 18 ont été revus à l'âge de 8 mois de même que 10 enfants de même âge nés indemnes. Aucune différence d'évolution pondérale entre les deux groupes n'a été relevée.

#### 4. DISCUSSION

A Thiès, zone d'hypo- à méso-endémie palustre, la prévalence globale du paludisme congénital en 1976 a été de 7,8 %. Bah (1976) avait trouvé une prévalence de 5,8 % en examinant 378 nouveau-nés issus de mères non sélectionnées à Dakar et Diadiou (1974) de 12,6 % en faisant systématiquement une goutte épaisse à des nouveau-nés fébriles ou dont les mères présentaient une hyperthermie.

Si l'on tient compte du fait que l'agglomération dakaroise est plus urbanisée que celle de Thiès, la plus faible prévalence observée par Bah qui a travaillé dans les mêmes conditions que nous peut être considérée comme normale.

En ce qui concerne les variations saisonnières du paludisme congénital, sur 35 nouveau-nés dépistés 60,1 % l'ont été entre juillet et novembre. Pour Bah la proportion a été de 75 %. La fréquence plus grande des cas durant cette période a également été signalée par Diadiou. Elle s'explique aisément puisque la saison des pluies correspond à celle de la transmission optimale du paludisme.

D'autres secteurs ont étudié la prévalence du paludisme chez le nouveau-né à la naissance, mais dans la plupart des cas celle-ci a été sous-estimée pour des raisons diverses tenant à la méthodologie et aux conditions de travail.

Dans notre série, nous n'avons pas trouvé de variations significatives de l'indice parasitaire des nouveau-nés en fonction de l'âge des mères et du nombre de leurs grossesses. Bah avait abouti aux mêmes résultats. Dans nos cas de paludisme congénital le parasite avait disparu spontanément au trentième jour au plus tard. Bah a également signalé cette fugacité de la parasitémie puisque dans la quasi-totalité de ses cas le parasite n'a pas été retrouvé au deuxième jour après la naissance.

Cette bénignité du paludisme congénital est sans doute liée à la présence d'anticorps protecteurs transmis par les mères à leurs nouveau-nés. Plusieurs auteurs ont évoqué cette probabilité, notamment McGregor (1972) qui attribue la rareté du paludisme congénital dans les régions d'hyperendémie au passage transplacentaire probable, à partir du sérum maternel, d'anticorps de type IgG spécifiques. Cette immunité passive qui agit durant les premiers mois de la vie est probablement responsable de la disparition rapide de la parasitémie. Pour Thomas (1973) l'immunité passive peut être transmise aux nouveau-nés sous forme d'anticorps soit par la voie de la circulation avant la naissance, soit par voie d'allaitement après la naissance.

La présence d'hématozoaires à la naissance n'a pas eu d'influence sur le poids des nouveau-nés ni sur leur évolution pondérale. Bah avait signalé que les nouveau-nés atteints de paludisme nés de mères non sélectionnées présentaient un poids moyen supérieur à 2,5 kg. Nos résultats confirment donc cette observation.

D'après nos résultats, la positivité du placenta est le reflet le plus fidèle de l'atteinte du nouveau-né. Pour Bah la positivité de la goutte épaisse chez la mère constitue l'indice le plus sensible pour déceler l'infection paludéenne du nouveau-né.

Les relations entre positivité de la mère et celle du placenta ont également été étudiées au Nigéria en 1958 par Archibald qui avait trouvé que 79 % des mères paludéennes dépistées présentaient des hématozoaires dans le placenta. Ce qui confirme que l'infection de la mère ne se traduit pas toujours par l'atteinte du placenta.

## RESUME

Afin de déterminer la prévalence du paludisme congénital en milieu urbain, de définir les circonstances dans lesquelles il apparaît et de suivre son évolution, une goutte épaisse a été faite pour toutes les femmes ayant accouché à la Maternité de Thiès, Sénégal, leurs nouveau-nés, et à partir du sang du placenta. Ces examens ont été effectués systématiquement une fois par semaine durant 24 heures pendant 12 mois consécutifs de mai 1975 à avril 1976. Sur les 444 femmes examinées, 69, soit 15,5 %, étaient parasitées par Plasmodium falciparum; sur les 450 nouveau-nés, 35, soit 7,8 %, présentaient un paludisme congénital; et sur les 443 placentas, 27, soit 6,1 %, ont été trouvés positifs.

Le pourcentage de cas de paludisme congénital s'est révélé significativement plus élevé en saison des pluies. Par contre il ne varie pas en fonction de l'âge et du nombre des grossesses des mères.

Tous les nouveau-nés parasités ont été suivis jusqu'au sixième mois. Chez 16 d'entre eux (55,2 %) le parasite avait disparu sans traitement 9 jours après la naissance. Chez les autres, la goutte épaisse était devenue négative au trentième jour.

La présence des hématozoaires chez les nouveau-nés n'a eu dans aucun cas de répercussions cliniques. A huit mois ils avaient tous un bon état général et un poids comparable à celui des autres nourrissons de même âge. Cette résistance aux agents du paludisme pourrait s'expliquer par la présence chez eux d'anticorps protecteurs transmis par les mères qui présentaient des parasites dans le sang et/ou dans le placenta.

## SUMMARY

### PREVALENCE AND EVOLUTION OF CONGENITAL MALARIA IN URBAN AREAS: THE CASE OF THIES, SENEGAL

With a view to determining the prevalence of congenital malaria in urban areas, defining the circumstances under which it appears and following up its evolution, thick drops were taken from all the women who had babies in the Maternity Home at Thiès, Senegal, from the newborn babies themselves and from the placental blood. Examinations were made regularly once a week for 24 hours for 12 consecutive months from May 1975 until April 1976. Out of the 444 women examined, 69, or 15.5%, were infected with Plasmodium falciparum; out of the 450 newborn babies, 35, or 7.8% were found to have congenital malaria and out of 443 placental blood specimens 27, or 6.1%, were found to be positive.

The percentage of cases of congenital malaria proved to be significantly higher during the rainy season. On the other hand it showed no relationship to the age of the mothers or the number of pregnancies.

All the newborn babies found to be infected with the parasite were followed up until the sixth month of their lives. In 16 of them (55.2%) the parasite had disappeared without treatment nine days after birth. In the others the thick drop had become negative by the 30th day.

The presence of malaria parasites in the newborn had no clinical repercussions in any of the babies. At eight months of age they were all in good general condition and their weight was comparable to that of other babies of the same age. This resistance to malaria parasites could be ascribed to the babies' possession of protective antibodies transmitted by the mothers who had parasites in their blood and/or in the placenta.

REFERENCES ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Archibald, H. M. (1958) Influence of maternal malaria on newborn infants. British medical journal, ii: 1512-1514
- Bah, M. D. (1976) Association paludisme et grossesse. Position actuelle et expérience dakaroise (Thèse de doctorat en médecine - Dakar)
- Coudert, J., Garin, J. P., Ambroise-Thomas, P., Saliou, P. & Luhynh-Thanh (1966) L'immuno-fluorescence dans le sérodiagnostic des paludismes humains expérimentaux et spontanés. Tropical diseases bulletin, 63(7) : 731
- Diadhio, F., Fall, M., Correa, P., Bah, M. & Martini, L. (1975) Gouttes épaisses systématiques chez les nouveau-nés fébriles et les nouveau-nés des mères fébriles (années 1971 et 1974). Bulletin de la Société médicale d'Afrique noire de langue française, 20(2) : 143-150
- Diallo, S., Diouf, F., Victorius, A., Ndir, O. & Bah, I. B. (1980) Conséquences cliniques de la chimioprévention à la chloroquine et de son arrêt en zone d'hyperendémie palustre (Communication présentée au 1<sup>er</sup> Congrès de la Société ouest-africaine de Parasitologie, Dakar, 15-19 décembre)
- Druilhe, P., Monjour, L. & Gentilini, M. (1976) Passage transplacentaire des antigènes solubles plasmodiaux. Induction d'une tolérance immunitaire spécifique. Nouvelle presse médicale, 5(22) : 1430-1431
- Harrison, K. A. (1974) Malaria transmission and foetal growth. British medical journal, 4 : 229
- Harvey, B., Remington, J. S. & Sulzer, A. J. (1969) IgM malaria antibodies in a case of congenital malaria in the United States. Lancet, i: 333-335
- Jelliffe, E. F. Patricia (1968) Low birth-weight and malarial infection of the placenta. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 38: 69-78
- McGregor, I. A. (1964) Studies in the acquisition of immunity of Plasmodium falciparum infections in Africa. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 58: 80-92
- McGregor, I. A. (1972) Immunology of malarial infection and its possible consequences. British medical bulletin, 28(1): 22-27
- Rey, M., McGregor, I. & Mattern, P. (1967) A propos des anticorps décelés chez les paludéens par immunofluorescence. Médecine d'Afrique noire, 14(6) : 319-322
- Roffi, J., Diallo, P. B. & Bah, M. D. (1977) Mise en évidence d'IgM antimalariques dans le sang du cordon de nouveau-nés africains. Médecine tropicale, 37(3) : 269-272
- Satge, P., Debrouse, A., Diadhio, F., Charreau, M. & Dan, V. (1967) Particularités de l'infection néonatale en zone intertropicale (Rapport au 21<sup>e</sup> Congrès de l'Association des Pédiatres de langue française - Paris)
- Thomas, J. (1973) Maternal foetal interactions and the immune response. Lancet, i: 133-135

TABLEAU 1. RESULTATS MENSUELS DES GOUTTES EPAISSES  
EFFECTUEES CHEZ LA MERE ET LE NOUVEAU-NE ET A PARTIR DU SANG DU PLACENTA

Date	Mères		Nouveau-nés		Placentas	
	Nombre examiné	Nombre (%) positif	Nombre examiné	Nombre (%) positif	Nombre examiné	Nombre (%) positif
<u>1975</u>						
Mai	33	1 (3,0)	33	1 (3,0)	33	0 (0)
Juin	33	6 (18,2)	34	7 (20,6)	33	7 (21,2)
Juillet	47	6 (12,8)	48	1 (2,1)	47	0 (0,0)
Août	43	12 (27,9)	44	4 (9,1)	42	0 (0,0)
Septembre	40	6 (15,0)	40	3 (7,5)	39	3 (7,7)
Octobre	46	18 (39,1)	47	10 (21,3)	46	8 (17,4)
Novembre	19	5 (26,3)	19	3 (15,8)	19	3 (15,8)
Décembre	43	5 (11,6)	43	3 (7,0)	43	3 (7,0)
<u>1976</u>						
Janvier	35	5 (14,2)	35	0 (0,0)	35	0 (0,0)
Février	35	3 (8,6)	35	0 (0,0)	34	0 (0,0)
Mars	35	0 (0,0)	35	0 (0,0)	35	0 (0,0)
Avril	35	2 (5,7)	37	3 (8,1)	37	3 (8,1)
Total	444	69 (15,5)	450	35 (7,8)	443	27 (6,1)

TABLEAU 2. PALUDISME CONGENITAL : VARIATIONS SAISONNIERES DES INDICES D'INFECTION

Périodes	Mères		Nouveau-nés		Placentas	
	Nombre examiné	Nombre (%) positif	Nombre examiné	Nombre (%) positif	Nombre examiné	Nombre (%) positif
Juillet-novembre (saison pluvieuse)	195	47 (24,1)	198	21 (10,6)	193	14 (7,2)
Décembre-juin (saison sèche)	249	22 (8,8)	252	14 (5,5)	250	13 (5,2)
Total	444	69 (15,5)	450	35 (7,8)	443	27 (6,1)

TABLEAU 3. PALUDISME CONGENITAL : POSITIVITE DES NOUVEAU-NES  
EN FONCTION DE L'AGE DE LA MERE

Age de la mère	Nouveau-nés	
	Nombre examiné	Nombre (%) positif
15-25 ans	265	21 (7,9)
26-35 ans	143	7 (4,9)
36 ans et plus	42	7 (16,7)
Total	450	35 (7,8)

TABLEAU 4. PALUDISME CONGENITAL : RESULTATS DES GOUTTES EPAISSES DES NOUVEAU-NES  
EN FONCTION DU NOMBRE DES GROSSESSES DES MERES

	Primipares	Petites multipares <sup>a</sup>	Grandes multipares <sup>b</sup>	Total
Nouveau-nés examinés	117	178	155	450
Nombre (%) de nouveau-nés positif	10 (8,5)	12 (6,7)	13 (8,4)	35 (7,8)
<sup>a</sup> Entre 2 et 5 enfants. <sup>b</sup> Plus de 5 enfants.				

TABLEAU 5. FREQUENCE DU DEPISTAGE DU PALUDISME CONGENITAL EN FONCTION DES RESULTATS DE L'EXAMEN DES MERES ET DES PLACENTAS

Résultats des examens (+ positif; - négatif)	Paludisme congénital (35 cas)	
	Nombre (%) dépisté	
Mère +	24	(68,6)
Placenta +	27	(77,1)
Mère + placenta +	17	(48,6)
Mère - placenta +	11	(31,4)
Mère + placenta -	8	(22,8)
Mère - placenta -	0	(0,0)

TABLEAU 6. PALUDISME CONGENITAL : EVOLUTION DE LA PARASITEMIE DURANT LA PERIODE DE SURVEILLANCE MEDICALE

Jour ou mois du contrôle après la naissance	J1	J2	J3	J9	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois
Nombre d'enfants contrôlés	35	34	34	29	27	22	24	25	21	20
Goutte épaisse positive	35	32	24	16	2	3	1	2	2	1
Pourcentage positif	100	94,1	70,6	55,2	7,2	13,6	4,2	8,0	9,5	5,0

= = =