



PALUDISME CONGENITAL CLINIQUE A LA MATERNITE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES  
DU MONT AMBA A KINSHASA, ZAIRE

par

P. N. Mbanzulu<sup>1</sup> et K. Kapepela<sup>2</sup>

## 1. INTRODUCTION

Pour bon nombre de raisons, chez la femme enceinte, les infections paludéennes méritent une attention particulière. En fin de grossesse, les femmes des régions à forte endémicité perdent une partie de leur immunité et peuvent souffrir d'atteintes graves. Le paludisme à falciparum se caractérise dans ces régions, notamment par une fréquence élevée d'infection du placenta. Cette atteinte du placenta explique l'hypotrophie foetale constatée à la naissance, ainsi que le taux très élevé de mortalité néonatale et infantile. Ces accidents s'expliquent également par le fait que le parasite peut traverser le placenta et aller infecter le foetus in utero (Bruce-Chwatt et al., 1984; Bruce-Chwatt, 1985a,b; Diallo et al., 1983; Philippe et al., 1984).

Malgré cette possibilité d'infection in utero, les enfants sont généralement protégés par les anticorps spécifiques transmis par la mère (Bruce-Chwatt, 1985b; Corréa et al., 1982; Diallo et al., 1983; Otchudiongo, 1979; Roffi et al., 1977; Tshitshimbi, 1978). Ceux qui, malgré tout, naissent infectés ne présentent que rarement les manifestations cliniques du paludisme.

Cette rareté de l'affection justifie la présentation de deux observations de paludisme clinique chez les nouveau-nés en période néonatale précoce à la maternité des Cliniques universitaires du Mont Amba, Kinshasa, Zaïre.

## 2. OBSERVATIONS CLINIQUES

### 2.1 Observation 1

Il s'agit d'une femme zairoise de 24 ans, autochtone résidant à Kinshasa, deuxième pare, porteuse d'une grossesse présumée à terme. Suivie régulièrement pour cette grossesse en consultations prénatales, l'évolution fut normale. Aucun épisode fébrile n'a été observé pendant toute la durée de la gestation. Elle accouche sans incident d'un enfant normal de sexe féminin, pesant 2800 g, et avec un indice d'Apgar de 9/10 (Apgar, 1953); le placenta pèse 400 g.

<sup>1</sup> Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques universitaires du Mont Amba, B.P. 123, Kinshasa XI, Zaïre.

<sup>2</sup> Département de Pédiatrie, Cliniques universitaires du Mont Amba, B.P. 123, Kinshasa XI, Zaïre.

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Dix-huit heures plus tard, l'enfant nouveau-né est fébrile, tandis que sa mère est apyrétique.

La goutte épaisse pratiquée chez l'enfant et la mère isole Plasmodium falciparum, tandis que les autres examens complémentaires sont normaux.

L'enfant et la mère sont soignés à la chloroquine selon le schéma classique (25 mg/kg pendant 3 jours).

L'amendement des signes cliniques et le contrôle de la goutte épaisse au troisième jour confirment la guérison de l'affection.

## 2.2 Observation 2

Une parturiente zairoise originaire de Kinshasa, sixième pare, inconnue de nos registres de consultations prénatales, est admise pour fièvre accompagnée de douleurs de travail. Son anamnèse est pauvre.

L'examen clinique général révèle : fièvre, 39°C; coeur tachycarde; pouls accéléré.

L'examen obstétrical révèle : hauteur utérine, 31 cm; présentation céphalique engagée; coeur foetal tachycarde; col souple, dilaté à 8 cm; poche des eaux bombée.

La rupture artificielle des membranes laisse couler un liquide méconial ancien. Le diagnostic d'un travail franc avec paludisme est évoqué. Le paludisme sera confirmé par la goutte épaisse pratiquée en urgence. Aussitôt, la cure classique de chloroquine est administrée à la mère.

Quelque quinze minutes plus tard, la femme accouche eutociquement d'un garçon de 2100 g, qui a un indice d'Apgar de 9/10 (Apgar, 1953); le placenta pèse 380 g. L'examen du nouveau-né confirme la maturité foetale.

La recherche de l'hématozoaire est pratiquée dans le sang du cordon ombilical, le sang périphérique du nouveau-né et le sang des empreintes placentaires. On isolera P. falciparum dans le sang du nouveau-né et dans le placenta. Tous les autres examens pratiqués chez le nouveau-né et chez la mère sont normaux.

Le lendemain de l'accouchement, le nouveau-né est fébrile avec une température de 38°C.

Le traitement à la chloroquine guérit l'enfant et la mère de leur paludisme.

## 3. COMMENTAIRES

Depuis les travaux de Covell, Kortmann et Bruce-Chwatt (voir Bruce-Chwatt, 1985a) ainsi que ceux de Roffi et al. (1977) et ceux de Diallo et al. (1983), l'existence du paludisme congénital n'est plus à démontrer. Il se définit comme étant celui qui se transmet in utero de la mère à l'enfant via le placenta. Sa fréquence varie d'un auteur à l'autre et selon les zones. Bruce-Chwatt (1985a), dans des investigations menées avec Covell et Kortmann, a rapporté un taux variant entre 0,08 à 3,8 %; en faisant systématiquement une goutte épaisse chez les nouveau-nés fébriles et les nouveau-nés des mères fébriles, Diadiou et al. (1975) ont rapporté une fréquence de 12,6 %; un taux de 5,4 % a été avancé par les observations de Mbanzulu (1986) à Kinshasa.

Tous ces auteurs s'accordent sur le fait qu'un taux plus important peut exister dans les zones à forte endémicité.

Diallo et al. (1983), qui ont dépisté puis observé sur une période de 12 mois tous les enfants nés infectés, n'ont assisté à aucune manifestation clinique du paludisme congénital. Cette protection, selon eux, est l'oeuvre des anticorps spécifiques reçus par les nouveau-nés de leurs mères.

Nous n'avons pas observé de manière systématique tous les enfants. Cependant, de façon inattendue, nous avons assisté à deux observations de paludisme clinique en période néonatale précoce. La question de savoir à quand remonte l'infection chez ces enfants se pose.

Comme l'indiquent Bruce-Chwatt et al. (1984), la durée du stade pré-érythrocytaire, qui influe sur la durée d'incubation, n'est que de 5 à 7 jours pour P. falciparum. Puisque le temps séparant la naissance et la date du début de fièvre ne dépasse pas deux jours, l'infection doit certainement être antérieure à la naissance. Le paludisme congénital à manifestation clinique précoce, pathologie exceptionnelle, a déjà été rencontré par Omanga (observations non publiées) dans sa longue pratique à Kinshasa.

#### 4. CONCLUSION

Dans les zones à forte endémicité, P. falciparum peut traverser le placenta et infecter l'enfant in utero.

Après la naissance, le nouveau-né parasité peut exceptionnellement faire son paludisme clinique.

#### 5. RESUME

Deux femmes zairoises résidant à Kinshasa, qui ont accouché à terme, ont transmis in utero à leurs enfants une infection à P. falciparum. En période néonatale précoce, ces derniers ont présenté de la fièvre. La découverte du parasite dans le sang des nouveau-nés a permis le diagnostic. Le traitement à la chloroquine a jugulé l'infection chez les mères et chez les nouveau-nés.

#### REMERCIEMENTS

Nous remercions Monsieur le Docteur M. Sengéyi pour sa collaboration.

#### SUMMARY

#### CLINICAL CONGENITAL MALARIA OBSERVED AT THE MATERNITY OF THE UNIVERSITY CLINICS OF MONT AMBA IN KINSHASA, ZAIRE

Two Zairian women, residing in Kinshasa, who gave birth at the appointed time, had transmitted in utero a Plasmodium falciparum infection to their fetus. In the early neonatal period, these babies presented with fever. The finding of the parasite in the blood of these newborns was the basis of the diagnosis. Treatment with chloroquine cured both the mothers and their babies of the infection.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Apgar, V. (1953) Proposal for new method of evaluation of newborn infant. Anesthesia and analgesia, 32 : 260-267
- Bruce-Chwatt, L. J. (1985a) Le point sur le paludisme congénital. Afrique santé, 52 : 12-21
- Bruce-Chwatt, L. J. (1985b) Les rapports immunitaires entre la mère et l'enfant dans le paludisme endémique africain. Archives françaises de pédiatrie, 42 : 911-916
- Bruce-Chwatt, L. J., Black, E. H., Canfield, C. J., Clyde, D. F., Peters, W. & Wernsdorfer, W. H. (1984) Chimiothérapie du paludisme. Organisation mondiale de la Santé, Genève
- Corréa, P., Bah, M. D., Diallo, S., Fall, M., Sow, A. & Ndiaye, I. P. (1982) Paludisme et grossesse. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Paris), 11 : 3-4
- Diadhiou, F., Fall, M., Corréa, 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., Victorius, A., Ndir, O., Diouf, F., Bah, I. B. & Bah, M. D. (1983) Prévalence et évolution du paludisme congénital en zone urbaine : cas de la ville de Thiès (Sénégal). Afrique médicale, 22 (214) : 597-604
- Mbanzulu, P. N. (1986) Grossesse et paludisme : situation épidémiologique à Kinshasa (Communication au Symposium national sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, Kinshasa, 1986)
- Otchudiongo a Tunda Shungu (1979) Etude des aspects parasito-immunologiques du paludisme au cours de la gravito-puerpéralité à Kinshasa (Analyse de 226 cas). Mémoire de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique, Université nationale du Zaïre
- Philippe, E., Gass, R., Gendrel, D., Zinsou, R. D., Walter, P., Ivanoff, B., Lisale, Y. & Blott, P. (1984) Le placenta de l'enfant gabonais prématuré et hypotrophique. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, 13 : 515-519
- Roffi, J., Diallo, F. P. & 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
- Tshitshimbi Muyembi Senda (1978) Etude des anticorps sériques antipaludiques materno-transmis (Analyse de 200 cas). Mémoire de Spécialisation en Pédiatrie, Université nationale du Zaïre