

Prévalence du paludisme à l'accouchement dans quatre maternités de la ville de Kinshasa, République Démocratique du Congo

K. A. Lukuka, O. S. Fumie, M. R. Mulumbu, B. J. Lokombe & T. J. J. Muyembe

Institut national de recherches bio-médicales. Service de parasitologie. B.P. 1197, avenue de la Démocratie, Gombe, Kinshasa, République Démocratique du Congo.
E-mail : alblukuka@yahoo.fr.

Courte note n° 2839. "Santé publique". Reçue le 14 juillet 2005. Acceptée le 25 octobre 2005.

Summary: Malaria prevalence at delivery in four maternity hospitals of Kinshasa city, Democratic Republic of Congo.

In areas with stable transmission, malaria is an alarming threat both for mothers (anemia) and fetus (abortion, premature birth, a birth ponderal deficit, death in utero). Our study aims at estimating the malaria prevalence among parturients and their newborn babies in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, in order to conduct the national programme of control.

Between September and November 2004, 196 pregnant women aged of 14 to 45 years old (average: 25.8 years) were recruited consecutively from four maternity hospitals in Kinshasa; those who received antimalarial drugs 2 weeks before delivery were not selected. The socio-demographic information and clinical symptoms / signs were obtained by questionnaire. Blood smears were performed on the mother's capillary blood, by placental apposition and with the newborn baby's blood. Smears were stained with Giemsa.

42 out of the 196 parturients (21%) were infected by Plasmodium falciparum. Parasites were found both in capillary blood and placenta of the 37 parturients; in 5 cases, only the placental appositions were positive. Prevalence was higher among primiparae (26.5%) than among multiparae (18.8%) (p=0.20). 19.7% of the parturients who received an Intermittent Preventive Treatment (IPT) with sulfadoxine-pyrimethamin (SP) were positive. 13 out of the 196 newborn babies had a positive malaria smear.

Malaria at delivery is thus a reality in Kinshasa, despite the use of SP as an IPT. The weak protection conferred on the IPT could be explained by the inefficacy of the SP, a failing in prenatal record and/or by the low compliance of the mothers with this strategy. This is the reason why we strongly recommend a large-scale evaluation of this strategy.

**Plasmodium falciparum
malaria
delivery
intermittent preventive treatment
placenta
hospital
Kinshasa
Democratic Republic of Congo
Sub-Saharan Africa**

**Plasmodium falciparum
paludisme
accouchement
traitement préventif intermittent
placenta
hôpital
Kinshasa
République Démocratique du Congo
Afrique intertropicale**

Introduction

Dans les zones à transmission stable, le paludisme est particulièrement redoutable chez la femme enceinte. Les signes cliniques et les complications obstétricales varient en fonction des conditions locales de transmission (2, 3).

Ce travail s'était fixé comme objectif d'estimer la prévalence du paludisme à l'accouchement à Kinshasa, République Démocratique du Congo, afin de mieux informer le décideur politique sur l'ampleur du problème et lui permettre ainsi d'adapter la politique de lutte contre le paludisme dans ce groupe à risque.

Matériel et méthodes

Entre le 25 septembre et le 14 novembre 2004, nous avons recruté de façon consécutive toutes les femmes venues accoucher dans quatre maternités de Kinshasa (Centre mère et enfant de Bumbu, Hôpital du camp Kokolo, le Centre hospitalier de Kingasani et le Centre hospitalier de Mokali) et n'ayant pas d'antécédent de prise d'antipaludiques dans les deux semaines précédant l'accouchement.

La recherche du plasmodium a été effectuée sur le sang du cordon ombilical, sur le sang capillaire de la mère et sur l'apposition placentaire (partie centrale de la face maternelle).

Au cours de nos analyses, était considéré comme cas de paludisme, toute parturiente chez qui la goutte épaisse (GE) et/ou l'apposition placentaire était positive et tout nouveau-né dont la goutte épaisse était positive.

Résultats

Au total, 218 parturientes étaient incluses dans l'étude, mais seulement 196 couples mère-enfant ont fait l'objet de nos analyses statistiques. Les autres ont été écartés pour non conformité des étalements. L'âge moyen des parturientes était de 26 ans (extrêmes 14-45 ans); 34,7 % d'entre elles étaient des primipares. Le poids moyen des nouveau-nés était de 3 060 g (extrêmes 794-4238 g); 11,3 % d'entre eux souffraient d'un faible poids à la naissance.

Sur les 37 parturientes dont la GE était positive, les appositions placentaires avaient mis en évidence le plasmodium dans 24 cas, soit 64,9 % contre 13 cas négatifs. Sur les 29 appositions placentaires positives, la GE était négative dans

5 cas (3,1 %). Au total, la prévalence du paludisme chez les parturientes était de 21 % (42/196), soit une prévalence de 26,5 % (18/68) chez les primipares contre 18,8 % (24/128) chez les multipares.

Sur les 63 parturientes dont la GE était positive et chez qui la température était mesurée, seulement 26 (41 %) avaient de la fièvre.

Selon leur dossier médical, 173 parturientes avaient suivi le traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP). 34 d'entre elles (19,7 %) étaient porteuses de *P. falciparum* contre 8 des 23 (35 %) parturientes qui n'avaient pas suivi ce traitement. 13 des 196 nouveau-nés examinés (6,6 %) avaient présenté une parasitémie.

Discussion

Il ressort des résultats de la présente étude que la prévalence du paludisme à l'accouchement est élevée à Kinshasa (21 %) en dépit du traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine-pyriméthamine. Ce chiffre est très proche de celui observé par MULUMBA *et al.* (4).

Cette prévalence est élevée même chez les femmes soumises au TPI à la SP. La faible protection conférée par la SP pourrait s'expliquer par son inefficacité et/ou par la faible compliance des gestantes par rapport à cette stratégie ou simplement par un enregistrement incorrect dans les dossiers prénataux.

Le caractère asymptomatique du paludisme chez la femme enceinte, tel que décrit dans la littérature (1), est également ressorti de nos résultats car, en effet, de toutes les femmes qui avaient une goutte épaisse positive et dont on a mesuré la température, seulement 25,4 % avaient de la fièvre.

La parasitémie observée chez 6,6 % des nouveau-nés à Kinshasa ne devrait pas poser de problème pour les cliniciens car en général, elle est transitoire et disparaît spontanément vers le troisième jour.

Conclusion

Nous recommandons donc des études sur l'évaluation à large échelle de la stratégie traitement préventif intermittent à base de la sulfadoxine-pyriméthamine à Kinshasa, en vue dans le cas échéant de proposer d'autres alternatives (utilisation d'autres molécules) pour une protection optimale de la femme enceinte.

Références bibliographiques

1. Anonyme – *Stratégie d'utilisation des antipaludiques : Besoins de données, traitement du paludisme non compliqué et prise en charge du paludisme pendant la grossesse*. Rapport d'une consultation informelle. Genève, 14-18 mars 1994. WHO/MAL/94.1070.
2. COT M & DELORON P – Paludisme associé à la grossesse : conséquences et perspectives d'intervention. *Méd Trop*, 2003, **63**, 369-380.
3. DIAGNE N, ROGIER C, SOKHNA CS, TALL A, FONTENILLE A, *et al.* – Increased susceptibility to malaria during the early postpartum period. *N Engl J Med*, 2000, **343**, 598-603.
4. MULUMBA PM, KABONGO MJM & WOTO EE – La prévention de l'hypotrophie fœtale échappe désormais à la chloro-quinolone-prophylaxie dans l'environnement de Kinshasa. *Méd Trop*, 2003, **63**, 168-170.