

Directives de l'OMS pour la prévention et le traitement du paludisme pendant la grossesse

L'OMS recommande une approche à trois volets pour le paludisme pendant la grossesse (PPG), utilisant : le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) ; le contrôle des vecteurs, dont l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ; la prise en charge des cas efficace et rapide. Les directives de l'OMS pour chaque volet sont résumées ci-dessous.

Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg)

Dans les régions de transmission modérée à élevée du paludisme, le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) avec SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes, lors de chaque consultation prénatale prévue. L'OMS recommande un programme de quatre consultations prénatales.

- La première dose du TPIg-SP devrait être administrée aussi tôt que possible lors du 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- Chaque dose de TPIg-SP devrait être donnée à un mois au moins d'intervalle.
- La dernière dose du TPIg-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement, sans qu'il y ait de risques pour la santé.
- Le TPIg devrait être administré, dans l'idéal, comme traitement sous observation directe (DOT).
- La SP peut être donné à jeun ou avec des aliments.
- L'acide folique à une dose quotidienne égale ou supérieure à 5 mg ne devrait pas être donnée avec la SP car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique. L'OMS recommande des suppléments quotidiens de fer et d'acide folique chez les femmes enceintes d'une dose de 30-60 mg de fer élément et de 0,4 mg d'acide folique, pour réduire le risque d'insuffisance pondérale à la naissance et d'anémie ferriprive chez la mère à terme.
- La SP ne doit pas être donnée aux femmes sous prophylaxie à base de cotrimoxazole.

Sources:

- 1. Recommandation sur la mise à jour de la politique de l'OMS (octobre 2012) Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse utilisant la sulfadoxine-pyriméthamine (TPIg-SP)*
- 2. WHO Policy Brief for the Implementation of Intermittent Preventive Treatment of Malaria in Pregnancy using Sulfadoxine-Pyrimethamine (IPTp-SP) 11 April 2013*

Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

- Des MII devraient être remises aux femmes aussi tôt que possible au début de la grossesse, lors des consultations prénatales ou par le biais d'autres sources des secteurs public ou privé.
- Le Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS recommande la distribution de MII, plus spécifiquement de MILDA, pour parvenir à une protection universelle des populations à risque. Le meilleur moyen de rapidement passer à l'échelle la prévention du paludisme est

au travers de la distribution gratuite ou fortement subventionnée des MILDA en exploitant les services sanitaires publics existants (de routine et au travers de campagnes de distribution).

Sources:

1. *Cadre stratégique pour la lutte antipaludique pendant la grossesse dans la région africaine, OMS 2004.*
2. *Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS : prise de position sur les MII, 2007.*

La diagnostic

- “Une confirmation parasitologique rapide par microscopie ou tests de diagnostic rapide est recommandée chez tous les patients en cas de suspicion de paludisme avant de démarrer le traitement.
- Le traitement sur la seule base de la suspicion clinique ne sera envisagé que si le diagnostic parasitologique n'est pas accessible.”

Source: *Directives pour le traitement du paludisme, Seconde édition, OMS 2010*

Traitement

Il est important d'assurer une prise en charge efficace des cas de paludisme chez toutes les femmes enceintes dans les zones impaludées. (Source: *Cadre stratégique pour la lutte antipaludique pendant la grossesse dans la région africaine, OMS 2004.*)

Traitement du paludisme simple: “Les femmes enceintes au premier trimestre avec paludisme à falciparum devront être traitées avec de la quinine plus de la clindamycine pendant sept jours (et une monothérapie à base de quinine si la clindamycine n'est pas disponible). L'artésunate plus clindamycine pendant sept jours est indiqué en cas d'échec du traitement.” De manière plus spécifique :

Premier trimestre:

- Quinine plus clindamycine pendant 7 jours (artésunate plus clindamycine pendant 7 jours si ce traitement échoue). Si la clindamycine n'est pas disponible ou si le prix est hors de portée, alors on recommande une monothérapie à base de quinine.
- Les CTA ne sont indiquées que si c'est le seul traitement disponible immédiatement ou si le traitement de 7 jours à base de quinine et clindamycine échoue ou encore si on ne peut pas s'assurer de l'observance du traitement de la part de la patiente.

Deuxième et troisième trimestres:

- Les CTA à efficacité connue dans le pays ou la région ou l'artésunate plus la clindamycine seront données pendant 7 jours ou quinine plus clindamycine à donner pendant 7 jours (à l'exception de DHA+PPQ pour lesquels il n'existe pas une information suffisante pour l'utilisation comme traitement de première intention lors des deuxième

et troisième trimestres de la grossesse). Note: Si la clindamycine n'est pas disponible ou trop chère, alors on optera pour la monothérapie.

Les patientes séropositives qui contractent le paludisme doivent recevoir rapidement des protocoles antipaludiques efficaces, tel que recommandé dans les sections pertinentes des présentes directives. Il ne faut pas donner un traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine aux patients séropositifs sous prophylaxie à base de cotrimoxazole (triméthoprime plus sulfaméthoxazole).

Traitement du paludisme grave: Des antipaludiques par voie parentérale devront être donnés, immédiatement et en doses complètes, aux femmes enceintes souffrant de paludisme. On préférera l'artésunate par voie parentérale à la quinine, lors des deuxième et troisième trimestres, car la quinine est associée à une hypoglycémie récurrente. Pendant le premier trimestre, le risque d'hypoglycémie est plus faible et les incertitudes plus grandes quant à l'innocuité des dérivatifs de l'artémisinine. Par ailleurs, en pesant d'une part les risques et, d'autre part, les preuves indiquant que l'artésunate réduit la mortalité imputable au paludisme grave, on peut probablement envisager l'artésunate et la quinine comme options jusqu'à ce que de plus amples informations soient disponibles. Il ne faut pas attendre pour donner le traitement et si seulement un des médicaments est disponible, artésunate, artémether ou quinine, alors il faut commencer à le donner immédiatement.

Posologies : Artémether plus luméfantine (AL) : Disponible à l'heure actuelle comme formule à dose fixe avec comprimés dispersables ou standard contenant 20 mg d'artémether et 120 mg de luméfantine. Le traitement recommandé est un protocole de 6 doses sur une période de 3 jours. La posologie est fonction du nombre de comprimés par dose, en fonction de gammes de poids prédéterminées (5–14 kg: 1 comprimé ; 15–24 kg: 2 comprimés; 25–34 kg: 3 comprimés ; et > 34 kg: 4 comprimés), à prendre deux fois par jour pendant 3 jours : d'où une extrapolation de 1,7/12 mg/kg poids corporel d'artémether et de luméfantine, respectivement, par dose, à prendre deux fois par jour pendant 3 jours, avec une gamme de dose thérapeutique de 1,4–4 mg/kg d'artémether et de 10–16 mg/kg de luméfantine.

Artémisinine : Le seul changement récent concerne la dose de maintien plus élevée de l'artésunate recommandée par voie parentérale (2,4 mg/kg poids corporel), en fonction des études pharmacocinétiques et pharmacodynamiques et par extrapolation d'études sur l'artésunate par voie orale.

Le traitement à base de quinine pour le paludisme sévère a été établi avant la mise au point des méthodes modernes d'essais cliniques. Plusieurs sels de quinine ont été formulés pour l'utilisation parentérale mais la quinine dihydrochloride est la plus utilisée. Les concentrations maximales suivant l'injection de quinine par voie intramusculaire dans les cas d'infection paludique sévère sont analogues à celles suivant la perfusion intraveineuse. D'après les études de modélisation pharmacocinétique, une dose d'attaque de quinine (20 mg sel/kg de poids corporel – deux fois la dose de maintien) réduit le temps nécessaire pour arriver aux concentrations plasmatiques

thérapeutiques. La dose de maintien de quinine (10 mg sel/kg poids corporel) est administrée à 8 heures d'intervalle, dès 8 heures après la première dose. Suivant le traitement initial par voie parentérale, une fois que la patiente tolère le traitement par voie orale, il est de toute première importance de continuer et d'achever le traitement avec un antipaludique efficace par voie orale en utilisant le régime complet d'une association médicamenteuse (artésunate plus amodiaquine plus artéméther plus luméfántrine ou dihydroartémisinine plus pipéraquline) or artésunate (plus clindamycine ou doxycycline) ou quinine (plus clindamycine ou doxycycline).

Source: Guidelines for the Treatment of Malaria, Second Edition, WHO 2010