

12^{ème} journée régionale d'infectiologie, Nancy 10/2017

**PRISE EN EN CHARGE ET
PREVENTION DU PALUDISME
D'IMPORTATION
Mise au point 2017**



C.STRADY

Groupe Courlancy - Reims
au nom du Groupe
recommandations de la SPILF

DPI 2013-2017

Aucun sur le sujet traité



Prise en charge et prévention du paludisme d'importation

Mise à jour 2017 des RPC 2007

**Organisation : Groupe recommandations de la Société de Pathologie Infectieuse
de Langue Française (SPILF)**



Modalités de prise en charge, traitement et prévention du paludisme d'importation de l'adulte

- Contexte épidémiologique
- Diagnostic
- Prise en charge et traitement du paludisme non compliqué de l'adulte
- Traitement du paludisme grave
- Prévention

www.infectiologie.com

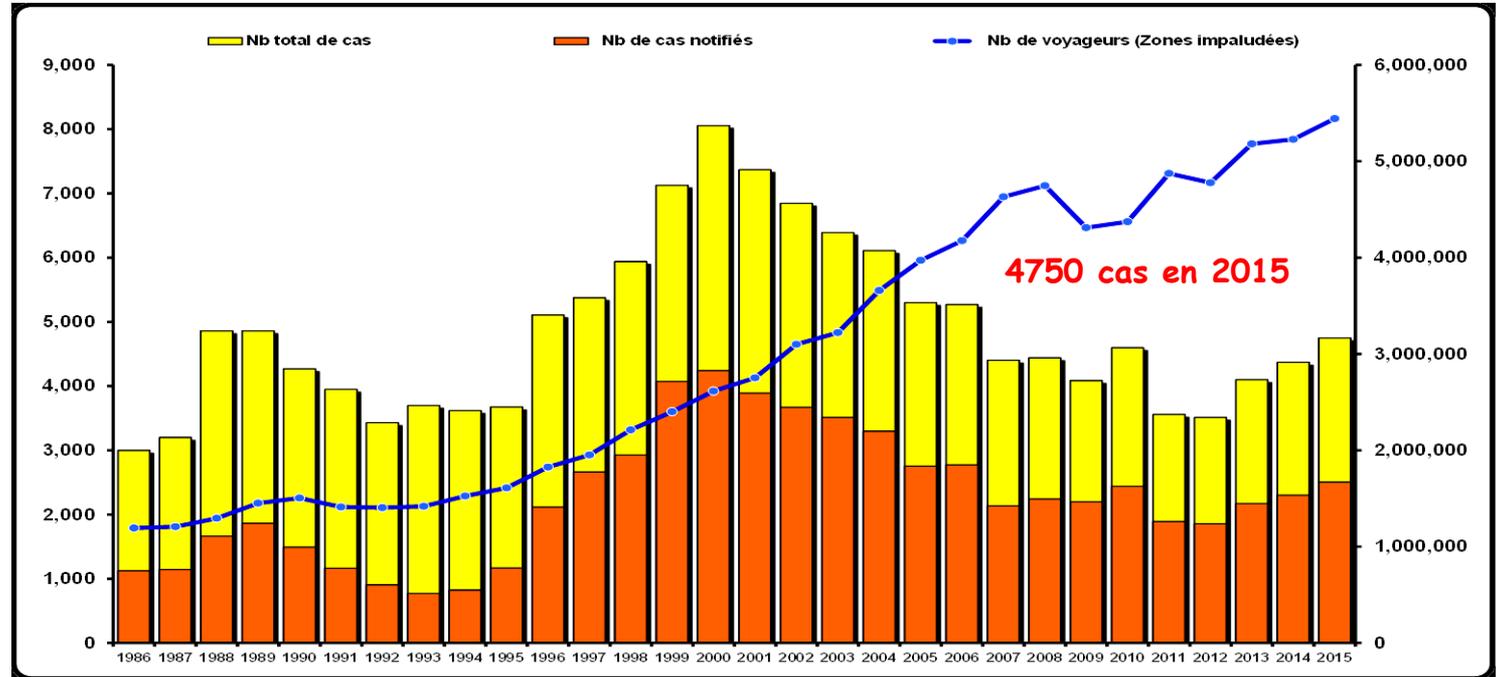


Comité de pilotage :

O. Bouchaud, F. Bruneel, E. Caumes, B. Pradines, S. Houzé, P. Imbert, C. Rapp, C. Strady

La situation actuelle

Le paludisme d'importation en France métropolitaine



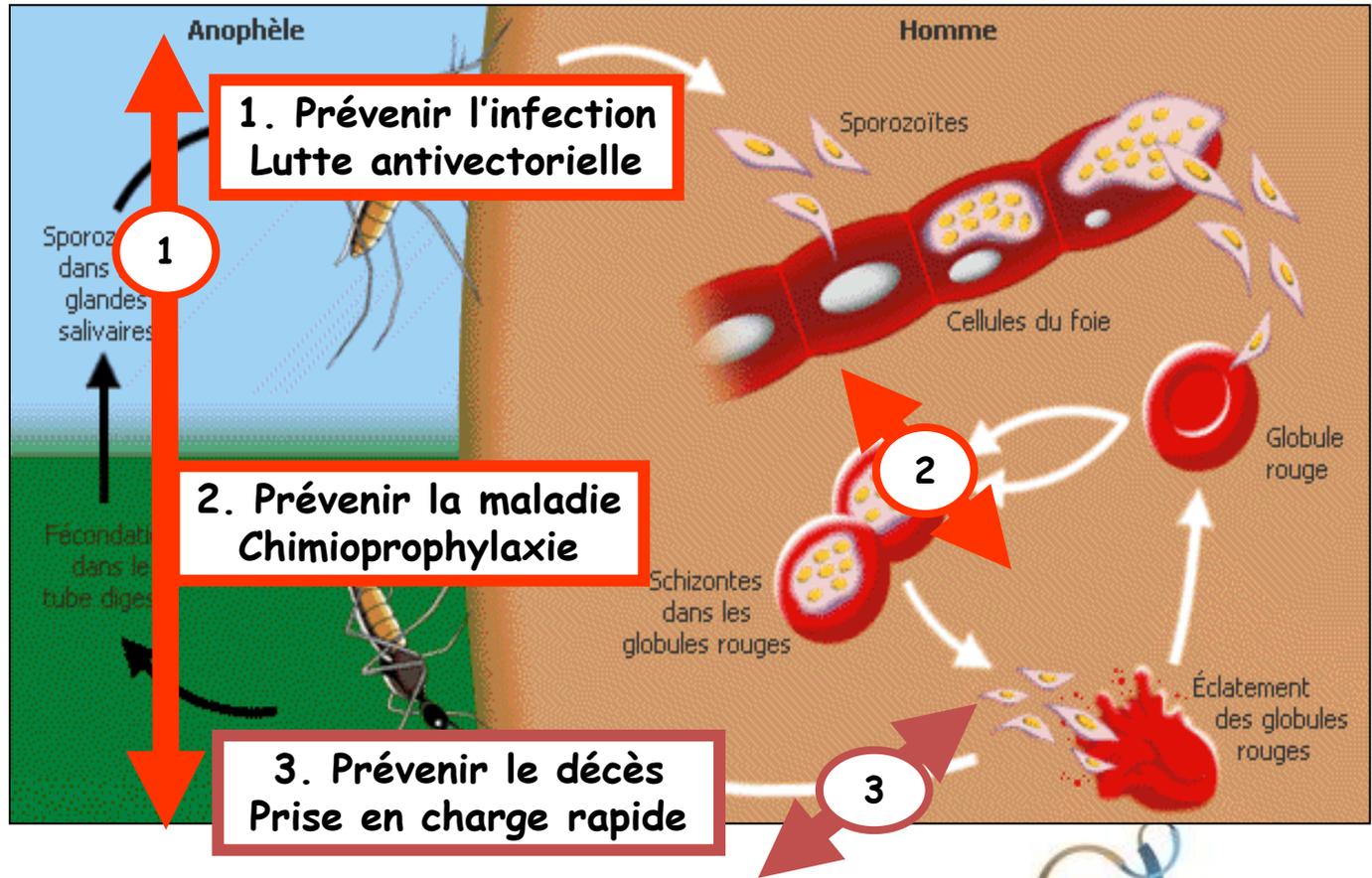
- 2011-2015 : augmentation du nombre de paludisme d'importation et des formes graves sur le territoire métropolitain (2000 : 6,4% - 2015 : 12,4%),

Tendances épidémiologiques

- Répartition des espèces
 - *P. falciparum* 85 % , *P ovale* 7 % , *P vivax* 3 % , *P malariae* 3 %
- Région de contamination
 - ASS 85 % (RCI, Mali, Cameroun, Sénégal)
 - Diminution en Guyane, régression aux Comores, élimination à Mayotte
- Profil de voyageurs
 - Migrants et VFR 75 %
- Formes cliniques
 - Formes simples 85 % , F grave 13 %
- Létalité
 - 11 décès (adultes) en 2014
 - Globale 0,4 %

Trois piliers de la prévention du paludisme

Trois mesures préventives complémentaires



Prophylaxie d'exposition (PPAV)

Trois mesures de protection anti-vectorielle ont fait la preuve de leur efficacité chez l'enfant et l'adulte :

- la **protection vestimentaire** avec le port de vêtements imprégnés d'insecticides (perméthrine)
- la **moustiquaire imprégnée** de pyréthriinoïdes
- les **répulsifs cutanés** (insectifuges)

PPAV et efficacité des mesures

Tableau 8 Efficacité relative des moyens de prévention disponibles contre les piqûres de moustiques

Moyens	Vecteur	Anophèles et Culex <i>Piquent du coucher au lever du soleil</i>	<i>Aedes</i> <i>Piquent le jour</i>
	Maladies	Paludisme, Filariose, West Nile...	Dengue, Chikungunya...
Moustiquaire imprégnée d'insecticide		++++	+
Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides rémanents (méthode réservée aux professionnels de la lutte anti-vectorielle, indépendante et non disponible pour les voyageurs)		+++	++
Pulvérisation intra-domiciliaire de « bombes » insecticides (disponibles dans le commerce)		++	++
Diffuseur électrique d'insecticide (à l'intérieur)		++	++
Grillage anti-moustiques aux fenêtres et portes		++	++
Climatisation		+	+
Ventilation		+	+
Répulsifs cutanés		+++	+++
Vêtements imprégnés d'insecticide		++	++
Serpentin fumigène (à l'extérieur ou dans des pièces aérées)		+	+

Sources : IRD, InVS

++++ : les plus efficaces

PPAV et efficacité des mesures



Ce qui ne marche pas ...

- **Bracelets anti-insectes**
 - Les produits inclus dans ces bracelets ne sont pas efficaces sur les *Aedes*
- **Huiles essentielles**
 - Durée d'efficacité insuffisante (< 20 minutes)
- **Appareils à ultrasons, vitamine B1, homéopathie, raquettes électriques**
 - Pas de preuve scientifique
- **Rubans et papiers auto-collants gluants sans insecticide**

Prophylaxie d'exposition selon le type de séjour

Séjour court ou itinérant			Séjour long et fixe (résident, expatrié)	
Moustiquaire imprégnée (++++)	OU ventilation/ climatisation (+) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)	OU moustiquaires de fenêtres et de portes (++) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)	Moustiquaire imprégnée (++++)	OU ventilation/ climatisation (+) ET utilisation d'un insecticide diffusible d'intérieur (++)
Vêtements longs idéalement imprégnés (++)			Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides rémanents (+++)	
Répulsifs cutanés en zone exposée (++)			Moustiquaires de fenêtres et de portes (++)	
Serpentins fumigènes à l'extérieur le soir (+)			Vêtements imprégnés (++)	
			Répulsifs cutanés à l'extérieur (++)	
			Serpentins fumigènes à l'extérieur le soir (+)	

Institut nationale de veille sanitaire. Recommandations sanitaires pour les voyageurs,
2017.BullEpidemiolHebdom.2017.1-61.<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2017>

Répulsifs recommandés contre les Anophèles selon l'âge

Age	Nb maximal d'applications par jour	DEET	Picaridine* (icaridine)	EBAAP (IR3535)	PMDRBO
6 mois – âge de la marche	1	30-50%	-	20%	20%
Age de la marche – 24 mois	2	30-50%	-	20%	20%
24 mois – 12 ans	2	30-50%	20-30%	20-35%	20-35%
> 12 ans	3	30-50%	20-30%	20-35%	20-35%
Grossesse	3	30-50%	20-30%	20-35%	20-35%

* Picaridine, 1 mois maximum

La liste des produits commerciaux est disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimiques/especes-nuisibles-et-parasites/repulsifs-moustiques>

Chimioprophylaxie, complémentaire

- Variabilité des recommandations internationales
- Données épidémiologiques inadaptées aux voyageurs
 - Transmission locale # voyageurs
 - Hétérogénéité géographique

- Baisse de l'incidence du paludisme

Afrique 1 à 3 % pour un mois d'exposition

Asie : 0,002 %

Amérique du Sud 0,001 %

- Incidence des effets secondaires graves des CPAP = 1/100 000

 ce bénéfice / risque ?

Critères de choix des antipaludiques

- La fin de la chloroquine et de l'association CQ + proguanil

	Intérêt financier	Tolérance	Simplicité de prise
atovaquone-proguanil	++	+++	+++
doxycycline	+++	+++	+
méfloquine	++	++	++

- Efficacité comparable
- Prescription personnalisée

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2017 // Health recommendations for travellers, 2017

Inde

- Risque faible toute l'année dans tout le pays. Absence de risque dans le Kerala et dans les zones à plus de 2 000 m des États de Himachal Pradesh, Jammu-Kashmir et Sikkim.
- Pf : 53% ; Pv : 47%
- Multirésistance aux antipaludiques plus élevée dans les États du nord-est (Arunachal Pradesh, Assam, Manipur, Mizoram, Meghalaya, Nagaland, Tripura), sur les îles d'Andaman et de Nicobar, dans les États de Chhattisgarh, du Gujarat, du Jharkhand, du Karnataka (à l'exception de la ville de Bangalore), du Madhya Pradesh, du Maharashtra (à l'exception des villes Bombay, Nagpur, Nasik et Pune), de l'Orissa et du Bengale-Occidental (à l'exception de la ville de Calcutta).
- Chimio prophylaxie : A/P ou D ou M pour les zones rurales dans les régions signalées où existe une multirésistance aux antipaludiques. Absence de chimio prophylaxie pour les villes signalées.
- Protection personnelle anti vectorielle pour l'ensemble du pays
- Consultation si fièvre pendant le séjour ou au retour

Indications de la CPAP selon le type de séjour

Type de séjour	Amérique tropicale / Caraïbes	Afrique sub-Saharienne	Asie Sud et Sud-Est
< 1 mois avec nuitées en milieu urbain (séjour « conventionnel »)	pas de CP	CP	pas de CP
< 1 mois avec nuitées en zone rurale	pas de CP TTR* si séjour en condition isolée**	CP	pas de CP TTR si séjour en condition isolée
> 1 mois avec nuitées en milieu urbain	pas de CP	CP	pas de CP
> 1 mois avec nuitées en zone rurale	avis spécialisé (à priori pas de CPA TTR* si séjour en condition isolée)	CP	Avis spécialisé (à priori pas de CP TTR si séjour en condition isolée)

Indications de la CPAP selon le type de séjour

Type de séjour	Amérique tropicale/ Caraïbes	Afrique sub-Saharienne	Asie Sud et Sud-Est
Expatriation prolongée	avis spécialisé (à priori pas de CP TTR si séjour en condition isolée)	- Zone sahélienne : CP en saison des pluies** - Afrique forestière : CP toute l'année	avis spécialisé (à priori pas de CP TTR si séjour en condition isolée)

- CPAP les six premiers mois (BEH 2016)*
- ** saison des pluies et 1 mois et demi après

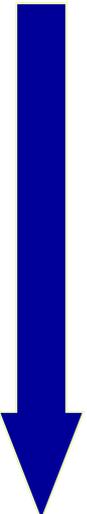
• Identifier les structure de soins

Traitement présomptif du paludisme en 2017

Un traitement antipaludique sans avis médical pendant le séjour doit rester l'exception et ne s'impose qu'en **l'absence de possibilité de prise en charge médicale dans les 12 heures suivant l'apparition de la fièvre**

- Molécules achetées en Europe (**contrefaçons**)
- ACT (DHA-piperaquine, artémether-luméfantrine) > atovaquone proguanil
- Consultation rapide à l'issue
- Ne pas utiliser au retour en France

CAT devant un paludisme d'importation

- 
1. Évoquer le paludisme de principe
 2. Affirmer le paludisme en urgence
 3. *P. falciparum* ou non falciparum
 4. **Évaluation de la gravité**
 5. Modalités de la prise en charge (ambulatoire) ?
 6. Choix du schéma thérapeutique schizonticide
 7. Modalité de surveillance clinique et biologique

Y penser ...

- Evoquer le diagnostic c'est poser la question d'un séjour en zone endémique de paludisme chez tout voyageur fébrile
- Toute fièvre ou histoire de fièvre isolée ou associée à des symptômes généraux, digestifs, respiratoires, ou neurologiques, dans les mois suivant le retour d'une zone endémique, nécessite un avis médical **urgent** et la réalisation d'un **diagnostic parasitologique en urgence.**
- **Signes cliniques non spécifiques**

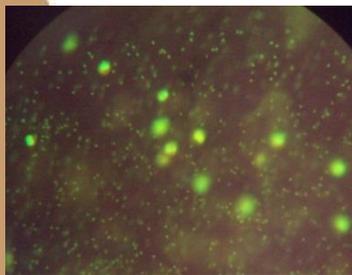
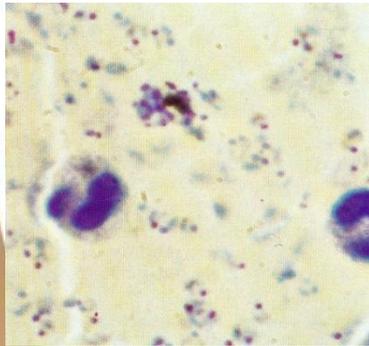
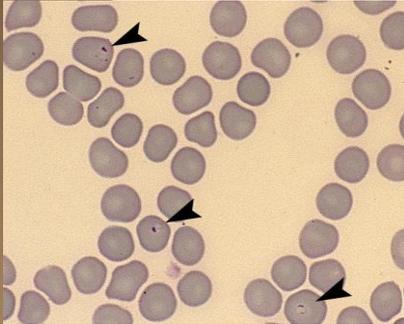
Diagnostic du paludisme

Orientation biologique

- **Thrombopénie** < 150 G/L
- Hyperbilirubinémie libre, anémie hémolytique modérée
→ Valeurs prédictives positives élevées
- Interférences sur les graphes des automates de cytologie
- **Leucopénie**
- **CRP élevée**

Méthodes microscopiques

Observation microscopique : espèce et parasitémie



- **Frottis sanguin ~ 100p/μl**
 - Coloration de Giemsa, MGG
 - Prise en charge thérapeutique/espèce
 - Prise en charge thérapeutique/parasitémie
 - Observation d'autres parasites
- **Goutte épaisse 10 p /μl**
 - Espèce + parasitémie
- **QBC ~ 10 p/μl**
 - Sensibilité, facilité de lecture ?
 - Qualitatif, matériel spécifique

Prélèvement veineux à tout moment
(2 tubes, EDTA, ACD)

Test de diagnostic rapide



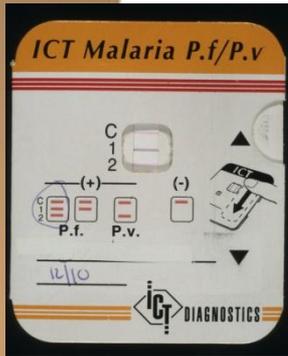
- **Immunochromatographie**
Détection **qualitative** de protéines plasmodiales
 - *P. falciparum*: HRP2, PfLDH
 - Autres espèces : aldolase, pLDH, Pv LDH

- **Sensibilité**
 - HRP2 = 100 %, *P.f* (100p/μl)
 - autres espèces : 40 à 90 % selon les réactifs

- **Faux positifs** : infections, maladies auto-immunes, persistance sous traitement

- **Rapidité**

- **Non dissociable / frottis-GE** : recommandations HAS

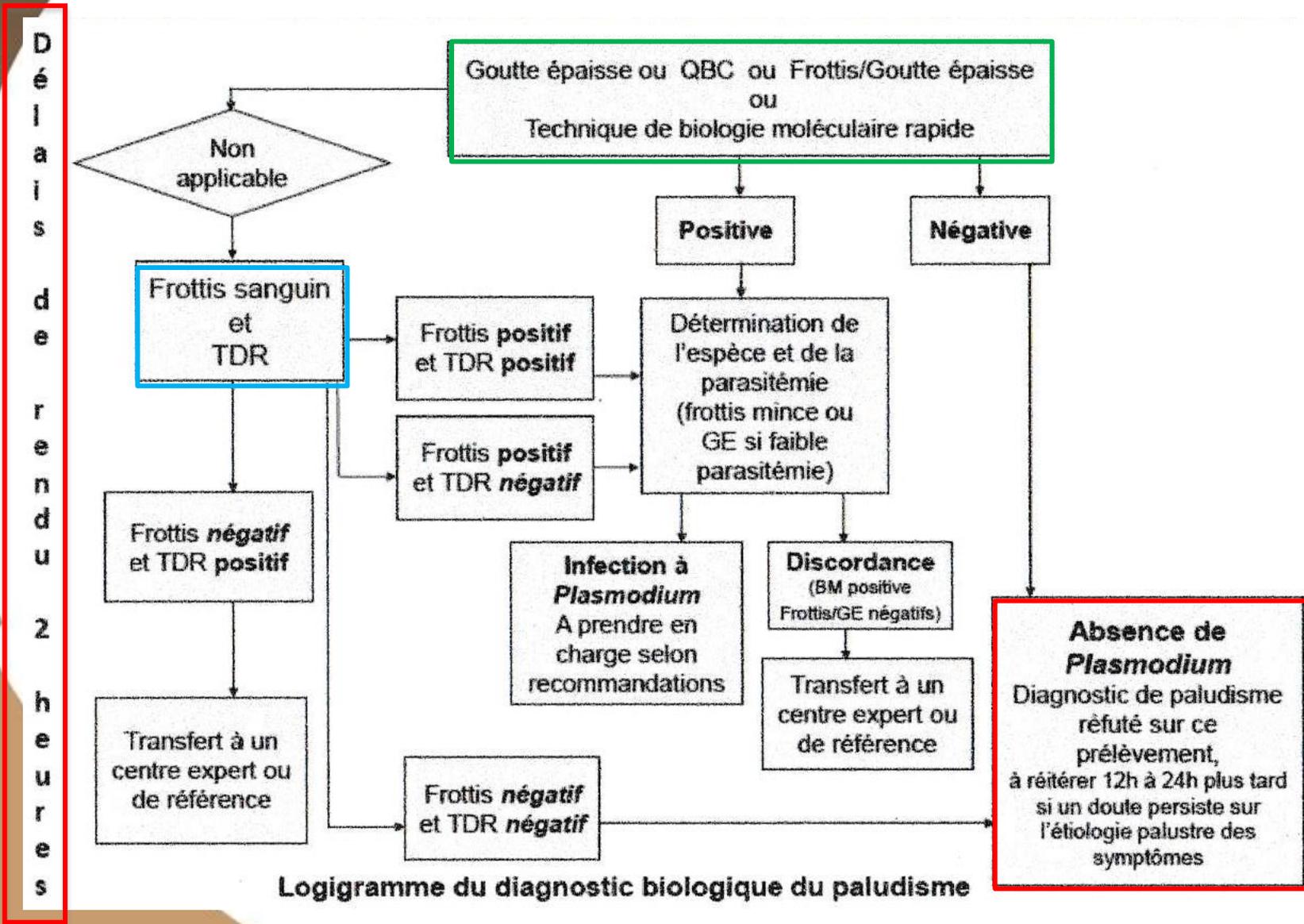


Détection d'acides nucléiques

- **Méthodes**
 - **PCR**
 - . Extraction + amplification génique
 - . Sensibilité et spécificité // cibles et méthodologie : 0,005 -1 p/μl
 - . Délais de réalisation et coût
 - . **Technique de référence : identification espèce**
 - **LAMP**
 - . Temps de réalisation réduit, méthodologie simplifiée
 - . Qualitatif : ADN de plasmodium oui/non; espèces ?
- **Détection d'ADN**
 - . Pas de distinction gamétoocyte/trophozoite
 - . Pas de quantification
 - . Interprétation d'un résultat positif ?
 - . Non inclus dans les algorithmes de prise en charge
- **Bon test d'exclusion**



En résumé, algorithme



Critères de prise en charge ambulatoire (1)

- Disponibilité d'un diagnostic parasitologique fiable
- **Absence de situation d'échec** d'un premier traitement
- **Paludisme non compliqué**, aucun signe de gravité clinique ou biologique
- Absence de troubles digestifs
- Absence de grossesse
- Absence de facteur de risque de gravité

Critères de prise en charge ambulatoire (2)

Critères biologiques

- parasitémie inférieure à 2%
- plaquettes > 50 G/L
- hémoglobine > 100 g/l
- créatininémie < 150 $\mu\text{mol/L}$

Critères de prise en charge ambulatoire (3)

- disponibilité de l'entourage du patient
- garantie d'une bonne observance et d'une bonne compréhension des modalités du traitement (déficit intellectuel, difficultés linguistiques...),
- **délivrance immédiate et supervisée** possible du traitement dans les services d'urgences ou les consultations de médecine tropicale sans rendez-vous, avec une période d'observation minimale de deux heures après la première prise d'antipaludique, **en fournissant aux patients le reste du traitement.**
- résidence à proximité d'un établissement hospitalier
- possibilité d'une consultation de suivi à J3,

J7 et J28 dans un service spécialisé

Critères de choix du traitement

Le traitement du paludisme est une urgence thérapeutique

Le choix du traitement est orienté par :

- les **caractéristiques du patient** : âge, terrain (pathologie pré-existante; anomalies cliniques, biologiques, électrocardiographiques, et traitements associés contre-indiquant la prise de certains antipaludiques ou susceptibles d'interactions)
- la zone de provenance géographique
- les **caractéristiques de l'accès** : présence ou non de vomissements ou diarrhée abondante, de signes de gravité
- **l'espèce plasmodiale en cause**
- la notion de chimioprophylaxie et/ou de traitements curatifs antipaludiques antérieurs

Principaux antipaludiques utilisables chez l'adulte (*P. f*)

Antipaludique	Ligne de traitement	Avantages	Inconvénients	Effets secondaires principaux	Posologie
Arténimol + pipéraquine Eurartésim®	1 ^{ère} ligne	<ul style="list-style-type: none"> . Clairance parasitaire rapide . Traitement court . Posologie simple . Prise à jeun . Tolérance générale 	<ul style="list-style-type: none"> . Troubles de la conduction . Interactions médicamenteuses (Inhibiteur du CYP3A4) 	<ul style="list-style-type: none"> . Allongement du QT sans traduction clinique . Céphalées, vertiges . Troubles digestifs 	3 cp en 1 prise/jour, à jeun pendant 3 jours consécutifs (4cp si P >75kgs)
Artéméther+ Luméfantrine Riamet®	1 ^{ère} ligne	<ul style="list-style-type: none"> . Clairance parasitaire rapide . Traitement court . Tolérance générale 	<ul style="list-style-type: none"> . Faible biodisponibilité (luméfantrine) . Troubles de la conduction . Interactions médicamenteuses (Inhibiteur du CYP3A4) 	<ul style="list-style-type: none"> . Allongement du QT sans traduction clinique . Céphalées, vertiges . Troubles digestifs 	4 cp en 1 prise à H0, H8, H24, H36, H48 et H60 (2 fois/j pendant 3j) avec prise alimentaire ou boisson avec corps gras (soit 24 cp au total en 60h) . A partir de 35 kgs.
Atovaquone+ Proguanil Malarone®	2 ^{ème} ligne	<ul style="list-style-type: none"> . Traitement court . Tolérance générale . Génériques 	<ul style="list-style-type: none"> . Vomissements . Faible biodisponibilité 	Nausées et vomissements	4 cp en 1 prise par jour pendant 3 jours au cours d'un repas soit 12 cps au total . A partir de 40 kgs
Quinine . Quinimax Cp à 500 et 125mg . Quinine Lafran Cp à 500 et 250 mg . Surquina Cp à 250mg	3 ^{ème} ligne	Possible si grossesse	<ul style="list-style-type: none"> . Tolérance moyenne . Traitement long 	<ul style="list-style-type: none"> . Cinchonisme**: troubles digestifs, céphalées, acouphènes++ (J2) . Troubles du rythme (surdosage) . Hypoglycémie 	8mg/kg/8h pendant 7 jours (= 1cp à 500mg/8h pour adulte de poids moyen, ne pas dépasser 2500 mg/j) . Perfusion IV si vomissements (même posologie)

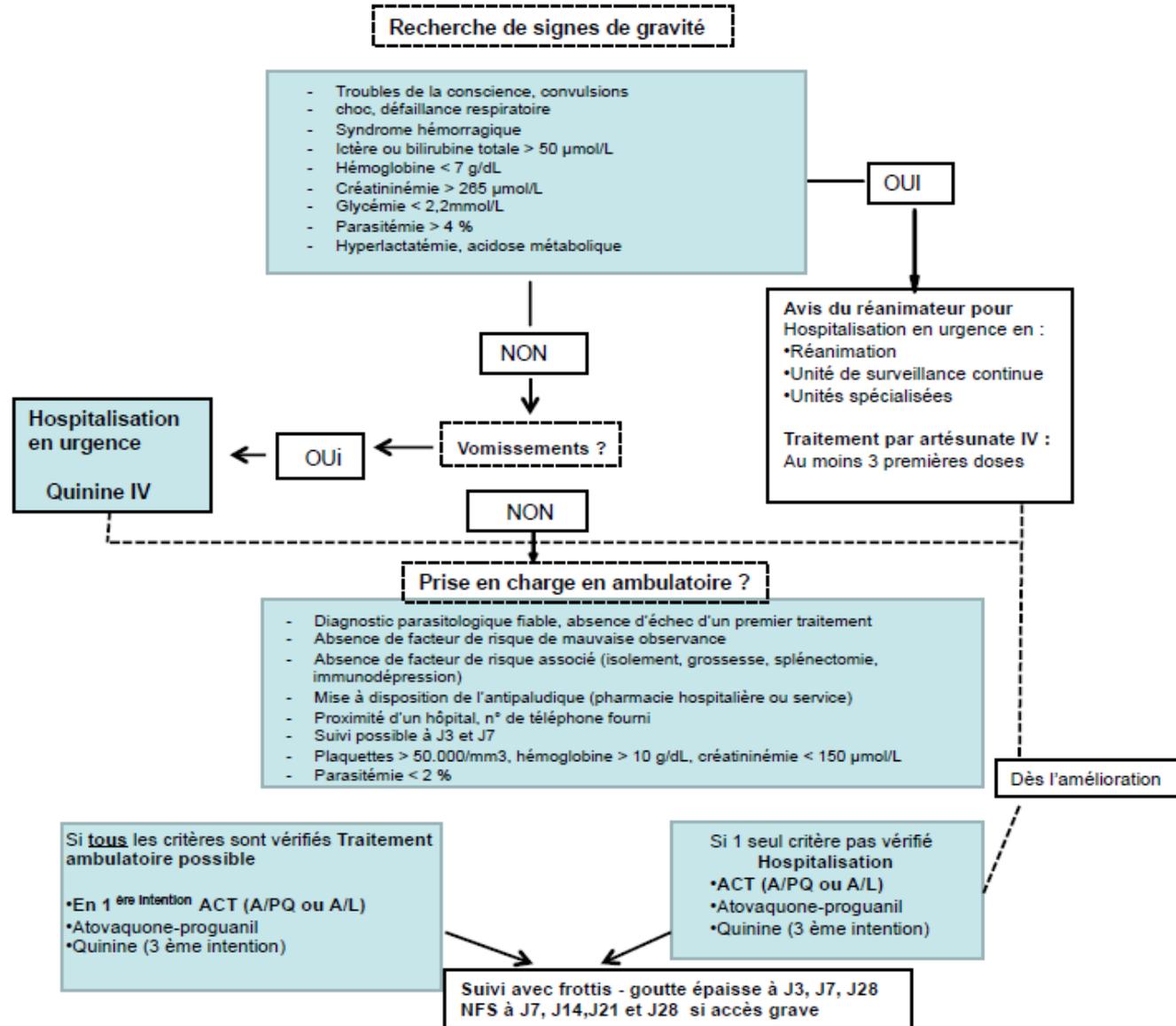
Bonnin A, Ruiz F, Méchaï F. Paludisme à *Plasmodium falciparum* : place des dérivés de l'artémisinine.

Place de la quinine intraveineuse



- En cas de vomissements, en l'absence de données concernant l'artésunate dans cette indication, le recours initial à la quinine en perfusion IV sans dose de charge (8mg/kg toutes les 8h) est nécessaire, relayée dès que possible (24 à 48 heures) par une cure complète d'un antipaludique oral, soit un dérivé de l'artémisinine, soit l'atovaquone-proguanil en fonction des éléments cliniques, biologiques et électrocardiographiques, l'atovaquone-proguanil étant censée éviter le cumul d'effets indésirables cardiaques.

CAT devant un paludisme à *P. falciparum* chez l'adulte



Cas particulier - Chez la femme enceinte

Molécules	1 ^{er} trimestre	2 ^{eme} et 3 ^{eme} trimestre
Quinine		
Atovaquone-proguanil		
Eurartesim	éviter	
Riamet	éviter	privilégier
Parcours de soins	Hospitalisation médecine	Hospitalisation service obstétrique

Dans tous les cas, une évaluation de la vitalité fœtale doit être effectuée au décours de l'accès palustre.

Modalités de la surveillance

- Une surveillance clinique et biologique incluant un **frottis-goutte épaisse** est recommandée à H72 (J3) (la parasitémie doit être inférieure à 25 % de la valeur initiale), J7 (la parasitémie doit être négative) et J28
- Le contrôle quotidien de la parasitémie n'a pas d'intérêt dans les formes non compliquées
- **TDR et PCR : non recommandés**
- La présence de gamétocytes après traitement antipaludique est possible, elle ne justifie pas une seconde cure d'antipaludique

Traitement schizonticide des accès à *P. non falciparum*

- **Chloroquine (CQ)**

10 mg/kg à J1, 10 mg/kg à J2, 5mg/kg à J3
(25 mg/kg en dose totale sur 3 jours)

ou

- **ACT (artémimol-pipéraquline / arthémeter-luméfanantrine**

en particulier en cas d'infection mixte ou de paludisme à *P. vivax* au retour d'une zone de résistance à la CQ

Mêmes posologies que pour *P. falciparum*

Gogtay N, Kannan S, Thatte UM, Olliaro PL, Sinclair D. Artemisinin-based combination therapy for treating uncomplicated *Plasmodium vivax* malaria. Cochrane Database Syst Rev. 25 2013;10: 8492

Visser BJ, Wieten RW, Kroon D, Nagel IM, B elard S, van Vugt M, et al. Efficacy and safety of artemisinin combination therapy (ACT) for non-*falciparum* malaria: a systematic review. Malar J. 2014;13:463.

Prévention des accès de reviviscence

P. vivax, P. ovale

- **Primaquine (ATU nominative)**
En l'absence de CI (déficit en G6PD, grossesse, allaitement)
- Cure radicale recommandée d'emblée pour un premier accès à *P. vivax* ou *P. ovale*
- Administration dès que possible après le traitement curatif
- **Posologie : 30 mg/j en deux prises (0,5 mg/kg/j) pendant 14 jours**

Galappathy GNL, Tharyan P, Kirubakaran R. Primaquine for preventing relapse in people with *Plasmodium vivax* malaria treated with chloroquine. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10: 4389.

Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'élargissement des prescriptions de la primaquine dans le cadre du traitement du paludisme à *P. vivax* et *P. ovale*. 2008 www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20081017_primaquine.pdf

Paludisme grave : définition chez l'adulte

Diagnostic positif de paludisme

+

Au moins un des critères suivants

Pronostic	Critères cliniques et/ou biologiques	Fréquence
+++	Défaillance neurologique incluant : <ul style="list-style-type: none"> - obnubilation, confusion, somnolence, prostration - coma avec score de Glasgow < 11 - convulsion(s) 	+++
+++	Défaillance respiratoire incluant : <ul style="list-style-type: none"> - si VM ou VNI : PaO₂/FiO₂ < 300 mmHg - si non ventilé PaO₂ < 60 mmHg et/ou SpO₂ < 92% en air ambiant et/ou FR > 30/min - signes radiologiques : images interstitielles et/ou alvéolaires 	+
+++	Défaillance cardio-circulatoire incluant : <ul style="list-style-type: none"> - PAS < 80 mmHg et/ou présence de signes périphériques d'insuffisance circulatoire - nécessité de drogues vasopresseives* et lactate > 2 mmol/l 	++
++	Hémorragie : définition clinique	+
+	Ictère : clinique ou bilirubine totale > 50 µmol/l	+++
+	Anémie profonde : hémoglobine < 7 g/dl, hématoците < 20%	+
+	Hypoglycémie : glycémie < 2,2 mmol/l	+
+++	Acidose : bicarbonates plasmatiques < 15 mmol/l, ou acidémie avec pH < 7,35 (surveillance rapprochée dès que bicarbonates < 18 mmol/l)	++
+++	Hyperlactatémie : > 2 mmol/l (<i>a fortiori</i> si > 5 mmol/l)	++
++	Hyperparasitémie : > 4% (voir texte long)	+++
++	Insuffisance rénale : créatininémie > 265 µmol/l ou urée > 20 mmol/l	+++

Prise en charge initiale en réanimation / USC

• En Réanimation

- Coma / Convulsions
- Défaillance circulatoire
- Détresse respiratoire
- Acidose / Hyperlactatémie
- Parasitémie isolée > 15%
- Hémorragie grave
- Nécessité d'EER

• En Unité Surv Continue

- Déf. neuro débutante
- Hémorragie mineure
- Parasitémie > 4%
- Ictère isolé
- Insuffisance rénale modérée
- Anémie isolée
- Patient âgé
- Patients fragiles
- Intérêt du qSOFA à évaluer

Le traitement curatif repose sur l'artésunate IV

- Chez l'adulte et la femme enceinte
 - ATU nominative à confirmation différée
 - Artesunate : 2,4mg/kg à H0 ; H12 ; H24 minimum (au moins trois doses)
 - Urgence +++ : chaque heure compte
-
- Quinine DC 16 mg/kg = alternative en cas d'indisponibilité de l'AS, allergie ou suspicion de résistance

World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria - Third edition 2015.

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/01d138a64031bcf9f37fa2737308caa5.pdf

Le traitement curatif repose sur l'artésunate IV

- Puis selon gravité/évolution/voie digestive :
 - **Soit poursuivre par voie IV à 2,4mg/kg/j pour un total de 7j (adulte)**
 - **Soit relais par voie orale par ACT (cure complète)**
- **Surveillance :**
 - **Parasitologique (OMS) : J3 ; J7 ; J28**
 - **NFS à J7, J14, J21, J28 pour dépister un PADH** (*Post Artesunate Delayed Hemolysis*), différée à la deuxième ou troisième semaine après le début du traitement, et qui survient chez 15% des patients
- **Traitements adjuvants et exsanguinotransfusion = NON**

Jauréguiberry S, Thellier M, Ndour PA, Ader F, Roussel C, Sonnevile R, Mayaux J, Matheron S, Angoulvant A, Wyplosz B, Rapp C, Pistone T, Lebrun-Vignes B, Kendjo E, Danis M, Houzé S, Bricaire F, Mazier D, Buffet P, Caumes E; French Artesunate Working Group. Delayed-onset hemolytic anemia in patients with travel-associated severe malaria treated with artesunate, France, 2011-2013. Emerg Infect Dis. 2015

Roussel C, Caumes E, Thellier M, Ndour PA, Buffet PA, Jauréguiberry S. Artesunate to treat severe malaria in travellers: review of efficacy and safety and practical implications. J Travel Med. 2017 Mar 1;24(2).



Conclusions

- Le paludisme non compliqué à *P. falciparum* de l'adulte doit être traité en première intention par un ACT. L'atovaquone-proguanil est une alternative en cas d'indisponibilité, d'intolérance, de contre-indication, d'interaction avec un traitement concomitant ou en cas d'échec d'un traitement par ACT.
- Le traitement du paludisme non compliqué à *P. non falciparum* (*P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*, *P. knowlesi*) repose sur la chloroquine ou un ACT, en particulier en cas d'infection mixte ou de paludisme à *P. vivax* survenant au retour d'une zone de résistance à la chloroquine.
- Le traitement du paludisme grave repose sur l'artesunate intraveineux
- La prévention des accès de reviviscence à *P. vivax* et *P. ovale* repose sur l'éradication des formes quiescentes hépatiques par la primaquine

Conclusions

- La protection personnelle anti-vectorielle (**PPAV**) reste la base de la prévention du paludisme et peut être la seule prévention dans les zones à faible risque
- **CPAP** = analyse bénéfice / risque, Afrique +++
- **Toute fièvre au retour des tropiques est un paludisme jusqu'à preuve du contraire (poser la question du voyage)**