

Résumés et textes (Abstracts and texts)

Spécialités médicales

Quoi de neuf dans la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo depuis 2014?

What is new in the fight against malaria in the Democratic Republic of the Congo since 2014?

Situakibanza HN, MD, PhD

Expert PNLP

Départements de Médecine Interne et de Médecine Tropicale

Faculté de Médecine .Université de Kinshasa

E-mail :hsitua@gmail.com

Résumé

Contexte et objectif. La RDC demeure encore un pays endémique majeur pour le paludisme juste après le Nigeria. Dans le monde et malgré les progrès engrangés, 40% de la létalité palustre reviennent encore aux deux pays précités. L'objectif de la présente communication est de montrer les innovations apportées à la lutte contre le paludisme en RDC depuis 2014.

Méthodes. Pour réaliser le présent travail, nous avons consulté les résultats de la deuxième Enquête Démographique et de Santé en RDC (EDS-II RDC 2013-2014), le dernier Guide de prise en charge du paludisme de l'OMS (WHO Malaria Guidelines 2015), le Plan Stratégique National-Paludisme 2016-2020, les Documents issus de l'Atelier National du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) d'actualisation des Normes, Directives et Stratégies de Lutte contre le Paludisme de Lubumbashi de 2016 et du Guide Pratique de Traitement du Paludisme en RDC issu du dernier Atelier National sur le Paludisme de l'Université Technologique Bel Campus de 2016.

Innovations apportées

- De la Pyramide des soins

Le rôle des relais communautaires étendus aux chefs de rue, de village, de quartier, coutumiers, hommes/femmes d'église, femmes voyantes..., des portiers à l'entrée des hôpitaux et des communicateurs en santé vient d'être clairement affirmé.

- Du Diagnostic

Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) sont désormais formellement acceptés dans les hôpitaux combinés à la Microscopie (Goutte épaisse et Frottis mince) et des automates vont être prochainement installées dans les sites sentinelles.

- Du Traitement

Pour le paludisme simple, ne recourir à la quinine qu'en cas de contre-indication des dérivés d'artémisinine et pour les accès à *Plasmodium vivax* ou *P. ovale*, poursuivre la cure avec la primaquine après la CTA.

Quant au paludisme grave, la dose d'Artésunate injectable est désormais fixée à 3 mg/Kg si le patient pèse moins de 20 Kg et ne recourir à la quinine injectable qu'en cas de contre-indication d'Artésunate. Aussi, la prise en charge des complications vient d'être bien codifiée.

- Des Épidémies de paludisme

Si elles sont dues aux formes simples, on doit recourir à une CTA (combinaison thérapeutique à base d'artémisinine) efficace autre que Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) et Artéméther-Luméfantrine (AL) et la Dihydroartémisinine-pipéraquine (DHP) a été proposée.

- De la Prévention

Pour la prévention non médicamenteuse, la volonté d'une approche multisectorielle (Entomologie, Agronomie, Biologie, Sciences sociales, Architecture...) vient d'être clairement rappelée.

- Du Traitement préventif

Le Traitement Préventif Intermittent à la SP (Sulfadoxine-Pyriméthamine) chez la femme enceinte comprend désormais 4 doses obligatoires, soit 1 dose à chaque consultation prénatale (CPN), (CPN 1: 12^{ème} – 16^{ème} SA; CPN 2: 24^{ème} – 28^{ème} SA; CPN 3: 32^{ème} SA; CPN 4: 36^{ème} SA).

- Du Traitement préventif (TP) des migrants

Quatre catégories de migrants à risque de paludisme viennent d'être définies en RDC :

- sujet venant d'une région indemne de paludisme ;
- sujet ayant quitté la RDC depuis plus de 6 mois (en général) et qui y revient ;

- sujet partant d'une zone de paludisme à transmission instable (faciès montagnard) pour celle à transmission stable (faciès tropical/équatorial) ;
- déplacés en situation de précarité car obligés à vivre loin de chez eux.

Le TP n'est réservé qu'aux migrants dont le séjour n'excède pas 3 mois.

Pour l'adulte et l'adolescent, l'on prescrit l'association Atovaquone-Proguanil (Malarone®). Soit 1 comprimé de 250 mg d'Atovaquone/100 mg de Proguanil un jour avant le voyage et 1 cé/j à une heure fixe durant tout le séjour et 1 cé/j pendant encore 7 j au retour, en prise orale. Les formes pédiatriques existent (cé d'Atovaquone 62,5 mg/Proguanil 25 mg).

Si cette association n'est pas disponible, on peut alors prescrire le Sulfalène-Pyriméthamine ou la Sulfadoxine-Pyriméthamine (cé Sulfalène ou Sulfadoxine 500 mg/Pyriméthamine 25 mg). Soit 3 cés en une prise, 1x/mois à une heure fixe durant tout le séjour et encore 1x au retour, en prise orale.

Conclusions. La lutte contre le paludisme est dynamique. Le PNLP s'applique à actualiser régulièrement les normes, directives et stratégies de lutte. La diffusion des documents normatifs et leur vulgarisation accompagnées de suivi-évaluation et supervision réguliers représentent un gage sûr du succès de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Mots-clés : Paludisme, lutte contre le paludisme, RDC, 2016

Summary

Context and objective. The DRC is still the 2nd major endemic country for malaria after Nigeria. Despite tremendous progress in the fight against malaria in the world, Nigeria and the DRC account for 40% of mortality due to malaria. The objective of this present oral communication is to show innovations in the fight against malaria in the DRC since 2014.

Methods. The following resources were used to carry out the present work : The second Demographic and Health Survey in DRC (EDS-II RDC 2013-2014), the latest WHO Malaria Guidelines (2015), the National Strategic Plan for malaria 2016-2020, Proceedings from the National Program for the fight against Malaria (PNLP) Workshop for updating the norms and strategies to fight malaria (Lubumbashi, 2016)

and the Practical Guide for the treatment of malaria in DRC (National Workshop on malaria, Université Technologique Bel Campus, Kinshasa, 2016).

Innovations provided

• Pyramid of care

The role of community contacts at various levels including the heads of the street, the village, the quarter, clan entity, religious figures, fortunetellers, guards at hospital gates and various health workers has clearly been highlighted.

• Diagnostic

Rapid Diagnostic Tests (RDT) in combination with microscopic analyses (thick and thin blood films) are now accepted as the gold standard for malaria diagnostic in hospitals. In addition, sentinel sites for the gathering of malaria data will be equipped with automated systems for the diagnostic.

• Treatment

Uncomplicated form of malaria is treated with quinine only in case of contraindication of artemisinin derivatives. In case of *Plasmodium vivax* or *P. ovale* malaria, the treatment is based on the ACT (Artemisinin Combination Therapy) regimen followed by primaquine.

Severe malaria is treated with injection of artesunate in the dose of 3 mg/Kg if the patient's weight is less than 20 Kg. Injection of quinine will be used when artesunate is contraindicated. Thus, the management of complications is now codified.

During epidemics involving uncomplicated malaria, the treatment is based on an ACT other than the combinations Artesunate-Amodiaquine (ASAQ) and Artemether-Lumefantrine (AL). For this reason, the association Dihydroartemisinin-Piperaquine (DHP) has been proposed.

• Prevention

Prevention that is not based on the use of drugs should follow a multi-sectoriel approach involving multiple disciplines such as Entomology, Agronomics, Biology, Social Sciences, and Architecture...

Preventive Treatment

The Intermittent Preventive Treatment using Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) association in pregnant women includes 4 mandatory doses administered at each of the following prenatal visits (FPV): FPV1: 12th – 16th week; FPV2: 24th – 28th week; FPV3: 32th week; FPV4: 36th week).

Preventive Treatment of migrants

Four categories of at risk-migrants for malaria have been defined for the DRC:

1. subjects coming from malaria-free areas;
2. subjects returning to the DRC after leaving for more than 6 months;
3. subjects moving from an area with an unstable transmission of malaria (mountain-type face) to that with stable transmission (tropical/equatorial face) ;
4. displaced subjects in precarious situation (living far from home).

Preventive Treatment is used for migrants who stay less than 3 months. The association Atovaquone-Proguanil (Malarone®) is prescribed for adult and adolescent subjects using the following doses: 1 oral tablet combining 250 mg of Atovaquone/100 mg of Proguanil one day before travelling, then 1 tablet per day at a fixed time during the stay and then 1 tablet per day for 7 days after returning. Pediatric tablets are available and contain a combination of 62.5 mg of Atovaquone and 25 mg of Proguanil. If the

Atovaquone-Proguanil association is not available, Sulfalene-Pyrimethamine or Sulfadoxine-Pyrimethamine (tablet containing 500 mg of Sulfalene or Sulfadoxine and 25 mg of Pyrimethamine) can be prescribed in the following manner: 3 tablets in a single oral dose, once a month at a fixed time during the stay and then 1 dose after returning from the trip.

Conclusions. The fight against malaria is a dynamic process. The Malaria Control Program PNLP updates the norms, directives and strategies for the fight against malaria on a regular basis. The diffusion and popularization of normative documents combined to regular follow-up, evaluation and supervision of their exploitation are necessary for the success of the national policy for the fight against malaria.

Keywords: Malaria, Malaria Control, DRC, 2016