

## EVOLUTION DE LA CHLOROQUINOESISTANCE EN ZONE URBAINE Résultats d'enquêtes menées à Dakar et Pikine

par

O. GAYE<sup>1</sup>, O. FAYE<sup>1</sup>, I.B. BAH<sup>1</sup>, S. DIALLO<sup>1</sup>, M. DIOUF<sup>1</sup>,  
P. NDIAYE<sup>2</sup>, A.A. NDIAYE<sup>1</sup> & J.F. TRAPE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de Parasitologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie,  
Université de Dakar, Dakar, Sénégal

<sup>2</sup>ORSTOM, B.P. 1386, Dakar, Sénégal

### Introduction

Des enquêtes menées par Gaye (1, 2) et Trape (4) faisaient état d'un taux de chloroquinorésistance *in vivo* de 7,2% observée à Dakar et Pikine.

Nous rapportons dans ce travail les résultats d'une étude réalisée au cours du mois de décembre 1990 dans les mêmes zones citées qui notent une nette augmentation de la chloroquinorésistance.

### Patients et méthodes

A Dakar, 2 élèves symptomatiques recrutés au niveau d'une école ont subi le test. A Pikine un dispensaire a servi de lieu de recrutement. Les patients ayant satisfait aux conditions du test ont été sélectionnés. Au total 42 patients (25M + 17F) : 2 à Dakar et 40 à Pikine.

Tous les sujets ont été pesés et 25mg/kg de chloroquine leur ont été administré selon le protocole O.M.S. standard. Nous avons utilisé les comprimés Nivaquine (SPECIA) dosés à 100mg de chloroquine-base.

Des contrôles cliniques et parasitologiques ont été effectués de j1 à j7 et à j14. A j2, les urines des malades ont été recueillies pour la réalisation du test de Dill et Glasko (3).

### Résultats et commentaires

Les parasitémies initiales variaient de 1.704 à 131.250 p/mm<sup>3</sup> avec une moyenne de 15.849 p/mm<sup>3</sup>. Sur les 42 malades, 13 ont eu leur parasitémie négativée dès j2 (31%) et sans réapparition jusqu'à j14, avec disparition des signes cliniques.

9 ont vu leurs parasites disparaître à j4 et sans réapparition jusqu'à j14. 20 échecs thérapeutiques ont été notés soit 47,5% avec présence des signes cliniques et de parasites chez 9 sujets (céphalées, hyperthermie) et persistance de parasites sans signes cliniques chez 11 personnes.

Le test de Dill et Glasko effectué à j2 était positif chez tous les malades, témoin de l'absorption du médicament.

D'après les critères de l'O.M.S. sur les 20 patients qui hébergaient encore des parasites, 2 présentaient une chloroquinorésistance de type R1 précoce, 10 de niveau R1 tardif, les 8 autres de niveau R2. Ainsi 12 cas de résistance primaire ont été notés (60 %) et 8 cas de résistance de niveau 2 (40 %) soit un taux global de chloroquinorésistance *in vivo* de 47,5 %. Des 2 malades recrutés à Dakar, l'un a présenté une résistance de type R1 tardif.

Trape (4) dans une précédente étude réalisée auprès de malades venus au dispensaire à Pikine avait noté 3 cas de résistance sur 32 testés et Gaye (1) 2 cas à Dakar sur 32 soit globalement 7,2% de chloroquinorésistance en zone urbaine en 1989.

Beaucoup de sujets trouvés porteurs de plasmodiums résistants hébergaient des gamétocytes, et il est à craindre que la vitesse de diffusion de la résistance ne soit élevée dans ce foyer avec des conséquences sur la morbidité.

Nous notons cependant que globalement sur les 42 malades soumis au traitement, 33 soit 78% ne présentaient plus de signes cliniques aux contrôles j7 et j14. Les parasites persistaient chez 11 d'entre eux mais à des niveaux bas (inférieurs à 500 parasites/mm<sup>3</sup>). Seuls 9 malades présentaient encore des signes cliniques avec présence de parasites (densité parasitaire maximale de 3646 p/mm<sup>3</sup>) ce qui a nécessité l'administration de Fansidar.

Aucun échec de type R3 n'a été observé, ce qui est suffisant pour retenir la chloroquine comme médicament de première ligne. La lutte contre la morbidité et la mortalité palustres dans un projet de santé publique repose entre autre sur l'utilisation de médicaments efficaces et bon marché. La chloroquine conserve un excellent effet clinique et doit rester le traitement de base du paludisme.

Il est urgent cependant de mettre en place des systèmes de surveillance efficaces compte tenu de la vitesse de diffusion de la résistance. Des études plus globales, de larges enquêtes exhaustives pourront mieux préciser la situation de la résistance tant en zone urbaine qu'en zone rurale.

Reçu pour publication le 7 mai 1991.

#### REFERENCES

1. Gaye O, Bah IB, Diallo S, Faye O, Baudon D : Une étude de la morbidité palustre en milieux rural et urbain au Sénégal. *Méd. Trop.*, 1989, 49, 59-62.
2. Gaye O, Bah IB, Diallo S, Victorius A, Bengua E, Faye O, Faye O : Emergence du paludisme chloroquinorésistant à Dakar (Sénégal). *Ann. Soc. Belg. Méd. Trop.*, 1990, 70, 33-37.
3. Lelijveld J, Kortmann H : The eosinophil test of Dill and Glaski : a simple field test to detect chloroquine in urine. *Bull. WHO*, 1970, 42, 477-479.
4. Trape JF, Legros F, Ndiaye P, Konate L, Bah IB, Diallo S, Verdier F, Hatin I, Le Bras J : Chloroquine-resistant *Plasmodium falciparum* malaria in Senegal. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1989, 83, 761.