

Organisation mondiale de la Santé
Programme mondial de lutte antipaludique

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)

Ces dernières années, l'OMS a observé un ralentissement dans les efforts de mise à échelle du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) pour lutter contre le paludisme à l'aide de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) dans un certain nombre de pays africains. Plusieurs raisons entrent en ligne de compte bien qu'il faille probablement aussi reconnaître la confusion qui règne chez les agents de santé quant à l'administration de la SP pour le TPIg. C'est la raison pour laquelle l'OMS cherche à mettre au clair ses recommandations et demande instamment aux autorités sanitaires de diffuser ces recommandations à grande échelle en vérifiant leur application correcte.

Dans plusieurs pays africains, certains parasites à *Plasmodium falciparum* sont porteurs de quintuples mutations liées à la résistance à la SP qui sont associées in vivo à l'échec thérapeutique de la SP. Le TPIg avec de la SP reste efficace pour prévenir les conséquences indésirables du paludisme sur la santé maternelle et fœtale dans les régions où une proportion élevée de parasites à *Plasmodium falciparum* portent ces quintuples mutations.¹ Par conséquent, le TPIg avec la SP doit continuer à être administré aux femmes de ces régions. Tous les efforts possibles devront être faits pour élargir l'accès au TPIg avec la SP dans toutes les régions avec transmission modérée-à-élevée en Afrique, dans le cadre des consultations prénatales. Selon une revue récente faite par l'OMS des données probantes en la matière², une mise à jour est faite de la recommandation.

Dans les régions où la transmission du paludisme est modérée à élevée, le TPIg avec la SP est recommandée 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 rapidement que possible lors du 2^e trimestre³ de la grossesse
- Chaque dose de SP devrait être donnée à au moins 1 mois d'intervalle
- La dernière dose du TPIg avec SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement, sans qu'il n'y ait de risques.

1 Les résultats d'une étude observationnelle chez des femmes tanzaniennes d'une région avec des niveaux de quintuple mutation associée fortement à la résistance au médicament et où était présente également une mutation de résistance de dhps sur le codon 581 indiquent une densité placentaire accrue du parasite et des changements inflammatoires chez les femmes indiquant utiliser le TPIg avec SP. Cela demande une enquête plus approfondie bien qu'il soit important de noter que cette mutation spécifique de résistance de DHPS ne soit pas courante actuellement.

2 Rapport disponible sur le site web de l'OMS-GMP à l'URL suivant:

http://www.who.int/malaria/mpac/sep2012/iptp_sp_erg_meeting_report_july2012.pdf

3 L'administration du TPIg devrait être évitée pendant le 1er trimestre de la grossesse mais démarrer aussi tôt que possible lors du 2e trimestre. Le fait qu'une femme est entrée dans le second trimestre peut être déterminé par les premiers mouvements fœtaux ou par la mesure de la hauteur utérine par le personnel de santé des CPN.

- Le TPIg devrait être administré dans l'idéal comme traitement sous observation directe (DOT)
- La SP peut être administrée à jeun ou avec la nourriture
- L'acide folique à une dose quotidienne égale ou supérieure à 5 mg ne devrait pas être donné avec la SP car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique⁴
- La SP ne devrait pas être administrée aux femmes recevant une prophylaxie à base de co-trimoxazole

Dans certains pays où le TPIg avec la SP est utilisé actuellement, la transmission du paludisme a nettement reculé. En l'absence d'information sur le niveau de transmission du paludisme en dessous duquel le TPIg-SP n'est plus efficace par rapport aux coûts, ces pays ne devraient pas arrêter le TPIg.⁵

Il n'existe pas actuellement de preuves suffisantes pour soutenir une recommandation générale de l'utilisation du TPIg-SP en dehors de l'Afrique.

Le suivi de l'efficacité du TPIg-SP et de l'innocuité de multiples doses est essentiel et devrait continuer. La recherche est en cours pour définir la meilleure méthodologie pour un tel suivi et ses résultats seront partagés dès qu'ils sont disponibles.

⁴ L'OMS recommande des suppléments quotidiens de fer et d'acide folique chez les femmes enceintes à la dose de 30-60 mg de fer élément et 0,4 mg d'acide folique pour réduire le risque d'insuffisance pondérale à la naissance, d'anémie maternelle et de carence en fer à terme.

⁵ Des études de modélisation sur le coût-efficacité sont en cours pour répondre à cette question. Il faut également tenir compte du risque-avantage de l'administration de la SP en envisageant les recommandations de l'utilisation du TPIg.