

CO.MV.01

ASPECTS PHYSIOPATHOLOGIQUES ET CLINIQUES DE L'ATTEINTE PULMONAIRE DANS LE PALUDISME GRAVE

Libert N, Pelletier C, Dubost C, Franck L, Batjom E, Rousseau JM

Service d'anesthésie réanimation, HIA Bégin, St Mandé, France.

Correspondance : jmr.rousseau@free.fr

Une conférence de consensus récente a revu les critères de définition du paludisme grave, déjà élaborés par l'OMS en 2000. Parmi ces critères figure la dysfonction pulmonaire, basée sur un rapport PaO₂ / FiO₂ inférieur à 300. Les auteurs rappellent les liens existant entre le parasite et la fonction pulmonaire, énumèrent les signes cliniques, radiologiques et gazométriques confirmant l'atteinte pulmonaire chez des patients hospitalisés en réanimation. Ils citent les hypothèses physiopathologiques pouvant expliquer cette atteinte, et détaillent les moyens mis en œuvre en réanimation ou sur le terrain pour vérifier ces hypothèses. Ils proposent des scores clinico biologiques qui pourraient aider les cliniciens à prédire le risque de défaillance respiratoire et son degré de gravité. Ils évoquent enfin les principes de la prise en charge respiratoire tout en l'intégrant dans une prise en charge globale.

CO.MV.02

LE RECTOCAPS D'ARTÉSUNATE EST UTILE POUR LA PRISE EN CHARGE DU PALUDISME GRAVE EN ZONE ISOLÉE

Comte E, Djoumesi JC, Koskaleva A, Verhoustraeten F

MSF 78 rue de Lausanne 1211 Genève Suisse

Correspondance : eric.comte@geneva.msf.org

Le paludisme demeure une des premières causes de décès dans le monde avec la tuberculose et le HIV. La prise en charge du paludisme grave dans les centres de santé ou dans les villages sans centre de santé reste souvent difficile par manque de ressources ou par manque de personnels expérimentés.

Les dérivés de l'artémésinine sont des produits efficaces, faciles à manipuler, sans effet secondaire important, avec peu de contre-indications en dehors de la grossesse au premier trimestre. Ces produits se présentent sous forme orale, injectable ou rectale.

Le rectocaps d'artésunate est une gélule rectale avec une bonne stabilité (deux ans de date d'expiration en milieu tropical), une bonne efficacité. Des études de biodisponibilité ont montré une absorption rapide de l'artésunate dans le sang à travers la muqueuse rectale. Le rectocaps est commercialisé par plusieurs compagnies notamment asiatiques ou européennes. Il existe des dosages de 50, 100 ou 200 mg. La dose recommandée est de 10 mg/kg et par jour. Son usage très simple apporte une aide importante dans la prise en charge du paludisme grave ou compliqué notamment en zone isolée avec du personnel peu formé sans avoir à gérer le problème des aiguilles et sans risque d'abcès fessier rencontré lors des injections IM. L'OMS recommande le rectocaps d'artésunate au niveau périphérique avant la référence des cas de paludisme grave vers un hôpital. Médecins Sans Frontières utilise depuis un an le rectocaps dans ces programmes au Myanmar, au Niger, en Guinée. Au-delà de la recommandation de l'OMS, notre expérience montre que le rectocaps peut être utile dans le paludisme pour lesquels des vomissements rendent impossible la forme orale ou dans des paludismes graves sans possibilité de référence sur un hôpital. Le rectocaps a été utilisé avec succès dans des centres de nutrition, auprès d'agents de santé communautaires, dans des centres de santé ou dans des hôpitaux.

Un élargissement de la recommandation de l'OMS est nécessaire. La bonne absorption de l'artésunate par voie rectale pourrait en faire un produit de choix pour le traitement complet du paludisme grave. Son utilisation dans les hôpitaux serait appréciable notamment en pédiatrie.

Notre expérience met aussi en évidence la nécessité de quelques améliorations. La forme 100 mg est la plus utile. L'utilisation d'artémésinine plus stable que l'artésunate permettrait d'avoir des dates de péremption plus étendues. L'idéal serait d'avoir une combinaison thérapeutique associant un deuxième antipaludéen à l'artésunate.



INTÉRÊT DU DOPPLER TRANS CRÂNIEN (DTC) LORS DU PALUDISME GRAVE DE L'ADULTE NON IMMUN

Becret A, Mardelle V, Nau A, Pouliquen G, Peytel E

Anesthésie-Réanimation, HIA Laveran Marseille.

Correspondance : tonin_becret@hotmail.com

De nombreuses hypothèses ont été proposées pour expliquer la séquestration des hématies parasitées par *Plasmodium falciparum* dans les capillaires cérébraux (cyto-adhérence, rosetting) entraînant une augmentation de la viscosité et un ralentissement du flux sanguin dans les capillaires.

Nous avons étudié par DTC (méthode non invasive) chez l'adulte présentant un paludisme grave d'importation les flux artériels cérébraux comparés au degré de parasitémie. Tous les patients hospitalisés pour paludisme grave ont bénéficié à l'admission, d'un examen QBC malaria test, d'un frottis sanguin et d'un examen DTC (sonde 1 MHz) mesurant les vitesses du flux des artères cérébrales moyennes et calculant l'index de pulsativité (IP). Les chiffres sont exprimés en moyenne, médiane, écart type, extrêmes et %. Dix patients hospitalisés en réanimation pour une infection à *P. falciparum* documentée et présentant un ou des critères de gravité de la classification de l'OMS ont été inclus dans l'étude. L'âge des patients était de 40 ± 13 ans (19-62) avec un sex ratio de 0,9, un SAPS II de $34,3 \pm 10$ (20-53), un score de Glasgow de 10 ± 4 (14-3). La parasitémie était de $12,2 \pm 16,9$ % (extrêmes : 0,01-50). L'IP (moyenne sur les 2 artères cérébrales moyennes) était de $1,9 \pm 2,5$ (0,8-9).

Des études réalisées chez l'enfant en zone d'endémie ont montré l'intérêt de la surveillance de la pression de perfusion cérébrale (PPC) et du DTC dans l'évaluation pronostique (*Pediatr Neurol* 1996;15 : 41). Chez l'adulte l'intérêt de la surveillance de la PPC a été démontré (*Med Trop* 1997 ; 57 : S76) mais la mesure de la pression intracrânienne fait courir un risque hémorragique du fait des troubles de l'hémostase habituellement observés. Ces résultats préliminaires semblent montrer l'existence d'une corrélation entre le degré de parasitémie et les perturbations du flux sanguin cérébral mesurées par DTC.

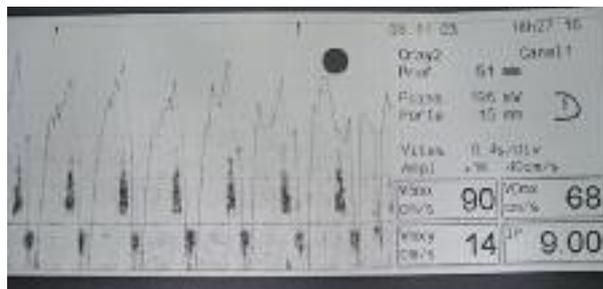


Figure 1. Courbe de doppler transcrâniën montrant des anomalies de flux sanguin sur l'artère cérébrale moyenne d'un patient avec un paludisme grave.

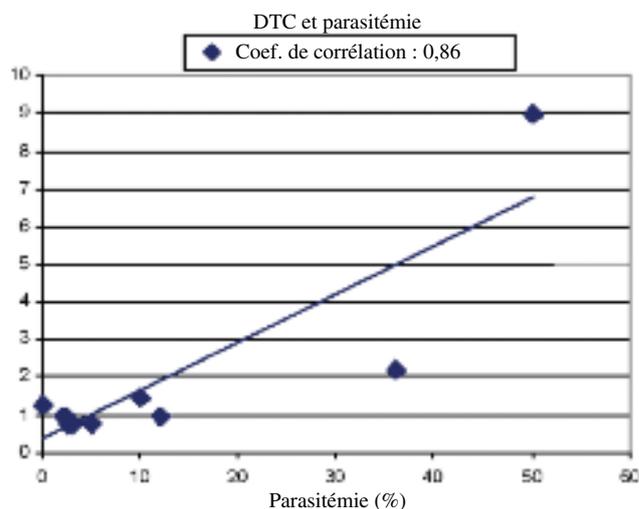


Figure 2. Courbe de corrélation entre la parasitémie et l'importance des troubles de vascularisation.

CO.MV.04

LA PRÉVENTION DU PALUDISME À LA RÉUNION : ÉVALUATION DES PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

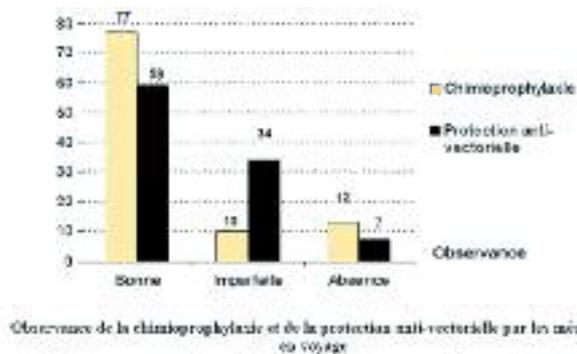
Di Bernardo S¹, Guihard B^{1,2}, Dary M^{1,2}, Sissoko D³, Marjolet M²

1. Médecine polyvalente, Pôle Urgences, CHU de Nantes.

2. Service de consultations des voyageurs, CHU de Nantes. 3. INVS, Cellule interrégionale d'épidémiologie, La Réunion Mayotte

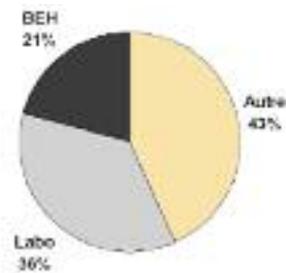
Correspondance : servane.dibernardo@chu-nantes.fr

Bien que La Réunion soit officiellement indemne de paludisme, le risque de résurgence de la maladie n'y est pas négligeable. L'analyse des 312 cas de paludisme importé à la Réunion en 2003-2004 montre que plus de 90 % des patients ayant présenté un accès palustre suivaient une chimio prophylaxie non conforme aux recommandations. Quel rôle les médecins généralistes jouent-ils en terme de prévention du risque palustre dans la région ?



Observance de la chimioprophylaxie et de la protection anti-vectorielle par les médecins en voyage

Seule l'observance est analysée. L'insuffisance est distinguée entre la zone visitée et la zone d'origine des voyageurs de protection n'ayant pas été observée dans cette application.



Part de l'information fournie par l'industrie pharmaceutique et du BEH dans les références importées citées

Labo : information fournie par l'industrie pharmaceutique
BEH : Bulletin Épidémiologique Médecinale (version papier)
Autre : autres types de références (autres que les références aux professionnels)

Une enquête par entretien direct a été réalisée auprès de 100 médecins généralistes installés à la Réunion. Un questionnaire de 29 items a permis d'explorer les modalités des consultations avant un voyage en zone d'endémie et de recueillir les attentes des praticiens.

Seulement 48 % des médecins ont déclaré adopter une protection anti-vectorielle associée à une chimioprophylaxie au cours de leurs propres voyages. Ils se sont dit en grande majorité (78 %) intéressés par la médecine tropicale mais seulement 15 % des praticiens étaient titulaires d'une qualification. Cette activité ne représentait en moyenne pour eux qu'une consultation par semaine. La durée de celle-ci était de moins de 20 minutes. Le recours aux références était variable selon les destinations mais assez systématique (85 %) pour celles hors Océan Indien. Le BEH n'était cité comme source d'information que par 21 % des médecins et l'industrie pharmaceutique par plus du tiers (36 %). Les recommandations nationales en terme de chimioprophylaxie n'étaient respectées que par 40 % des praticiens. Pour 29 % d'entre eux, ce choix était parfois volontaire et motivé par le coût élevé des traitements. Enfin, moins de la moitié des médecins (42 %) accordaient une place prioritaire à la protection anti-vectorielle.

Ce travail révèle la difficulté pour les médecins généralistes d'entretenir une compétence dans le domaine de la prévention du paludisme et l'importance de développer la coopération avec les centres de référence. Il met en évidence la nécessité d'une diffusion plus large de données de références nationales, régulièrement mises à jour. Enfin, il apporte un éclairage sur certaines prescriptions inadaptees de chimioprophylaxie. Ces prophylaxies délétères sont souvent le fruit d'une mauvaise information. Elles correspondent parfois à un choix volontaire du praticien alors que d'autres alternatives étaient envisageables. Outre le travail en réseau et l'accès plus facile à une source d'information fiable, l'organisation de FMC interactives pourrait également avoir un impact favorable sur les pratiques des médecins généralistes.

CO.MV.05

PALUDISME GRAVE D'IMPORTATION DE L'ADULTE : ÉTUDE PROSPECTIVE DE 85 PATIENTS

Rapp C, Ficko C, Andriamanantena D, Ba PS, Pelletier C, Imbert P, Rousseau JM, Debord T

Service des maladies infectieuses et tropicales, HIA Bégin, Saint-Mandé

Correspondance : rappchristophe@aol.com

La définition du paludisme grave, établie en 1990 par l'OMS, a été révisée en 2000. La pertinence de ces critères de définition appliqués au paludisme grave d'importation, pris en charge dans un contexte de soins européens est controversée.

L'objectif est de décrire les aspects cliniques et évolutifs du paludisme grave d'importation de l'adulte et évaluer la pertinence des critères OMS 2000. Il s'agit d'une étude prospective des adultes hospitalisés pour un paludisme grave à *Plasmodium falciparum* (mise en évidence de formes asexuées de *P. falciparum* sur le frottis sanguin associée à au moins un critère OMS 2000) du 1er janvier 2000 au 31 janvier 2008.

Ont été inclus 85 patients (71 hommes, 14 femmes) représentant 22 % des cas de paludisme à *P. falciparum* admis durant la période. L'âge moyen était de 36 ans (extrêmes : 16-81). On comptait 35 migrants, 25 touristes, 16 militaires et 9 expatriés. Quarante-vingt quinze pour cent des patients revenaient d'Afrique. Parmi-eux, 79 % étaient non-immuns. La chimioprophylaxie était absente ou inadaptée dans 81 % des cas. Les délais d'apparition des symptômes et de diagnostic par rapport au retour étaient respectivement (en médiane) de 6 et 3 jours. A l'admission, un ictere (87%), des troubles de la conscience (28 %), une hyperparasitémie (28 %) et une défaillance respiratoire (14 %) étaient les critères les plus fréquents. Trente trois patients (39 %) présentaient au moins un critère majeur de sévérité OMS à l'admission. Parmi-eux, vingt-cinq, soit 29 % de l'ensemble des cas ont été pris en charge en réanimation pour une durée moyenne de

séjour de 17 jours. Deux décès (létalité 2,3%) ont été observés chez des caucasiens. Deux patients ont conservé des séquelles. Les quarante deux patients (49 %) qui présentaient un ictère isolé (bilirubine > 50 µmol/L) à l'admission ont évolué favorablement, en l'absence de dose de charge de quinine.

Peu de données sont disponibles sur le paludisme grave d'importation de l'adulte en France qui représente 4 % des accès à *P. falciparum* notifiés annuellement en France, soit moins de 200 cas par an. Nos résultats confirment l'intérêt des critères majeurs OMS dont la présence d'une acidose. En accord avec les recommandations Françaises de 2007, la pertinence de certains critères OMS 2000 tels que l'ictère ou l'hyperparasitémie isolée apparaît faible. Dans ces formes cliniques, le bénéfice de la dose de charge de quinine mérite d'être discuté.

CO.MV.06

PALUDISME GRAVE D'IMPORTATION CHEZ L'ENFANT EN FRANCE ETUDE NATIONALE RÉTROSPECTIVE DE 1996 À 2005

Mornand P, Legros F, Verret C, Faye A, Minodier P, Gendrel D, Imbert P
Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, France.
Correspondance : patrick.imbert@santarm.fr

Les travaux sur le paludisme grave pédiatrique d'importation sont rares et peu informatifs. Nous avons voulu, dans une étude nationale rétrospective, en préciser les facteurs de survenue et évaluer la pertinence des critères de gravité de l'OMS en France.

A partir de la base de données du CNR paludisme concernant les enfants hospitalisés de 1996 à 2005 pour un paludisme à *Plasmodium falciparum*, nous avons recherché des facteurs associés à la survenue d'une forme grave, puis nous avons étudié les dossiers de paludisme grave, défini selon les critères 2000, dans les hôpitaux ayant déclaré plus de 5 cas pendant la période étudiée. Pour ce travail, la gravité a été évaluée en analyse univariée et multivariée, en l'absence de décès, par le recours aux actes thérapeutiques majeurs (ATM) ou à un séjour en réanimation ; le seuil de parasitémie associé à la gravité a été recherché par la réalisation de courbes ROC.

Parmi 4 150 enfants, 3 299 avaient une forme simple et 851 avaient une forme grave (âge moyen : 7,7 ± 4,2 ans versus 6 ± 4,1 ans, p<0,0001). En analyse multivariée, les facteurs indépendants prédictifs de la survenue d'une forme grave étaient le jeune âge et le séjour dans un pays du Sahel. L'existence d'une infection mixte (*P. falciparum* + autre plasmodie) diminuait le risque de forme grave. Parmi les 421 cas graves étudiés dans les 14 hôpitaux les plus déclarants, le recours aux ATM étaient significativement plus fréquent en cas d'âge < 2 ans, de séjour dans un pays du Sahel, de thrombopénie < 100 000/mm³ et d'absence de chimioprophylaxie. Les critères OMS les plus prédictifs de recours aux ATM étaient l'anémie sévère, le coma, la prostration, les convulsions multiples et les troubles de conscience. Les variables les plus prédictives d'un séjour en réanimation étaient le séjour dans un pays du Sahel, une thrombopénie < 100000/mm³ et l'absence de chimioprophylaxie. Les critères OMS les plus prédictifs de séjour en réanimation étaient la détresse respiratoire, le coma, la prostration et les convulsions multiples. L'hyperparasitémie isolée ≥ 4 % n'avait pas de valeur pronostique, mais le seuil de 8 % était le plus discriminant vis-à-vis d'une prise en charge intensive.

Malgré son caractère rétrospectif, ce travail fournit des données importantes pour améliorer la connaissance du paludisme grave d'importation de l'enfant en France.

CO.MV.07

ETUDE DE SÉROPRÉVALENCE DE LA DENGUE EN GUYANE EN 2006

Meynard J-B¹, Dussart P¹, Cardoso T², Quatresous I³, Matheus S¹, Langevin S¹, Lamy M¹, Renner J¹, Dupuy B¹, Ardillon V², Morvan J¹, Quénel P², Spiegel A¹

1 Institut Pasteur de la Guyane, Cayenne.

2. Cellule inter régionale d'épidémiologie Antilles-Guyane, 3 Institut de Veille Sanitaire.

Correspondance : jbmeynard@pasteur-cayenne.fr

Entre décembre 2005 et juin 2006, la Guyane a été confrontée à une épidémie de dengue au cours de laquelle 16 200 personnes ont consulté pour un tableau clinique évocateur de la maladie. Cette épidémie, liée à la circulation du sérotype 2, a été caractérisée par la survenue de 204 cas confirmés hospitalisés dont 27 cas de dengue hémorragique, 100 cas de dengue sévère non hémorragique et 4 décès. C'est dans ce contexte que le Ministre de la santé a demandé à l'Institut de Veille Sanitaire de conduire une enquête de séroprévalence de la dengue en Guyane dont l'objectif était d'estimer la proportion de la population ayant été en contact avec le virus de manière récente ou ancienne.

Une enquête prospective, coordonnée par l'Institut Pasteur de la Guyane, a été menée pendant une période de 4 mois chez toutes les femmes enceintes accouchant dans le département et y vivant depuis au moins 6 mois. Afin d'assurer une représentativité géographique et populationnelle, les centres investigateurs comprenaient les 4 maternités et les 2 centres de santé pratiquant des accouchements. L'étude comportait un prélèvement sanguin à la recherche d'anticorps IgM et IgG anti-flavivirus (dengue, fièvre jaune et encéphalite de Saint Louis)

ainsi qu'un questionnaire portant sur la vaccination fièvre jaune, les antécédents de syndrome dengue-like au cours des 9 mois précédents et le recours aux soins.

Au total, 689 femmes enceintes ont été incluses entre le 15 septembre et le 31 décembre 2006 : 50% ayant accouché au centre hospitalier de Cayenne, 31% à Saint Laurent et 18% à Kourou. Parmi cet échantillon, 1,9% (IC95% [0,9%-1,9%]) des femmes ont montré la présence d'IgM anti-flavivirus vraisemblablement en rapport avec une infection récente (moins de 6 mois) par l'un des virus de la dengue. La recherche d'IgG anti-flavivirus a montré que 8% des patientes (IC95% [6%-10%]) n'ont jamais été au contact d'un flavivirus dans le milieu naturel et que 92% (IC95% [90%-94%]) ont été au moins une fois au contact d'un des trois flavivirus dans le milieu naturel.

Ces résultats dont la validité et la représentativité sont à discuter sont difficiles à interpréter puisque la population est théoriquement vaccinée contre la fièvre jaune et que des réactivités sérologiques croisées existent entre les virus testés. Vu la faible circulation des autres flavivirus en milieu naturel, nos résultats suggèrent qu'environ 92% de la population adulte a été en contact avec un virus de la dengue.

CO.MV.08

LE PALUDISME AUX URGENCES DE L'HÔPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMED V DE RABAT

Mounir K, El Moqaddem A, Drif Z, Aziz F, Khamissi Y, Dimou M

Service des Urgences de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat - Maroc

Correspondance : khalildoc@hotmail.com

Les voyages en zones d'endémie palustre sont en augmentation, et le paludisme d'importation est un problème de santé prioritaire. Ce problème n'exclue pas les armées. Il touche particulièrement les unités positionnées dans les régions impaludées. La lutte anti-paludique est de ce fait un défi permanent pour la santé militaire.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, colligée au Service des Urgences de l'HMI Med V, sur une période d'un an (du 1 Janvier au 31 Décembre 2007). Nous avons inclus tous les patients consultants aux urgences pour suspicion d'affection en rapport avec le paludisme. Nous avons étudié les caractéristiques démographiques des patients, le motif de consultation, le moyen diagnostique, le parasite isolé, le traitement et l'évolution.

Durant cette période, 24 patients, tous de sexe masculin, étaient admis pour suspicion d'accès palustre (séjour en zone d'endémie). Leurs âges étaient compris entre 21 et 52 ans. La goutte épaisse était réalisée chez tous les patients. Seules 8 étaient positives (33,33%). Tous les patients ont reçu une chimio prophylaxie. Le plasmodium ovale était isolé chez 8,33 % des patients alors que *Plasmodium falciparum* était en cause dans 16,66 % des cas. 5 Patients étaient originaires d'Afrique Tropicale (Militaires détachés, en mission). Tous les patients étaient traités par du Lariam®.

La mise en évidence du parasite et plus particulièrement de ses formes asexuées dans le sang, critère indispensable de diagnostic, se fait habituellement par l'examen au microscope optique d'une goutte épaisse et/ou d'un frottis mince de sang colorés au Giemsa. L'existence de formes à symptomatologie atypique avec parasitémie faible, voire indétectable par les techniques classiques d'identification, incite au développement de techniques diagnostiques plus sensibles. La prévention et le traitement du paludisme à *Plasmodium falciparum* devient de plus en plus difficiles du fait de l'extension croissante des chimio-résistances.

La présence de troupes marocaines en zones impaludées fait du paludisme une préoccupation constante pour le médecin militaire. Ce dernier est appelé à savoir organiser et surveiller la prévention, diagnostiquer et traiter aussi bien les accès palustres simples que les formes graves.

CO.MV.09

EFFETS DE LA PRESSION DÉMOGRAPHIQUE SUR LA RÉPARTITION DES GLOSSINES ET L'ÉVOLUTION DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE EN MILIEU URBAIN ET PÉRIURBAIN DE LA VILLE PROVINCE DE KINSHASA

Mansinsa Diabakana P, Kande Betu Kumeso V, Basha M, Van Der Veken W

Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Correspondance : diabakana@yahoo.fr

Après avoir identifié les points de contact hommes glossines et établi les relations avec la persistance de la maladie dans l'espace urbain et périurbain de la ville de Kinshasa en 1999, un suivi de l'évolution de la maladie ainsi que de la présence des glossines par rapport aux activités des populations de la ville, montre qu'en l'espace de 7 ans, les espaces de Ndjili (du pont à Cecomaf) et de la Funa sont actuellement débarrassés des glossines et progressivement le taux d'infection de la THA dans ces milieux a nettement diminué. L'anthropisation de ces espaces a agi intensément sur la distribution des glossines et de la maladie. Au niveau de Kimwenza et de Lutendele, la réduction de l'espace occupé par les glossines a plutôt augmenté le contact homme mouche tsé tsé par conséquent le risque de la transmission de la maladie du sommeil.

CO.MV.10

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU PALUDISME EN GUYANE

Carme B, Ardillon V, Girod R, Grenier C, Joubert M, Djossou F, Ravachol F

Service de Parasitologie Mycologie, Equipe EA 3593, Centre Hospitalier de Cayenne et Faculté de Médecine des Antilles et de la Guyane, Cayenne, CIC-EC 802 Antilles - Guyane (Inserm/DHOS)

Correspondance : carme.bernard@wanadoo.fr

Les derniers travaux publiés présentant la situation épidémiologique du paludisme pour l'ensemble de la Guyane remonte à 20 ans. Ce département français d'Amérique est pourtant avec Mayotte le seul territoire français d'endémie palustre.

Cette étude fait le point de la situation du paludisme à partir des données de surveillance officielle complétées d'informations issues de données hospitalières et d'enquêtes ponctuelles menées sur le terrain au cours des dernières années. Les difficultés pour le recueil exhaustif, continu et homogène des données de surveillance sont récurrentes en Guyane et la détermination des taux d'incidence régionaux précis et par espèce plasmodiale a toujours posé problème. Cette situation est la conséquence de l'isolement des régions d'endémie, des importants flux migratoires, souvent anarchiques, mais aussi des modalités de recensement des données pas toujours garant d'homogénéité et de régularité. L'exigence en milieu isolé de soins curatifs rapides et efficaces peut compliquer le recueil exhaustif des données classiques de surveillance épidémiologique. C'est pourquoi il est nécessaire de recouper les sources d'informations et d'effectuer des sélections parmi les données disponibles.

La situation du paludisme en Guyane apparaît globalement stable depuis le début de la décennie avec une moyenne annuelle de 3920 accès palustres enregistrés soit un taux d'incidence de 20 ‰ en sachant que les 3/4 de la population guyanaise (~ 200 ;000 habitants) résident en dehors des foyers d'endémie. *P. falciparum* et *P. vivax* se répartissent à part égale, *P. malariae* ne représentant que 2,6% des cas. Mais la situation est hétérogène. L'augmentation du nombre de cas, surtout à *P. vivax*, dans l'est du département (foyer de l'Oyapock où des taux d'incidence annuels peuvent atteindre 500 ‰ chez les enfants, et toute la région située entre Saint Georges et Cayenne) ainsi que dans les deux villages de l'intérieur (Saint Elie et Saül), contraste avec une diminution importante dans l'ouest guyanais, particulièrement pour *P. falciparum* dans les foyers du bas et du moyen Maroni, ces régions n'étant plus actuellement classées comme zones à risque élevé. La majorité des sites posant problème actuellement sont localisés à proximité des lieux de migration et particulièrement ceux en rapport avec l'orpaillage clandestin. Dans la bande littorale où se situent les 3 villes guyanaises et la grande majorité de la population, les cas signalés sont classiquement des cas importés mais qui peuvent être occasionnellement à l'origine d'une transmission locale, phénomène généralement vite maîtrisé. *Anopheles darlingi* est toujours reconnu comme le vecteur majeur mais son rôle exclusif dans la transmission est moins évident dans l'est guyanais où l'hypothèse de la contribution d'autres espèces dans le maintien de l'endémie se trouve renforcée.

Les moyens disponibles dans ce département français (moyens financiers importants, maillage sanitaire du territoire, sensibilisation de la population et formation des personnels médicaux et paramédicaux au diagnostic et au traitement du paludisme, ...) contribuent, malgré une endémie palustre encore bien implantée et des caractéristiques épidémiologiques défavorables, à la relative rareté des formes sévères.