

Communications orales

Session « Pathologies diverses »

COD 01

Etude de la situation actuelle du paludisme chez les enfants dans la capitale Mauritanienne, Nouakchott

Lekweiry KM^{1,2}, Basco LK^{3,4}, Ahmedou Salem MSO¹, Hafid JE², Marin-Jauffre A³, Weddih AO⁵, Briolant S^{3,4}, Bogreau H^{3,4}, Pradines B^{3,4}, Rogier C^{3,4}, Trape JF⁴, Ali O Mohamed Salem O Boukharya¹

1. Laboratoire de Biotechnologies, Faculté des Sciences et Techniques, Université de Nouakchott, BP 5026, Mauritanie

2. Laboratoire Aliments, Environnement et Santé (LAES), Faculté des Sciences et Techniques, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

3. Unité de Parasitologie, Institut de Recherche Biomédicale des Armées, Le Pharo, Marseille, France

4. Unité de Recherche sur les Maladies Infectieuses et Tropicales Emergentes, Unité Mixte de Recherche 6236/Unité de Recherche Institut de Recherche pour le Développement 198, Faculté de Médecine La Timone, Université de la Méditerranée, Marseille, France

5. Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier National, Nouakchott, Mauritanie

■ Correspondance : lkbasco@yahoo.fr

En Mauritanie, le paludisme représente en moyenne 22 % des causes de morbidité et plus de 51 % des causes de décès dans les régions du Sud et du Sud-Est du pays. A Nouakchott, zone considérée jusqu'ici comme indemne de paludisme, des cas présumés autochtones ont été récemment mis en évidence. L'objectif de cette étude est d'étudier la prévalence et la morbidité palustres chez des enfants résidents permanents à Nouakchott. **Matériel et Méthodes.** L'étude a été effectuée dans trois structures de santé à Nouakchott entre 2009 et 2010. Tous les enfants fébriles, âgés de 0 à 14 ans et résidents permanents à Nouakchott, ont été examinés avec le consentement de leurs parents. Les gouttes épaisses, les frottis minces, le test de diagnostic rapide (OptiMAL-IT) et la PCR pour l'identification des espèces plasmodiales ont été réalisés à partir d'un prélèvement de sang au bout du doigt. Les lames ont été colorées au Giemsa puis lues au microscope optique. L'étude des gènes de résistance *pvdhfr*, *pvdhps* et *pvmdr1* chez les souches plasmodiales a été également envisagée. **Résultats.** Sur un total de 301 enfants fébriles, 105 (35 %) étaient positifs par PCR, 87 (28,9 %) par la microscopie et 90 (30 %) par l'OptiMAL-IT. *Plasmodium vivax* a représenté 97,1 % (102/105) des cas positifs et *Plasmodium falciparum* 2,9 % (3/105). 51,4 % des sujets positifs avec *P. vivax* n'ont jamais quitté Nouakchott. Les habitants des arrondissements de Teyarett et de Darnaim sont les plus touchés et les enfants appartenant à l'ethnie Maure représentent 97,0 % des cas à *P. vivax*. Aucun isolat de *P. vivax* ne présentait de polymorphisme sur le gène *pvdhps* (type sauvage), 10 isolats présentaient une double mutation sur le gène *pvdhfr* et 27 % une mutation sur le gène *pvmdr1*. La majorité (97 %) des isolats avaient une seule copie du gène *pvmdr1* ; 3 isolats avaient 2 copies du gène. **Conclusions.** Les résultats de la présente étude indiquent que : 1) le paludisme est endémique à Nouakchott et *P. vivax* est l'agent causal, 2) le taux de résistance aux anti-folates à Nouakchott est encore faible. Toutefois, d'autres études, *in vitro* et *in vivo*, seront nécessaires pour confirmer ces données.

■ Mots-clés : Paludisme. *P. vivax*. Transmission autochtone. Morbidité. Antifolates. Mauritanie.

COD 02

Adaptation de l'*Anopheles gambiae s.l.* aux saisons sèches arides

Adamou S, Akogbéto M

Programme National de Lutte contre le Paludisme, Niger

■ Correspondance : sadamouba@yahoo.fr

La survie des l'anophèles et leur adaptation aux conditions climatiques extrêmes comme les longues saisons sèches qui sévissent dans certaines régions d'Afrique sub-sahariennes, en particulier dans les zones semi-désertiques demeurent une énigme à élucider. En effet dans ces régions, comment comprendre le rapide repeuplement des gîtes en larves d'*An. gambiae* dès le démarrage de la saison pluvieuse. Pour évaluer ce phénomène en saison sèche aride, nous avons recherché et capturé des anophèles au niveau de deux sites dont un témoin caractérisé par la présence de gîtes de reproduction de moustiques et l'autre test dépourvu de toute collection d'eau. L'objectif est d'étudier le milieu de refuge, les mécanismes de survie et d'adaptation d'*Anopheles gambiae s.l.* au saisons sèches de longues durées et de les caractériser biologiquement. Un total de 442 habitations a été prospecté au cours des 3 mois de l'étude pour la recherche des moustiques adultes. Un seul (5 %) anophèle (*An. gambiae*) a été trouvé à jeun sur le site test contre 20 (95 %) au niveau du site témoin. 5 (23,8 %) anophèles parmi elle ont un abdomen volumineux contenant une substance gélatineuse. 71 gîtes (7,8 %) hébergent des larves dans le site témoin alors qu'aucun gîte positif n'a été trouvé dans le site test pendant toute la durée de l'étude. Par ailleurs, 22 (31 %) des 71 gîtes des larves d'anophèles hébergeant les larves sont alimentés par de l'eau polluée bien qu'il soit bien connu que les anophèles ne se reproduisent que dans de l'eau propre. Les anophèles issus de l'élevage des larves collectés sont constitués de 74 % d'*Anopheles gambiae s.l.*, 2,6 % d'*Anopheles nili* et 23,4 % d'*Anopheles funestus*. Tous les *An. gambiae s.s.* récoltés appartiennent à la forme M. Le biotope constitué par la zone témoin est conforme aux caractéristiques écologiques de Mopti. Il semble que la capacité d'adaptation d'*An. gambiae s.s.* à des environnements très différents est en grande partie liée à la présence d'inversions chromosomiques polymorphes qui apparaissent sur le chromosome 2. La forme S qui n'a pas été retrouvé dans notre étude semble ne pas s'adapter aux conditions environnementales de nos sites.

■ Mots-clés : Adaptation. *Anopheles gambiae s.l.* Saisons sèches arides;

Bilan de l'expérience pilote de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PV VIH) en milieu rural dans les régions de Kayes et Sikasso (Mali)

Mansour Sy, Doumbo O, Desplats D, Farnarier G, Soula G, Delmont J
et le Groupe PV-VIH de l'Association des Médecins de Campagne du Mali

Santé Sud, Bamako, Mali

■ Correspondance : santesud@afribone.net.ml

Pour décentraliser l'offre de soins aux PVVIH un réseau pilote hôpital de référence-aires de santé dirigées par un médecin généraliste communautaire (MGC) a été créé dans les régions de Sikasso et Kayes. L'ONG Santé Sud, qui accompagne l'installation de jeunes médecins maliens en milieu rural, a été chargée de la coordination de l'appui technique du projet, financé par le Fonds Mondial. A l'hôpital régional un médecin est référent pour le diagnostic, le bilan biologique et la stratégie thérapeutique. Les MGC incitent les patients au dépistage, suivent les PVVIH sur leur lieu de vie : diagnostic/traitement des infections opportunistes, observance au traitement, effets indésirables, et collectent les données analysant l'impact du réseau. Une association régionale de PVVIH assure accompagnement psychologique et appui socio-économique aux patients. Cette présentation établit le bilan de ce réseau au terme de 4 années d'activités (2006-2009). *Méthodes.* Enquête prospective de suivi de cohorte. *Résultats.* 352 PVVIH incluses, dont 85 % suivies (au cours de 1 196 consultations). Âge moyen de 34,4 ans, prédominance féminine (sex-ratio=0,64). Les groupes à risque (chauffeurs, militaires, professionnelles du sexe) représentent seulement 3,2 %. Découverte de la séropositivité par dépistage volontaire, à un stade avancé d'immunodépression (40 % stades cliniques 3 ou 4, 67,6 % d'infections opportunistes, 39 % avec numération CD4 < 200). Une trithérapie a été instaurée chez 286 patients avec les traitements recommandés au niveau national. *Suivi.* Sur une durée médiane de suivi de 9,8 mois, 66 % des stades cliniques 3 ou 4 à l'inclusion ont été améliorés, seulement 5 % des stades 1 ou 2 se sont aggravés. Guérison des infections opportunistes chez 70 % des patients. Environ la moitié des PVVIH avait moins de 200 CD4/mL à l'inclusion, contre 17 % en fin de suivi. Gain de poids supérieur à 10 % du poids initial pour 40,3 % des patients. L'observance a été de 94,7 % pour les 12 premiers mois, puis 89,5 % ensuite. Des effets indésirables sont survenus pour un tiers des patients. Après 4 années, seulement 4,3 % des patients étaient décédés, 8 % perdus de vue et 87,7 % toujours vivants. *Discussion.* Sur la base d'une séroprévalence de 0,7 %, les patients pris en charge représentent 15 % du nombre total de PVVIH dans les aires de santé concernées. Cette expérience pilote de prise en charge des PVVIH en milieu rural est une innovation pertinente pour décentraliser l'offre de soins.

■ Mots-clés : Expérience pilote. Prise en charge. ARV. Décentralisation. Milieu rural. Mali.

Prise en charge de l'épilepsie en zone rurale au Mali Suivi sur trois ans d'une cohorte de patients

Farnarier G, Nimaga K, Bruno E, Vignoles P, Foba I, Ba H, Genton P, Doumbo O, Gérard D, Preux PM et
Groupe RARE

Service de Neurophysiologie Clinique, CHU Hôpital Nord, 13915 Marseille Cedex 20, France

■ Correspondance : guy.farnarier@ap-hm.fr

L'objectif est d'évaluer un protocole de prise en charge des personnes vivant avec l'épilepsie (PVE) à un niveau communautaire de première ligne au Mali. Les facteurs de risque pour l'épilepsie ont été étudiés, et l'efficacité et l'observance du traitement (de 2003 à 2006) ont été évaluées à partir d'un recueil de données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Méthodes.* Dans six aires de santé rurales un réseau de médecins généralistes communautaires de l'Association des Médecins de Campagne du Mali (AMC) a été sélectionné. Ces médecins (Groupe RARE : Recherche-Action en Réseau sur l'Epilepsie) ont assuré le diagnostic, le traitement par phénobarbital ou valproate de sodium génériques, et le suivi des PVE identifiées. Toutes les PVE de l'étude ont été incluses dans une base de données et suivies à un intervalle de quatre mois pendant trois ans. Des fiches individuelles comprenant 80 items (identification, état médical, histoire de la maladie, description de la dernière crise et des crises précédentes, diagnostic, traitement) ont été remplies. La fréquence des crises, les doses du traitement et les effets secondaires ont été enregistrés. L'efficacité du traitement a été appréciée par la réduction de la fréquence des crises, ainsi que la non observance, quelle qu'en soit la cause. Les caractéristiques du contexte (écologique et économique) de chacune des aires de santé ont été relevées. *Résultats.* Un total de 1100 PVE a été dépisté et le suivi réalisé sur 834 patients (97,6 % ont reçu du phénobarbital, 2,4 % du valproate). 49,6 % des patients ont complété 12 mois et 5,3 % 36 mois de suivi. 53,6 % étaient considérés comme libres de crises à 4 mois, 47,8 % à 8 mois et 45,0 % à 12 mois. L'analyse multivariée montre que présenter des crises partielles ($p=0,03$) ou appartenir à une des 6 aires de santé ($p=0,0003$) constituaient des facteurs protecteurs d'être perdu de vue à 12 mois. Avoir plus de 5 crises/mois était prédicteur d'une perte de vue à 36 mois, alors qu'avoir un âge inférieur à 18 mois était un facteur de risque

Communications orales

à la fois à 12 ($p=0,008$) et 36 mois ($p=0,02$). Le taux de consanguinité, les maladies transmissibles, les problèmes périnataux et les traumatismes crâniens ont été spécifiquement identifiés pour chaque aire. *Conclusion.* Cette enquête montre une bonne efficacité du traitement. Nous avons documenté les facteurs de risque et mentionné les mesures nécessaires à prendre telles que campagnes de sensibilisation, lutte contre les maladies transmissibles et amélioration des conditions d'accouchement.

■ *Mots-clés* : Epilepsie. Mali. Milieu rural. Prise en charge. Epidémiologie;

COD 05

Mélioïdose au Laos : un réservoir dynamique

Buisson Y¹, Rattanavong S^{1,2}, Vongphayloth K^{1,3}, Manivanh L¹, Dance D², Newton P²

1. Institut de la francophonie pour la médecine tropicale (IFMT), Vientiane, Laos

2. Wellcome Trust - Mahosot Hospital - Oxford Tropical Medicine Research Collaboration, Vientiane, Laos

3. Institut Pasteur du Laos, Vientiane, Laos

■ *Correspondance* : yves.buisson@auf.org

Plus de 500 cas de mélioïdose ont été rapportés au Laos depuis 1999, la plupart originaires de zones inondables du Mékong. Trois études environnementales ont été conduites depuis 2009 pour préciser la distribution géographique de *B. pseudomallei*, pour détecter la bactérie dans les eaux de surface et pour étudier l'effet des pluies de mousson sur les concentrations bactériennes telluriques. Les échantillons de sol sont prélevés suivant une méthode standardisée et cultivés sur milieu de Ashdown. Des taux élevés de contamination par *B. pseudomallei* sont observées dans la région de Saravane avec les plus fortes concentrations bactériennes jamais publiées. Celles-ci sont significativement plus faibles dans les mêmes sites en fin de saison sèche. Une étude comparative réalisée dans une rizière en saison sèche et en saison des pluies précise les variations de concentrations de *B. pseudomallei* entre la surface et différents niveaux de profondeur jusqu'à 90 cm. La technique du tampon de Moore est utilisée pour collecter les échantillons d'eau de surface. A chaque site de prélèvement, le pH, la turbidité et la température de l'eau sont mesurés. Les eaux de rivière sont plus souvent contaminées que les eaux de rizières. Les échantillons de la rivière Sédone sont positifs jusqu'à 140 kilomètres en aval du site de Saravane. En analyse multivariée, un pH acide et une forte turbidité sont indépendamment associés à la présence de *B. pseudomallei*. Le réservoir environnemental de la mélioïdose au Laos est très hétérogène et ne se limite pas au bassin du Mékong. La mousson fait augmenter les concentrations bactériennes dans les couches superficielles du sol et favorise la contamination des eaux de surface par ruissellement. L'utilisation du tampon de Moore est une méthode efficace pour détecter *B. pseudomallei* dans le réseau hydrographique et pourrait aider à localiser les zones les plus contaminées du pays.

■ *Mots-clés* : Mélioïdose. Laos.

COD 06

Influence des origines ethniques et géographiques sur le syndrome de repolarisation précoce inféro-latérale.

Etude prospective au sein de la Légion Etrangère

Roche NC, Kerebel S, Paule, Gil JM, Fourcade L

Service de Cardiologie et Maladies Vasculaires, HIA Laveran

■ *Correspondance* : nicolascharlesroche@gmail.com

Le syndrome de repolarisation précoce inféro-latéral (SRPIL) est fréquemment retrouvé sur les ECG des jeunes sportifs. Longtemps considéré comme bénin, le SRPIL a été récemment associé à des cas de mort subite. A ce jour, il n'est pas encore possible d'identifier les sujets porteurs d'un SRPIL à risque. L'objectif de notre étude a été d'analyser ce SRPIL au sein d'une population masculine, sportive et aux multiples origines ethniques et géographiques. *Méthode.* Nous avons étudié la prévalence du SRPIL sur les ECGs 12 dérivations de 1538 soldats engagés dans la Légion Etrangère (âge : $24 \pm 0,3$ ans). Nous avons mesuré l'amplitude de l'onde J ($\geq 0,1$ mV ou $> 0,2$ mV) dans les dérivations inférieures et/ou latérales, puis nous l'avons rapporté aux origines ethniques et géographiques des soldats. *Résultats.* Le SRPIL $\geq 0,1$ mV a été identifié chez 202 sujets (13,1 %). La prévalence du SRPIL est significativement différente entre les populations noires (30 %), asiatiques (21 %) et blanches (8,8 %), (noir vs asiatique : $p=0,03$; noir vs blanc : $p<0,001$; asiatique vs blanc : $p=0,01$), mais également au sein de ces populations. Parmi les populations noires africaines, la prévalence du SRPIL est plus faible en Afrique Orientale qu'en Afrique équatoriale (respectivement, 17 % vs 35 %, $p=0,01$). Pour les sujets blancs, les populations d'Europe du nord ont une prévalence du SRPIL plus faible qu'en Europe du sud (8 % vs 13 %, $p=0,03$). Le SRPIL $> 0,2$ mV a été retrouvé chez 26 sujets (1,7 %). Alors que la prévalence du SRPIL $> 0,2$ mV est faible chez les populations blanches (0,6 %), elle tend à être bien plus fréquente chez les peu-

Communications orales

ples noirs africains (3,4%) et chez les asiatiques (5,3%). Cette prévalence atteignait 7% en Asie du Sud-Est contre 1,2% chez les sujets non asiatiques ($p=0,02$). *Conclusion.* Au sein d'une grande population de légionnaires, la prévalence du SRPIL $\geq 0,1$ mV se distribue selon un gradient décroissant Ouest-Est au sein de l'Afrique, et un gradient Sud-Nord en Europe, évoquant les grandes routes migratoires ancestrales.

■ *Mots-clés :* Syndrome de repolarisation précoce inféro-latérale. Influence ethnique. Légion étrangère. France.

COD 07

Prise en charge globale de l'ulcère de buruli-expérience de l'hôpital du Dr Albert Schweitzer à Lambaréné, Gabon de 2005 à 2010

Adzoda KA¹, Svyridov S¹, Libessart M¹, Issifou S², Bayonne M³, Etey K¹

1. Hôpital Albert Schweitzer (HAS) Lambaréné, 2. HAS-URM, 3. PNLUB- Gabon

■ *Correspondance :* gadzoda@yahoo.fr

La région du Moyen-Ogooué au centre du Gabon se situe en pleine forêt équatoriale traversée par le fleuve Ogooué avec ses nombreux affluents et lacs, environnement propice à la propagation de l'infection à *Mycobacterium ulcerans*. Ainsi, notre hôpital, situé dans le Moyen-Ogooué est devenu le centre de référence de cette pathologie. *Objectif.* Partager notre expérience du traitement de l'ulcère de Buruli *Méthodologie :* Tous les patients souffrant d'un ulcère de Buruli soupçonné par la clinique et/ou confirmé par au moins un examen para clinique, hospitalisés et traités dans notre hôpital ont été inclus. *Résultats.* De 2005 à 2010, 203 cas d'ulcère de Buruli sont enregistrés dans le Moyen Ogooué dont 175 à l'Hôpital Albert Schweitzer, soit 86,20% des cas recensés dans cette région. Pour l'année 2010, sur les 66 patients recensés dans tout le Gabon, 52 (78,8%) proviennent du Moyen Ogooué, dont 30 (45,5%) patients de l'hôpital Schweitzer. La répartition sur 5 ans (2005 – 2010) des cas a été de 68 de sexe masculin, 107 de sexe féminin dont 74 enfants. Les localisations observées sont les suivantes : 69 cas au membre supérieur, 98 au membre inférieur, 1 localisation thoraco-abdominale, 3 localisations dorsales et 4 cas autres localisations. Les ulcérations constituent la majorité des cas, en tout 153 cas contre 7 cas de placards, 11 cas d'œdème et 5 cas de nodules. Le traitement comporte deux volets : médical et chirurgical, selon les critères bien définis par l'OMS. Les avantages du traitement médical sont : la limitation des lésions surtout les formes de placards et œdémateux et évite les récidives, le traitement chirurgical se passe en deux temps : plusieurs séances d'excision suivies de pansement à VAC (*vacuum adhesive closure*). *Conclusion.* Nous avons enregistré 96% de bons résultats (195 cas). Le traitement de l'ulcère de Buruli est long, coûteux sur le plan médico-chirurgical. Le gros défi à relever reste le suivi scolaire des enfants (32% des cas) et la rééducation fonctionnelle au cours de l'hospitalisation, afin de réduire les séquelles rétractiles.

■ *Mots-clés.* Ulcère Buruli. Lambaréné. Gabon-traitement.

COD 08

Apport d'une base de données à l'échelle communale dans la compréhension de l'épidémie de choléra en Haïti

Haus-Cheymol R¹, Gaudart J², Barraï R³, Faucher B⁴, Piarroux M⁵, Magloire R³, Raoult D⁶, Piarroux R⁴

1. Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Saint Mandé

2. Université de la Méditerranée, LERTIM-EA3283, Marseille

3. Direction d'épidémiologie des laboratoires et de la recherche, Ministère de la santé publique et de la population en Haïti, Port au Prince

4. Université de la Méditerranée UMR MD3, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille

5. Université de la Franche Comté, UMR THEMA, Besançon

6. Université de la Méditerranée, URMITE, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille

■ *Correspondance :* rachel.haus@santarm.fr

Depuis octobre 2010, une épidémie de choléra d'ampleur exceptionnelle (267 244 cas au 22 mars 2011) sévit en Haïti. Début novembre 2010, une équipe franco-haïtienne a mis en place une base de recueil de données quotidiennes à l'échelon communal. Les objectifs de cette surveillance étaient de mieux comprendre l'origine de l'épidémie, de suivre son évolution et d'adapter les mesures de lutte. *Méthodes.* Quatre indicateurs quotidiens de surveillance épidémiologique du choléra (nombre de cas de choléra, nombre de cas hospitalisés, nombre de décès institutionnels et nombre de décès communautaires) étaient recueillis. La détection de clusters spatiaux a été réalisée par la méthode de balayage de Kulldorff par l'algorithme Satscan[®]. Les facteurs associés à la dissémination des cas à partir du foyer initial ont été recherchés par un modèle additif généralisé. *Résultats.* L'analyse spatiale des données a permis d'identifier 5 clusters : un 1^{er} situé à Mirebalais (16-19 octobre) ; commune située sur la rivière Artibonite en aval d'un camp de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti et un 2^e rassemblant les communes situées sur le cours inférieur de l'Artibonite (20-28 octobre). Les trois der-

Communications orales

niers clusters sont survenus à partir de mi-novembre dans les départements du Nord Ouest, de l'Ouest (Port au Prince), du Nord - Nord Est et résultaient de la diffusion de l'épidémie. La modélisation a permis de mettre en évidence un lien significatif entre le nombre de cas de choléra par commune et certaines caractéristiques communales (situation sur l'Artibonite en aval de Mirebalais (RR : 4,9, p=0,01) et localisation en plaine (RR : 4,6, p=0,0001)). *Discussion.* L'analyse des données communales a permis : i) de mieux comprendre l'origine de l'épidémie (probable source commune ponctuelle hydrique (rivière) puis transmission secondaire de personne à personne consécutives aux déplacements de la population) et ii) de localiser les zones prioritaires où cibler les actions de lutte.

■ *Mots-clés : Choléra. Epidémie. Haïti.*

COD 09

Pertinence pronostique de la thrombopénie dans le paludisme d'importation à *Plasmodium falciparum* de l'adulte

Rapp C¹, Diop E¹, Mayet A², Ficko C¹, Andriamanantena D¹, Imbert P¹, Mérens A³

1. Service des maladies infectieuses, HIA Bégin, Saint-Mandé, France

2. CESPA, Saint-Mandé, France

3. Service de biologie médicale, HIA Bégin, Saint-Mandé, France

■ *Correspondance : rappchristophe@aol.com*

Nous avons évalué la pertinence pronostique de la thrombopénie dans le paludisme d'importation à *Plasmodium falciparum* de l'adulte. *Méthode.* Etude rétrospective des cas de paludisme à *P. falciparum* associés à une thrombopénie admis dans un centre référent du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2009. Les patients ont été classés en trois groupes de sévérité : paludisme simple (PS), paludisme grave (PG) (au moins un critère de gravité OMS) et paludisme de réanimation. La gravité a été appréciée par le recours à des actes thérapeutiques majeurs (transfusion, ventilation, hémodialyse, remplissage), l'admission en réanimation, l'index de gravité IGS2 et la durée de séjour. La recherche d'une association entre la profondeur de la thrombopénie et la gravité a été réalisée à l'aide d'une analyse univariée et multivariée (régression logistique). *Résultats.* Trois cent soixante patients (119 femmes, 241 hommes) d'âge moyen 34,5 ans ont été inclus. Deux cent cinquante (41 %) présentaient un PS, 110 (30,6 %) étaient considérés comme des PG. Trente trois (8,6 %) ont été admis en réanimation (deux décès). Le délai diagnostique médian était similaire dans les trois groupes. Le taux médian de plaquettes était significativement plus bas dans les PG par rapport aux PS. Parmi les PG, la médiane de la thrombopénie était plus basse chez les patients admis en réanimation (34 000 vs 68 000, p < 0,05). Il n'y avait pas d'association entre la profondeur de la thrombopénie et la survenue de manifestations hémorragiques. En analyse multivariée, une thrombopénie inférieure à 53 000/mm³ était associée à un risque 6 fois plus élevé de faire un PG et 25 fois plus élevé d'être admis en réanimation indépendamment de l'âge et du sexe. *Conclusion.* Notre travail suggère une association entre thrombopénie et sévérité du paludisme d'importation à *P. falciparum* de l'adulte. Ces résultats méritent d'être confirmés par des études prospectives.

■ *Mots-clés : Thrombopénie. Paludisme d'importation. France.*