



Centre National de Référence du Paludisme

Paris, le 11 mars 2023

**CENTRE NATIONAL DE
REFERENCE DU PALUDISME**
Coordonnatrice Pr Sandrine Houzé

Laboratoire Coordonateur Hôpital Bichat

Responsable
Pr Sandrine Houzé
E-mail : sandrine.houze@aphp.fr

Laboratoire associé Hôpital Pitié
Salpêtrière

Responsable
Dr Marc Thellier
E-mail : marc.thellier@aphp.fr

Laboratoire associé IRBA

Responsable
Dr Bruno Pradines
E-mail : bruno.pradines@gmail.com

Laboratoire associé IP Guyane

Responsable
Dr Lise Musset
E-mail : lise.musset@gmail.com

Site internet
<https://cnr-paludisme.fr/>

En réponse aux questions que vous m'avez transmises relatives aux obligations des laboratoires de biologie médicale par rapport au diagnostic du paludisme, je vous confirme l'obligation de rendre un résultat dans **les deux heures suivant la réception du prélèvement** au laboratoire (celui-ci devant être transmis dans les deux heures suivant le prélèvement) et directement au prescripteur en cas de résultat positif, soit un **maximum de 4 heures entre l'heure de prélèvement et le rendu définitif** du résultat. Ce résultat doit reposer sur la mise en œuvre d'une technique sensible (Goutte épaisse, QBC ou PCR rapide) ; un résultat positif sera complété par l'observation d'un frottis pour permettre l'identification de l'espèce plasmodiale responsable de l'accès (*P. falciparum*/*P. non falciparum* au minimum) et évaluer la parasitémie dont la valeur oriente la prise en charge médicale. En cas d'impossibilité de réaliser les techniques précitées, l'alternative de la mise en œuvre de l'association Frottis sanguin et test immunochromatographique de diagnostic rapide (TDR) est possible, sous réserve que le TDR détecte au moins la protéine PfHRP2. Un diagnostic de paludisme ne peut reposer sur le résultat d'un TDR exclusivement, la prise en charge thérapeutique en urgences d'un paludisme nécessite le résultat au minimum du frottis sanguin en complément. Ces recommandations ont été émises par l'HAS en 2016 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/argumentaire_paludisme.pdf) et confirmées par la SPILF en 2017 (<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/2017-palu-texte-final.pdf>).

Il est rappelé qu'en fonction des régions d'endémie, 3 à 70% des souches de *Plasmodium falciparum* ne sécrètent pas de protéine PfHRP2 ou PfHRP3 en raison de la délétion dans leurs génomes des gènes codant pour ces protéines, les rendant indétectables par les TDR détectant l'HRP2/3, quelle que soit la parasitémie (Molina-de la Fuente I, et al. *Malar J.* 2021. PMID: 34158065). Par ailleurs, toutes les espèces de *Plasmodium* peuvent être responsables d'un accès grave même si ces accès sont majoritairement observés avec l'espèce *Plasmodium falciparum*.

Ces recommandations s'appliquent en cas de diagnostic initial ou de suspicion d'échec thérapeutique ; en cas de suivi de l'efficacité thérapeutique, le TDR, tout comme les techniques de biologie moléculaire ne sont pas indiquées (possible persistance d'un résultat positif non spécifique d'une rechute), et le diagnostic repose sur les techniques microscopiques.

Je suis à votre disposition pour tout complément d'informations éventuelles, et je vous prie de recevoir, Madame, mes salutations distinguées.

Pr Sandrine Houzé