

Lembet Mikolo Aude
Koumba Maniaga Raissa
Dibugg Ghislaine
Abang L
Mintsa Mi Kama Edmée
Mabery Grodet Adryana
Kiba Live Gael
Nzila Matoumba GM
Busughu Bu Mbadinga Itu
Loulouga Pascal
Kuissi Kamgaing Eliane
Ategbo Simon



Profil épidémiologique et évolutif du paludisme chez les nourrissons de moins de trois mois au Centre Hospitalier Universitaire mère-enfant de Libreville de 2020 à 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/jan.v4i2.6>

Received: 18th February 2026

Accepted: 25th April 2026

Kuissi Kamgaing Eliane, (✉)
 Lembet Mikolo Aude,
 Koumba Maniaga Raissa,
 Dibugg Ghislaine,
 Abang L,
 Mintsa Mi Kama Edmée,
 Département de Pédiatrie,
 Faculté de médecine,
 Libreville-Gabon
 Email: e.kuissi@gmail.com

Mabery Grodet Adryana,
 Kiba Live Gael,
 Nzila Matoumba GM,
 Service de médecine néonatale du
 Centre Hospitalier Universitaire
 Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori
 (CHUMEFJE),
 Libreville, Gabon

Busughu Bu Mbadinga Itu,
 Loulouga Pascal, Ategbo Simon
 Pôle pédiatrie du Centre Hospitalier
 Universitaire Mère-Enfant Fondation
 Jeanne Ebori (CHUMEFJE),
 Libreville, Gabon

Abstract: Summary

Objectives: To describe the epidemiological and evolutionary profile of malaria in infants under three months of age at the Libreville Mother and Child University Hospital from 2020 to 2024

Methodology: A retrospective, descriptive study conducted from 1 January 2020 to 31 December 2024. All patients with a positive thick smear were included.

Results: We enrolled 70 patients out of 3,466 hospitalized, representing 2.0% of cases. The mean gestational age was 32.2 weeks \pm 4. The mean birth weight was 1655g \pm 700.7. The proportion of infants under 28 days old at admission represented 90% (n=63). In 15.6% of cases, the mothers had contracted malaria during the third trimester of pregnancy. The patients had a history of blood transfusion in 69.4% of cases. The reasons for hospitalisation were fever (50.0%), pallor (17.2%) and anaemia (8.6%). The mean parasitaemia was 22,966 \pm 469.8 (range 154 to 231,000 trophozoites). The suspected diagnoses were community-acquired malaria (47.1%), transfusion-transmitted malaria (40.0%) and congenital malaria (12.9%). Artesunate was used as first-line treatment in all our patients, followed by quinine in 7.0% of cases. In 72.0% of cases, the blood smear had returned negative after the ninth dose. The mortality rate was 2.8%, with hyperparasitaemia and sepsis as associated factors.

Conclusion: malaria in children under 3 months is relatively common in malaria-endemic areas. The rising prevalence of transfusion-transmitted malaria calls for improved transfusion safety.

Keywords: Malaria, child under 3 months, epidemiology, Libreville, Gabon.

Resume: Objectifs: décrire le profil épidémiologique et évolutif du paludisme chez les nourrissons de moins de trois mois au CHU mère-enfant de Libreville de 2020 à 2024.

Méthodologie: Etude rétrospective, descriptive réalisée du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2024. Tous les patients ayant une goutte épaisse positive étaient inclus.

Résultats: Nous avons enrôlé 70 patients sur les 3 466 hospitalisés, soit 2,0 % des cas. L'âge gestationnel moyen était de 32,2 SA \pm 4. Le poids de naissance moyen était de 1655g \pm 700,7. La proportion des moins de 28 jours à l'admission représentait 90% (n=63). Dans 15,6% des cas, les mères avaient eu un paludisme au cours 3^{ème} trimestre de la grossesse. Les patients avaient un antécédent de transfusion sanguine dans 69,4% des cas. Le motif d'hospitalisation était la fièvre (50,0%), la pâleur (17,2%) et l'anémie (8,6%). La parasitémie moyenne était de 22966 \pm 469,8 (extrêmes de 154 et 231000 trophozoïtes). Les diagnostics évoqués étaient un paludisme communautaire (47,1%),

paludisme transfusionnel (40,0%) et un paludisme congénital (12,9%). L'artésunate a été utilisé en première intention chez tous nos patients suivis de la quinine dans 7,0% des cas. Dans 72,0% des cas, la GE était revenue négative après la neuvième dose. Le taux de décès

était de 2,8% avec comme facteurs associés une hyperparasitémie et un sepsis.

Conclusion: paludisme chez les moins de 3 mois est relativement fréquent en zone d'endémie palustre. La prévalence croissante du

paludisme transfusionnel nous invite à renforcer la sécurité en matière de transfusion.

Mots clés: Paludisme, enfant de moins de 3 mois, épidémiologie, Libreville, Gabon.

Introduction

Le paludisme est une maladie potentiellement mortelle causé par la présence du plasmodium transmise à l'être humain par les piqûres de certains types de moustiques¹. Les différents mécanismes de contamination chez les nourrissons de moins de trois permettent de décrire deux grandes formes cliniques : le paludisme congénital qui est dû au passage transplacentaire des globules rouges parasités, de la mère à l'enfant et le paludisme postnatal qui peut être dû soit à une piqûre de l'anophèle femelle soit secondaire à transfusion sanguine [2]. En 2024, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 282 millions le nombre de cas de paludisme et à 610 000 le nombre de décès dus au paludisme dans 80 pays. Aussi, 95 % de ces cas de paludisme (265 millions) et 95 % des décès dus à la maladie (579 000) ont été enregistrés dans la région africaine et parmi eux, les enfants de moins de cinq ans représentaient quelque 75 % des décès dus au paludisme dans la Région [1]. Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique au Gabon aussi bien dans la population générale que parmi les enfants de moins de 5 ans. En effet, en 2023 chez les enfants de moins de 5 ans au Gabon, l'incidence du paludisme était de 104 pour 1000 habitants [3]. En période néonatale, le paludisme est une affection rare pour laquelle il existe peu de données. En Afrique, la prévalence du paludisme néonatale était de 24,4% au Burkina Faso, 0,98% en Côte d'Ivoire et 14,4% au Cameroun [4-6]. Le paludisme chez les enfants de moins de 3 mois est peu documenté au Gabon. En 2005, Ganga-Zandzou et al avaient rapporté deux cas de paludisme congénital à la Polyclinique El-Rapha de Libreville [7]. En 2018 dans une étude réalisée par Kuissi et al au Gabon, sur les 246 nourrissons de moins de trois mois hospitalisés au CHU d'Angondjé, 28 présentaient un paludisme [8]. Dans le souci d'améliorer la prise en charge du paludisme en pédiatrie, nous nous sommes proposés de réaliser cette étude qui a pour objectif principal de décrire le Profil épidémiologique et évolutif du paludisme chez les nourrissons de moins de trois mois au Centre Hospitalier Universitaire mère-enfant de Libreville de 2020 à 2024.

Patients et Methode

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive réalisée sur une période allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2024 au service de médecine néonatale du CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUME-FJE). C'est un hôpital de niveau 3 dédié à la santé de la mère

et de l'enfant en activité depuis 2019. Le service de néonatalogie est dédié aux soins des nouveau-nés, y compris des nourrissons nés prématurément jusqu'à l'âge de 3 mois. La population d'étude était constituée de tous les patients, hospitalisés dans le service de médecine néonatale durant la période d'étude. Nous avons inclus les patients ayant une goutte épaisse positive quel que soit le sexe. L'échantillonnage était de type exhaustif, basé sur l'ensemble des dossiers des patients répondant aux critères d'inclusion. Les variables étudiées étaient essentiellement les caractéristiques générales de la population d'étude, les antécédents personnels (hospitalisation antérieure en néonatalogie, transfusion), les antécédents maternels durant la grossesse (paludisme maternel, traitement préventif intermittent reçu, l'examen clinique et paraclinique à l'admission, la durée d'hospitalisation, le traitement administré et l'évolution clinique.

Les formes cliniques identifiées ont été classées en paludisme communautaire (contamination par piqure de moustique à domicile), paludisme congénital (transmission de la mère à l'enfant en anténatale à travers le placenta par une mère présentant une fièvre et une goutte épaisse positive 48h avant ou après l'accouchement) et paludisme transfusionnel (transmission du parasite du paludisme par le sang contaminé utilisé pour la transfusion chez un enfant encore hospitalisé et dont la 1^{ère} goutte épaisse réalisée à l'admission était négative). Le traitement consistait en l'administration d'artésunate par voie injectable à la dose de 3mg/kg/dose pendant 7 jours (soit un total de 9 doses). La quinine injectable a été administrée à la dose de 8mg/kg/8h pendant 5-7 jours.

Les données recueillies ont été reportées sur une fiche de recueil de données standardisées préétablies. Elles ont été saisies sur le logiciel Epi info version 7.2.2. Les résultats de variables qualitatives ont été exprimés en effectif et pourcentage.

Sur le plan des aspects éthiques et réglementaires, la confidentialité et l'anonymat ont été respectés. L'autorisation du Chef de service de médecine néonatale et du comité scientifique du CHUME-FJE pour la réalisation de cette étude a été obtenue.

Resultats

Durant notre période d'étude, sur les 3466 patients hospitalisés, 70 ont présenté un paludisme, soit une prévalence de 2,0%. La population d'étude était constituée de 55,7% (n=39) de sexe féminin. L'âge gestationnel

moyen était de 32,2 SA ± 4 avec des extrêmes de 27 et 42 SA. La prématurité représentait 84,0% de cas dont 53,0 % de grande prématurité. Le poids de naissance moyen était de 1655g ± 700,7 avec des extrêmes de 900g et 3350g. Ils avaient un poids de naissance compris entre 1000 et 1500g dans 41,4% des cas. La proportion des moins 28 jours (nouveau-nés) à l'admission représentait 90% (n=63) (Tableau 1).

Au cours de la grossesse 67,0% des mères ont présenté des pathologies intercurrentes dont 15,6% de paludisme maternel et 4,1% une fièvre non investiguée. Dans 65,7% (n=46), les mères avaient reçu 3 doses de traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme et 24,3% (n=17) avaient reçu 2 doses. Soixante-dix-neuf virgule six pour cent (79,6%) des nouveau-nés avaient des antécédents d'hospitalisation en néonatalogie et 69,4% de transfusion sanguine ; un délai moyen de 5,1 jours ± 4,7 entre les transfusions et le diagnostic du paludisme avec des extrêmes de 0 et 10 jours était noté. Ils provenaient du domicile dans 81,6%. L'âge chronologique à l'hospitalisation était en moyenne de 46 jrs ± 28,3 avec des extrêmes de 0 jours et 110 jours. Le motif d'hospitalisation était la fièvre 50,0% (n=35), la pâleur cutanéomuqueuse 17,2% (n=12), l'anémie 8,6% (n=6) et le risque infectieux selon les critères ANAES dans 24,2% (n=17).

L'examen clinique à l'admission dans le service retrouvait une fièvre 35,7% (n=25), la pâleur cutanéomuqueuse 34,3% (n=24) et l'hypotonie 14,3% (n=10). La découverte du paludisme a été fortuite dans 11 cas (15,7%) au cours du bilan systématique d'admission (figure 1). Sur le plan biologique, à la numération formule sanguine, le taux moyen de globule blanc était de 12961,4 ± 4138,9 mm³ avec des extrêmes de 3300 et 32450 mm³. Le taux moyen des plaquettes était de 135348 ± 80473 avec des extrêmes de 15000 et 340000 mm³. Le taux moyen de l'hémoglobine était de 9,6 ± 3,7 avec des extrêmes de 3,7g et 18g (Tableau 2). Le test rapide de dépistage (TDR) du paludisme était positif dans 97,1% des cas. La goutte épaisse (GE) mettait en évidence une parasitémie moyenne de 22966 ± 469,8 avec des extrêmes de 154 et 23100 trophozoïtes/µl.

Le diagnostic évoqué était un paludisme communautaire dans 47,1% (n=33), un paludisme transfusionnel 40,0% (n=28) et un paludisme congénital 12,9% (n=9). L'artésunate injectable a été utilisée en première intention chez tous les patients. Mais dans 7,0% des cas, nous avons eu recours à la quinine malgré les 9 doses d'artésunate injectable devant la persistance des symptômes et la positivité de la GE de contrôle. La durée moyenne du traitement et d'hospitalisation était de 7,2 jours ± 2,2 jours (extrêmes 7 à 16 jours) et celle d'hospitalisation de 8,1 jours ± 3,1 jours (extrêmes 8 à 18 jours). Le nombre de dose moyenne d'artésunate utilisé était de 9 doses ± 2 avec les extrêmes de 9 et 13 doses. Dans 46,0% des cas, la GE était négative après la septième dose tandis qu'après la neuvième dose elle était négative dans 72,0% des cas. Le taux de décès était de 2,8% (n=2) avec comme cause un paludisme grave forme parasitaire

(hyperparasitémie) et une défaillance multi viscérale (insuffisance rénale, insuffisance hépatocellulaire, syndrome de détresse respiratoire, hémorragie et coma).

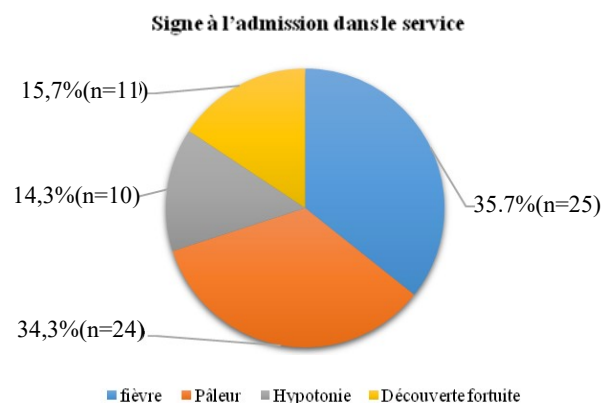
Tableau 1: Caractéristiques générales des patients admis pour paludisme dans le service

Paramètre	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<i>Sexe</i>		
Féminin	38	54,3
Masculin	32	45,7
<i>Age gestationnel à la naissance</i>		
22 ≤ AG < 28	4	5,7
28 ≤ AG < 33	31	44,3
33 ≤ AG < 37	24	34,3
AG ≥ 37	11	15,7
<i>Poids de naissance</i>		
P < 1000	1	1,4
1000 ≤ P < 1500	29	41,4
1500 ≤ P < 2500	25	35,7
P > 2500	15	21,5
<i>Age à l'admission</i>		
< 28 jours	63	90,0
> 28 jours	7	10,0

Tableau 2: Répartition des patients admis pour paludisme en fonction des anomalies biologiques observées

Paramètre	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<i>Globules blancs</i>		
Normaux	54	77,1
Hyperleucocytose	7	10,0
Leucopénie	9	12,9
<i>Plaquettes</i>		
Thrombopénie	47	67,1
Normales	23	32,9
Thrombocytose	0	0,0
<i>Hémoglobine</i>		
Anémie	40	57,1
Normale	28	40,0
Polyglobulie	2	2,9
<i>TDR</i>		
Positive	68	97,1
Négative	2	2,9
Goutte épaisse		100%

Fig 1: Répartition selon les signes cliniques d'appel chez patients admis dans le service pour paludisme



Discussion

Fréquence

La fréquence du paludisme chez les moins de trois mois dans notre étude est de 2,0% (n=70). Parmi eux, 63 (90,0%) sont des nouveau-nés (moins de 28 jours). Ce taux est supérieur à celui retrouvé en Côte d'Ivoire par Akaffou (0,98%)⁵. Toutefois, il est inférieur à celui retrouvé au Cameroun et au Burkina Faso avec respectivement 14,4% et 24,4%^{4,6}. Cette dissemblance de fréquence, peut s'expliquer par les différences méthodologiques dans la conduite de ces études. Par ailleurs le faible taux de prévalence retrouvé dans notre étude pourrait être en rapport avec une bonne couverture des interventions prescrites au cours des consultations prénatales visant à réduire la morbidité associée au paludisme chez la femme enceinte tels que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action et le traitement préventif intermittent recommandé par l'OMS. En effet, les femmes qui prennent au moins trois doses de traitement préventif intermittent à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine (TPI-SP), font significativement moins de paludisme que celles ne prenant que 2 doses ou moins ; cela diminue le risque de paludisme congénital^{9,10,11}. Dans notre étude, 65,7% ont reçu 3 doses de TPI en raison du taux élevé de naissances avant terme.

Clinique

Sur le plan clinique, les symptômes étaient dominés par la fièvre 50,0% (n=35), la pâleur 17,2% (n=12) et l'anémie 8,6% (n=6). Ces symptômes décrits par d'autres auteurs ne sont pas spécifiques de l'infection palustre. En effet, les nouveau-nés présentant une maladie fébrile ou des symptômes associés sont souvent présumés souffrir de septicémie néonatale^{12,13}. En zone d'endémie palustre, la découverte du paludisme peut être fortuite lors de la réalisation du bilan systématique d'entrée ; ce qui a été le cas dans 15,7% dans notre étude.

Paraclinique

A l'instar d'autres auteurs, le *Plasmodium falciparum* est l'espèce retrouvée dans la majorité des cas^{14,15}. La parasitémie moyenne a été de $22966 \pm 469,8$ trophozoïtes/ μ l. Cette parasitémie est bien plus élevée contrairement à celle rapportée par, Bah et al en 2019 (≤ 50 parasites/ μ l) et Sotimehin et al en 2008 (17 à 2940 parasites/ μ l)^{14,15}. Cette disparité peut s'expliquer par le fait que le Gabon est une zone de forte endémicité d'une part et d'autre part, la lecture des lames est opérateur dépendant.

Une hyperleucocytose a été observée dans 10%. Dans la littérature, ce trouble est fréquemment observé lors de paludismes graves à *P. falciparum* et ne traduit pas toujours une infection bactérienne associée, mais semble résulter de la réponse inflammatoire à la lyse des globules rouges et constitue un marqueur potentiel de gravité^{12,16}. La leucopénie a été également observée (12,9%) et

est plus fréquente dans la littérature lors du paludisme que l'hyperleucocytose. Elle résulte de la séquestration des leucocytes dans la rate ou de leur redistribution dans l'organisme¹⁷.

Type de paludisme

La prévalence du paludisme congénital est de 12,9% parmi les nouveau-nés admis pour paludisme néonatal. Il s'agit d'une affection rare surtout dans les pays d'endémie palustre en raison d'un taux élevé d'anticorps maternels¹⁸. Le paludisme congénital est défini par la présence de parasites asexués dans le sang du cordon ombilical ou dans le sang périphérique au cours des 24 premières heures à 7 jours de vie suite à une infection in utero ou à une transmission lors de l'accouchement^{19,20,21}. Au Gabon, zone d'endémie palustre, la réalisation systématique de la goutte épaisse dans notre service chez tout nouveau-né hospitalisé explique le diagnostic fréquent du paludisme congénital. Dans la littérature, les prévalences varient entre 7,3% et 24,4%^{4,14,15,22}. La disparité des taux de prévalence observée selon les études pourrait être due au type d'échantillon de sang analysé (sang périphérique, sang de cordon ombilical ou sang placentaire) et à la méthode de détection des parasites (microscopie, TDR ou PCR). La fréquence élevée retrouvée dans d'autres études pourrait également être associée à la faible couverture des mesures de prévention du paludisme chez la femme enceinte⁴. En Afrique subsaharienne en particulier, le paludisme gestationnel est responsable de 20 % des décès en période périnatale et de 10 000 décès maternels chaque année²³. Cependant, la recherche systématique du paludisme dans notre contexte, chez tous nouveau-nés symptomatiques nous a permis de mieux préciser l'incidence de paludisme dans notre service.

Le paludisme communautaire représentait 47,1% des cas. Il s'agit d'un paludisme acquis en post-natal transmis par une piqûre de moustique infectée²⁰. En dépit de l'ampleur et la gravité du paludisme chez l'enfant, cette affection semble relativement moins fréquente avant l'âge de 6 mois en raison de divers mécanismes de protection, notamment la présence d'un fort taux d'hémoglobine fœtale (HbF) chez le nourrisson, de l'allaitement maternel exclusif durant les premiers mois de vie et le passage d'anticorps anti-plasmodiaux de la circulation maternelle dans la circulation fœtale²⁴. Une surveillance adaptée et efficace du nouveau-né en communauté constitue une des mesures de protection.

Le paludisme transfusionnel quant à lui, est de 40,0%. Il a été estimé qu'environ 13 millions d'unités de sang donné dans les pays en développement ne font pas l'objet d'un dépistage des principales infections transmissibles par le sang²⁵. Le risque de développer un paludisme post transfusionnel est réel en zone d'endémie. Le paludisme transfusionnel est une réalité en Afrique sub-saharienne, en raison des transfusions sanguines répétées, peu ou non contrôlées et où les donneurs sont en majorité porteurs (asymptomatiques) d'hématozoaires²⁶. En zone

d'endémie, la prévalence des donneurs de sang impaludés varie selon les régions et peut aller jusqu'à 55%, ce qui traduit un risque potentiel de transmission du parasite par cette voie²⁷. Au Gabon, peu de données sont disponibles sur le risque de paludisme transfusionnel. Il n'existe pas de consensus clair, sur les mesures à prendre pour prévenir le paludisme post-transfusionnel en zone d'endémie. Un dépistage du paludisme dans les poches de sang devrait être institué et le traitement systématique des patients ayant reçu du sang impaludé.

Traitement

La quinine et l'artésunate sont les deux molécules utilisées. La durée moyenne du traitement était de 7,2 jours \pm 2,2 jours avec des extrêmes de 7 jours et 16 jours. Il n'existe pas de données parfaitement établies par rapport à l'utilisation de l'artésunate dans le traitement du paludisme néonatal. Le groupe de travail de l'OMS considère que la quinine ou l'artésunate peuvent indifféremment être utilisés dans le traitement du paludisme grave avant 18 mois^{13,28}. Toutefois, le rapport de cette année met en lumière la menace croissante que représente la résistance aux médicaments antipaludiques. Une résistance partielle aux dérivés de l'artémisinine pilier des traitements antipaludiques après l'échec de la chloroquine et de la Sulfadoxine-Pyriméthamine a

désormais été confirmée ou suspectée dans au moins huit pays d'Afrique, et certains signes laissent présager une baisse de l'efficacité de certains médicaments associés à l'artémisinine²⁹. Ceci peut expliquer la longue durée du traitement dans notre étude et a conduit parfois à l'utilisation chez le même patient de l'artésunate injectable et de la quinine.

Conclusion

Le paludisme est bien une pathologie à prendre en compte chez les enfants de moins de 3 mois dans notre contexte en général et en particulier chez les nouveau-nés malgré sa relative rareté en zones d'endémie selon les études. Les efforts de lutte contre le paludisme doivent être intensifiés de manière générale, mais particulièrement chez la femme enceinte. Aussi, le personnel médical des services de néonatalogie doit être sensibilisé sur cette pathologie. Des études plus étendues, multicentriques doivent être faites pour renforcer les recommandations dans les sens de la réalisation systématique d'une goutte épaisse chez tout nouveau-né présentant un syndrome infectieux.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Paludisme. Principaux faits. [En ligne] OMS 2025. Consulté le 10 février 2026. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
2. Ranaivoson N, Ramamonjirinina TP, Bacar T, Rakotomahefa Narison M. Difficulté diagnostique d'un paludisme néonatal. *Rev Malg Ped* 2023;6(2):1-6.
3. Organisation mondiale de la santé. Rapport Annuel 2023-OMS GABON. Consulté le 19 décembre 2025. Disponible sur : https://www.afro.who.int/sites/default/files/2024-06/WHO%20GABON%20_%20Rapport%20Annuel%202023%20_%20OMS%20GABON.pdf
4. Nagalo K, Dao F, Minodier P, Sawadogo O, Sanon H, Housséini Tall F et al. Congenital malaria with *Plasmodium falciparum*: epidemiological, clinical, biological, therapeutics and prognostic aspect in Ouagadougou, Burkina Faso. *Pan Afr Med J* 2014;18(47):3614.
5. Akaffou Adja E, Amon-Tanoh Dick F, N'guessan, R. Etude épidémiologique du paludisme dans la période néonatale au centre hospitalier universitaire (CHU) de Yopougon République de Côte d'Ivoire. *Mali med* 2009; 24(3):36-9.
6. Maurice Ebode Ela, Samuel Nambile Cumber, Rama Djouedjon Dakenyo, Dorine Djuissi Tekam, Patrick Charles Biyong Heumou, Giresse Lowe Marvin et al. Association entre le paludisme et le faible poids de naissance à Yaoundé, Cameroun. *Pan Afr Med J* 2019;33:127.
7. Ganga-Zandzou PS, Kuissi Nguema E, Megnier Mbo M, Bongo Ondimba EL. Paludisme congénital. *Arch Ped* 2005 ; 12(7) : 1164-6.
8. Kuissi Kamgaing E, Minto'o Rogombé S, Minko JI, Mimbila Mayi M, Ategbó S. Determining Factors of the Hospitalization of Children Less than 3 Months at Angondjé Teaching Hospital. *EC Paediatrics*. 2018;7(2):77-85
9. Kayentao K, Garner P, Van Eijk AM, Naidoo I, Roper C, Mulokozi A et al. Intermittent Preventive Therapy for Malaria during pregnancy using 2 VS 3 or more doses of Sulfadoxine-Pyrimethamin and risk of low birth weight in Africa. *JAMA* 2013;309(6):594-604.
10. Organisation mondiale de la santé. Recommandations 2016 de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Internet] consulté le 22 Décembre 2025. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3a7bd54a-ac19-4d33-a64f-a122612c13da/content>
11. Ouédraogo R, Kaboré N, Kpadonou D, Dango J, Ouattara C A, Traoré T et al. Soins Périnataux Du Paludisme Et Issue Néonatale Immédiate Au District Sanitaire De Do, Burkina Faso, 2022 Périnatal. *Mali Med* 2025;40(1):31-40.

12. Aujard Y. Infections néonatales bactériennes, mycosiques et parasitaires. In : Encycl Med Chir Péd. Elsevier Masson. Paris; 2011. p15.
13. Kané B, Diallo KW, Koné AK, Simaga T, Koné O, Traoré A et al. Paludisme grave chez un nouveau-né prématuré à l'unité de néonatalogie de l'Hôpital du Mali. *Rev Mali Infect Microbiol* 2020;15:69-71.
14. Bah E, Baldé I, Diallo I, Adiallo B, Diallo T, Soumah A et al. Congenital Malaria and pregnancy monitoring parameters in health facilities in Guinea. *Open J Obstet Gynecol* 2019;9(1):73-82.
15. Sotimehin SA, Runsewe-Abiodun TI, Oladapo OT, Njokanma OF, Olanrewaju DM. Possible risk factors for congenital malaria at a tertiary care hospital in Sagamu, Ogun State, South-West Nigeria. *J Trop Pediat* 2008;54(5):313-20.
16. Yeboua RKY, Yenan JP, Yao KC, Akanji IA, Aka-Tanoh KAH, Avi-Siallou CH, et al. Perturbations de l'hémogramme au cours du paludisme grave de l'enfant au centre hospitalier et universitaire (CHU) de Bouaké (Côte d'Ivoire). *J Pédiatr Pueric*. 2024;37(1):39-46.
17. Khermach A, Khalki H, Louzi L, Zinebi A, Moudden K, Elbaaj M. Biological disturbance affecting people with malaria: about thirty cases. *Pan Afr Med J*. 2017;26:174.
18. Mohan K, Omar BJ, Chacham S. Le paludisme chez le nouveau-né : une entité méconnue du médecin de soins primaires. *J Family Med Prim Care* 2023;12(8):1511.
19. Falade C, Mokuolu O, Okafor H, Orogade A, Falade A, Adedoyin O et al. Épidémiologie du paludisme congénital au Nigeria : une étude multicentrique. *Trop Med Int Santé* 2007;12:1279-87.
20. Mukhtar M. L'incidence croissante du paludisme néonatal, un examen situationnel dans les pays en développement. *Niger J Med* 2007;16:25-30.
21. Andarge BD, Almaw K. Congenital malaria in a neonate born in a malaria-endemic area: a case report. *J Med Case Rep* 2025;19(1):434.
22. Cardona-Ari AS JA, Carmona-Fonseca J. Congenital malaria: frequency and epidemiology in Colombia, 2009-2020. *PLoS One* 2022;17(2):263-51.
23. Sirima SB, Richert L, Chêne A, Konate AT, Campion C, Dechavanne S et al. PRIM-VAC vaccine adjuvanted with Alhydrogel or GLA-SE to prevent placental malaria: a first-in-human, randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet Infect Dis* 2020;20(5):585-97.
24. Asse KV, Plo KJ, Yenan JP, Yeboua YK, Aka KA, Yao KC. Le paludisme du nourrisson âgé de 1 à 6 mois : étude rétrospective à propos de 50 cas colligés en 2013 à Bouaké (Côte d'Ivoire). *J Pédiatr Pueric* 2015;28(1):1-6.
25. Valea I, Tinto H, Drabo MK, Huybregts L, Sorgho H, Ouedraogo JB et al. An analysis of timing and frequency of malaria infection during pregnancy in relation to the risk of low birth weight, anaemia and perinatal mortality in Burkina Faso. *Malar J* 2012;11:71.
26. Aubry P, Gaüzère B-A. Paludisme : Actualités 2024. *Med tropicale* 2025. [en ligne] Consulté le 19 décembre 2025. Disponible sur www.medicinetropicale.com
27. Noubououssié D, Tagny TC, Same-Ekobo A, Mbanya D. Portage asymptomatique de parasites du paludisme chez les donneurs de sang à Yaoundé. *Transf Med* 2012;22(1):63-7.
28. Haut Conseil de la Santé Publique, Commission Spécialisée Maladies Transmissibles. Place de l'artesunate injectable dans le traitement du paludisme grave chez l'adulte et l'enfant. [en ligne] Consulté le 29/12/2025. Disponible sur https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20130201_palugravearte_sunate.pdf
29. Organisation mondiale de la santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Internet] consulté le 22 Décembre 2025. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3a7bd54a-ac19-4d33-a64f-a122612c13da/content>