

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

X^{es} rencontres francophones de pédiatrie

Faculté de médecine, 45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris.

Samedi 7 octobre 2006, 14 h.

Organisateur : D. Gendrel

Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 82 avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France. Tél. : 01 40 48 80 42, fax : 01 40 48 83 86, e-mail : dominique.gendrel@svp.ap-hop-paris.fr

Motifs de consultation avant l'âge de 1 mois aux urgences pédiatriques de Brazzaville (Congo).

J.-R. Mabilia Babela, P. Makoumbou, N. Pandzou & P. Senga

Centre hospitalier, Urgences pédiatriques, Brazzaville, Congo.

L'enquête prospective, entreprise au CHU de Brazzaville, a concerné les nouveau-nés sortis de la maternité pour le domicile et reçus en consultation aux urgences pédiatriques, à l'exception de ceux nés par césarienne.

Sur 7233 enfants admis aux urgences pédiatriques pendant la période d'étude, 458 (6,3 %) étaient des nouveau-nés sortis de la maternité. L'heure de la consultation se situait entre 8 et 13 heures dans 51,7 % des cas, entre 14 et 19 heures dans 31,9 % puis entre 20 et 7 heures dans 16,4 %. Les motifs de consultation étaient dominés par la toux, la fièvre, les troubles digestifs et les malformations. À l'issue de la consultation, 261 enfants (57 %) ont été hospitalisés. Les principales causes en étaient : le sepsis sévère (21,8 %), les infections broncho-pulmonaires (23,0 %), les fièvres isolées (12,6 %), les malformations (5,3 %). Les enfants de faible poids de naissance étaient plus souvent hospitalisés ($p < 0,01$) que ceux de poids normal; tout comme ceux dont la durée de séjour en maternité était inférieure à 24 heures ($p < 0,001$).

Une durée de séjour optimale en maternité, la systématisation de l'examen médical du nouveau-né avant la sortie de maternité, le renforcement des conseils appropriés sur la conduite de l'alimentation au cours des premières semaines et les soins généraux devraient contribuer à diminuer la fréquence des réadmissions et des ré-hospitalisations des nouveau-nés sortis de la maternité.

Corrélations entre la composition corporelle de la femme enceinte à terme : analyse par impédance-métrie bioélectrique et le poids des nouveau-nés (à propos de 89 couples mère-nouveau-né).

A. Barkat, H. Belghiti, K. Janah, K. Elkari, A. Mdaghri Aaloui, H. Knouni, A. Chaoui, A. Kharbach, H. Aguenou & N. Lamdouar Bouazzaoui

Service de pédiatrie, Centre de références en néonatalogie, Hôpital d'enfants, Rabat, Maroc.

La composition corporelle correspond à l'analyse du corps humain (ou animal) en compartiments. Celle-ci peut être faite par plusieurs techniques dont l'impédance-métrie bioélectrique (bioelectrical impedance analysis : BIA) qui est basée sur la capacité des tissus hydratés à conduire l'énergie électrique. C'est l'une des techniques les plus utilisées chez la femme enceinte, vu son innocuité, sa rapidité et sa faisabilité au lit de la parturiente sans avoir à la déplacer. Les résultats sont instantanés. Les données disponibles chez la femme enceinte ont bien démontré sa validité pendant la grossesse. En effet, la mère intervient dans la croissance de son fœtus par son génome, sa capacité pelvienne, son état circulatoire, sa glycémie, son environnement, mais, on le sait bien actuellement, son état nutritionnel joue un rôle déterminant. C'est ainsi que notre étude s'assignait pour but l'analyse de la corrélation entre les divers compartiments corporels de la femme enceinte, analysés par BIA, et le poids des nouveau-nés.

Il s'agit d'une étude prospective sur un groupe de 89 couples mère-nouveau-né. Le recrutement est effectué à la salle des expectantes de la maternité Souissi de Rabat. Les femmes choisies doivent être à terme, enceintes monopares et indemnes de toutes pathologies. Un questionnaire comportant les données anthropométriques et les renseignements cliniques sur la grossesse est rempli pendant que la femme est allongée. La BIA est ensuite réalisée grâce à un impédance-mètre multifréquence appelé « Bodystat®Quadscan 4000 ». La femme est codée et son bébé est vu à l'accouchement pour mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien. Les corrélations entre les différents compartiments de la femme et le poids du nouveau-né sont analysées en utilisant un logiciel Epi info version 6 fourni par CDC (division de surveillance de la santé publique et informatique).

La corrélation entre la masse grasse des mamans à terme et le poids de naissance de leurs nouveau-nés est positive, mais très faible, avec un coefficient de corrélation $r = 0,024$. Celle entre le poids du nouveau-né et la masse maigre de la mère est positive et forte, le coefficient de corrélation étant $r = 0,93$. La corrélation avec l'eau corporelle totale est aussi positive, elle est de 0,77.

En conclusion, l'approche de l'analyse de la composition corporelle par BIA est une technique simple, reproductible et sans danger chez la femme enceinte. Ses résultats ont été validés par différentes études antérieures. La nôtre est la première réalisée au Maroc. Nous espérons déduire une application clinique de cette étude. La surveillance des femmes à risque d'hypotrophes ou de macrosomes pourrait bien se faire par l'analyse de la cinétique de la prise pondérale d'une part, et

par l'analyse de la composition corporelle durant les différents trimestres de la grossesse d'autre part. Les déductions devraient conduire à des conseils sur les apports nutritionnels de la parturiente en fonction de chaque cas.

Le syndrome de Pallister Killian : à propos d'un cas.

A. Ba, H. Signaté Sy, A. Diack Mbaye, R.N.D. Diagne Gueye, M. Faye, I. Diagne, S. Diouf & H.D. Sow

Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer, BP 25755, Dakar, Sénégal.

La tétrasomie 12p, ou Syndrome de Pallister Killian, est une aberration chromosomique qui associe un syndrome poly-malformatif et un retard psychomoteur sévère. Il s'agit d'une affection rare, avec une fréquence inférieure à 1/10 000 naissances.

Nous en décrivons un cas suivi au centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer. Il s'agit d'un nourrisson de 9 mois, seul enfant d'une femme âgée de 42 ans, 2^e geste, primipare; le père et la demi-fratrie sont normaux.

Il présente un syndrome poly-malformatif associant :

- une dysmorphie cranio-faciale et des extrémités,
- des anomalies viscérales : fente palatine postérieure, hernie ombilicale, cardiopathie congénitale de type CIA,
- un retard psychomoteur profond.

Le caryotype met en évidence une tétrasomie 12p en mosaïque : 12p : 47, XX, + marqueur iso i (12).

Les uropathies malformatives pédiatriques en PMI à Sétif, Algérie.

B. Bioud

Service de pédiatrie, CHU de Sétif, Algérie.

Les uropathies malformatives sont parmi les plus fréquentes malformations congénitales de l'enfant. Autrefois diagnostiquées à l'occasion de complications révélatrices, conduisant généralement à un geste imposé par la souffrance, à présent diagnostiquables lors du dépistage anténatal. Dans notre pays, l'importance des uropathies est loin d'être négligeable : trois quarts environ des enfants dialysés et en attente de transplantation ont des séquelles d'une uropathie malformatrice posant un problème de santé publique. Ces réflexions nous ont incité à prendre à cœur ce problème et à élaborer un travail portant sur le diagnostic anténatal des uropathies à partir d'un échantillon de femmes enceintes au niveau des centres de P. M. I.

Nos objectifs étaient :

- d'estimer l'incidence des malformations urinaires par un diagnostic anténatal chez les femmes enceintes au cours du troisième mois de grossesse;
- d'évaluer l'état des reins sur leur développement et apprécier l'évolution des lésions ainsi que le résultat de la prise en charge;
- de dégager un protocole de dépistage anténatal et de prise en charge des uropathies malformatives de diagnostic anténatal.

Ainsi 100 uropathies ont été diagnostiquées en anténatal, nous les avons suivies sur une durée de trois ans. Nous essayons de détailler notre démarche diagnostique et thérapeutique.

L'insuffisance rénale à la période néonatale : à propos de 111 cas.

M.C. Smahi, A. Belhadj-Kacem, S. Benmansour, A. Cherif-Benmoussa, C. Meziane & Z. Massen

Service de pédiatrie, CHU de Tlemcen, Algérie. E-mail : smahi01@yahoo.fr

L'insuffisance rénale (IR) pose dans la période néonatale le problème d'un diagnostic d'urgence et d'un traitement qui doit être adapté au mécanisme, à l'étiologie et tenir compte des spécificités de la néonatalogie.

Les objectifs de cette étude sont :

- la détermination de la fréquence, ainsi que de la répartition étiologique de l'insuffisance rénale (IR) chez les nouveau-nés hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du CHU de Tlemcen;
- la description des modalités évolutives à court terme, et l'identification des facteurs de risque influençant le devenir.

Il s'agit d'une analyse rétrospective de 111 dossiers de nouveau-nés (parmi 2467 admissions) hospitalisés au niveau de notre unité de néonatalogie, durant la période allant du 1^{er} août 2002 au 31 juillet 2004, et ayant présenté une IR définie par une oligurie (diurèse < 1 ml/kg/h), et ou une augmentation de la créatininémie de plus de 2,2 mg/l / jour avant J₅ de vie, ou une créatininémie supérieure à 10 mg/l après J₅ de vie. Les caractéristiques cliniques et biologiques des patients ont été comparées par analyse univariée. Les données ont été traitées sur le logiciel Epi info 6.04.

4,5 % des nouveaux nés hospitalisés ont présenté une IR. Leur âge gestationnel moyen en semaines d'aménorrhée (SA) était de 36,2 ± 1,7 (extrêmes : 28 à 40). Le sexe ratio était de 1,4 en faveur des garçons. L'origine pré-rénale (IPR) était prédominante (86,5 %), essentiellement représentée par la déshydratation aiguë (46,8 %), et l'asphyxie néonatale (23,9 %). Les causes parenchymateuses (10,8 %) étaient représentées essentiellement par le syndrome gros rein-hématurie, alors que l'origine post-rénale n'a été responsable que dans 2,7 % des cas.

Les principaux facteurs de risque de passage à une IRO ont été un poids de naissance (PN) élevé : PN moyen (en grammes) de 2651 ± 707 en cas d'IPR vs 3283 ± 894 en cas d'IRO (p = 0,004), la créatininémie : créatininémie moyenne (en mg/l) de 14,6 ± 5,2 en cas d'IPR vs 26,33 ± 11,9 en cas d'IRO (p = 0,00002), la présence d'un choc cardiogénique (odds ratio[OR] = 2,82, intervalle de confiance [IC] à 95 % = [0,25-29,5]), ou d'une infection néonatale (OR = 4,18 [1,16-15]).

Le décès est survenu dans 24,3 % des cas. Les principaux facteurs de risque liés à la mortalité ont été :

- la faible PN : PN moyen (en grammes) de 2867 ± 681 chez les survivants vs 2405 ± 832 chez les nouveau-nés décédés (p = 0,007);
- la prématurité : âge gestationnel moyen de 36,5 SA ± 1,5 chez les survivants vs 35,6 SA ± 2,2 chez les nouveau-nés décédés (p = 0,02);
- l'hyperkaliémie : kaliémie moyenne (en meq/l) de 4,46 ± 1,38 chez les survivants vs 5,89 ± 1,60 chez les nouveau-nés décédés (p = 0,002);
- l'hyponatrémie : natrémie moyenne (en meq/l) de 143,4 ± 10,8 chez les survivants vs 130 ± 11 chez les nouveau-nés décédés (p = 0,0002);
- la présence d'un choc cardiogénique (OR = 10,4 [0,3-104]), d'une infection néonatale (OR = 17 [0,24-54]), ou d'une détresse respiratoire (OR = 4,4 [1,2-16,2]).

L'insuffisance rénale constitue en période néonatale un important facteur de co-morbidité. Les causes pré-rénales sont majoritaires; la prévention et la préservation du capital néphronique des nouveau-nés passent par une meilleure prise en charge de toutes les situations engendrant une hypoperfusion rénale (déshydratation aiguë, asphyxie...), avant que les lésions ne deviennent irréversibles, réfractaires à nos moyens thérapeutiques modestes (en particulier l'impossibilité actuelle de réaliser la dialyse chez les nouveau-nés).

Association néphronophtise et maladie cœliaque. À propos d'une observation.

R. Abdoulaye-Mamadou (1), G. Barba (2) & B. Llanas (2)

(1) Service de pédiatrie A, Hôpital national de Niamey, BP 11 117, Niger.

(2) Département de pédiatrie, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, France.

La néphronophtise est une tubulopathie interstitielle chronique, de transmission autosomique récessive. Le tableau clinique est caractérisé par un syndrome polyuro-polydipsique, vers l'âge de 2-3 ans, associé à un retard de croissance et à une insuffisance rénale progressivement terminale. Plusieurs atteintes extra-rénales associées à la néphronophtise ont été décrites, dont la signification (gène proche, entité différente) reste peu comprise. La plus fréquente est une dégénérescence tapéto-rétinienne avec rétinite pigmentaire, mais il s'agit aussi d'anomalies osseuses, hépatiques et neurologiques. Nous rapportons une association non retrouvée dans la littérature, à travers l'observation d'un enfant présentant une néphronophtise juvénile et une maladie cœliaque.

Observation

Il s'agit d'une enfant de 7 ans et demi, adressée pour prise en charge d'une insuffisance rénale de découverte fortuite (créatininémie à 353 $\mu\text{mol/l}$, urée à 43 mmol/l et clairance de la créatinine à 14,3 ml/mn/1,73 m^2). L'interrogatoire retrouve une maladie cœliaque diagnostiquée depuis l'âge de 10 mois, un syndrome polyuro-polydipsique et un retard psychomoteur depuis l'âge de 3 ans. Elle est la deuxième enfant d'un couple non consanguin. Il n'existe pas d'antécédents familiaux notables. L'examen clinique initial retrouve un retard staturo-pondéral (-3,7 DS pour la taille et -3 DS pour le poids), une anémie et un discret nystagmus de fixation. La tension artérielle est à 108/60 mm Hg . La biologie objective une insuffisance rénale chronique à diurèse conservée avec une perte du pouvoir de concentration urinaire et une protéinurie d'origine tubulaire (osmolarité urinaire à 206 mOsm/l et albuminurie à 36 mg/l). L'hypothèse diagnostique de néphronophtise juvénile évoquée est confirmée par l'étude génétique qui met en évidence une délétion homozygote du gène NPHH1. Un bilan complémentaire est réalisé pour rechercher des signes étiologiques et d'éventuelles complications de l'insuffisance rénale chronique d'une part, et d'autre part pour rechercher des atteintes extra-rénales. L'échographie rénale montre deux reins hyper-échogènes, différenciés et porteurs de kystes parenchymateux. La radiographie de la main ne retrouve pas d'épiphyse en cône, ni de signe d'ostéodystrophie rénale; l'âge osseux est estimé à 5 ans. Une hypoplasie vermiennne est retrouvée à l'IRM encéphalique. Il n'y a pas d'atteinte oculaire, hépatique, osseuse. Un traitement conservateur et une hémodialyse sont entrepris. L'évolution à court terme est favorable : un rattrapage staturo-pondéral est amorcé 5 mois après la mise en place initiale du traitement.

Cette association néphronophtise et maladie cœliaque est-elle fortuite ? Ou s'agit-il d'une nouvelle entité ? Auquel cas cette observation souligne l'intérêt de l'étude des haplotypes HLA DQ2 et DQ8 dans le bilan des néphropathies.

Le diagnostic de la néphronophtise reste difficile, du fait de l'hétérogénéité de l'affection et des diverses associations possibles. Les progrès de la biologie moléculaire permettront de mieux comprendre cette affection en regroupant ou en séparant les différentes entités. La précocité du diagnostic, qui doit être évoqué devant tout enfant polyuro-polydipsique ayant un retard de croissance, est le garant d'une prise en charge optimale.

Atteinte thyroïdienne dans le diabète de type 1 et dans la maladie cœliaque.

G. Boudraa, M. Bessahraoui, K. Bouziane Nedjadi, L. Benhabiri, M. Belkadi, S. Niar, M. Naceur & M. Touhami

Service de pédiatrie C, 9, rue Amilcar-Cabral, 31026 Oran, Algérie.

Il est actuellement bien établi que la thyroïdite auto-immune reste une des principales affections associées au diabète de type 1 (DT1) et à la maladie cœliaque (MC).

Le but de notre étude était d'évaluer la fréquence de cette pathologie chez des adolescents présentant soit une MC, soit un DT1, ou les 2 pathologies associées.

Il s'agissait d'une étude type cas-témoins qui a concerné 294 patients suivis dans notre service, soit pour MC isolée ($n = 100$) soit pour DT1 isolé ($n = 100$), soit pour DT1-MC ($n = 94$). Ont été inclus des sujets âgés de plus de 15 ans au moment de l'enquête, et dont le diagnostic de MC et/ou de DT1 a été établi avant l'âge de 15 ans. Ont été exclus tous les cas présentant une affection thyroïdienne connue. Les témoins ($n = 100$) étaient représentés par des sujets apparemment sains. L'étude a concerné autant de filles que de garçons pour chaque groupe.

Un prélèvement sanguin a été effectué pour le dosage des anti-péroxydase (anti-TPO), réalisé par méthode immunoenzymatique. L'exploration de la fonction thyroïdienne ainsi qu'une échographie et scintigraphie de la glande thyroïdienne ont été faites chez tout sujet avec sérologie positive.

Au total, la sérologie anti-TPO a été positive 38 fois (31 malades et 7 témoins).

Chez les 94 DT1-MC, 11 patients (dont 7 filles) avaient des anti-TPO positifs. L'exploration thyroïdienne a mis en évidence 4 goitres dont 3 hypothyroïdies infra-cliniques.

Chez les 100 DT1, 15 sujets (dont 7 filles) avaient des anti-TPO positifs. Sur les 9 échographies réalisées, 4 goitres ont été mis en évidence, dont une hypothyroïdie.

Chez les 100 MC, 5 patients (dont 3 filles) avaient les anti-TPO positifs, dont 1 hyperthyroïdie infra-clinique.

Enfin, chez les 100 témoins, 7 sérologies positives (7 filles) ont été retrouvées. Un goitre hypothyroïdien et 2 euthyroïdiens ont été mis en évidence.

En conclusion, ces résultats préliminaires, sous réserve d'une validation de la sensibilité et de la spécificité locales, confirment la fréquence élevée (10 %) de la thyroïdite dans ces 2 affections considérées elles-même d'origine auto-immune.

Le régime sans gluten doit-il être poursuivi à vie chez les enfants atteints de maladie coéliqua : à propos de 60 enfants.

H. Benmekhbi

Centre hospitalier universitaire, 25000 Constantine, Algérie.

Le régime sans gluten occupe la place essentielle de la prise en charge des enfants atteints de maladie coéliqua. Mais si ce régime est d'application théorique simple, il reste pratiquement contraignant et constitue un véritable défi pour l'enfant, les parents, le médecin, surtout en ce qui concerne son observance.

Notre but était de déterminer si la réintroduction du gluten dans le régime alimentaire à la fin de la croissance a un impact sur la croissance pondérale, osseuse, intestinale chez les enfants intolérants à la gliadine depuis en moyenne l'âge de 3 ans et ayant observé d'une manière stricte le régime sans gluten jusqu'à la fin de leur puberté.

60 enfants ont été suivis annuellement depuis le début du diagnostic du point de vue auxologique (mensuration du poids, de la taille, de l'âge osseux), du point de vue biologique (FNS, protides totaux, calcémie, phosphorémie, IGF1, IGFBP3, 25(OH)D, TSH, anticorps anti-gliadine, anti-réticuline, anti-endomysium), du point de vue histologique (biopsie jéjunale au moment du diagnostic, puis deux ans après l'instauration du régime sans gluten, puis tous les deux ans après réintroduction du gluten à la fin de la puberté pendant 4 ans), du point de vue imagerie (échographie abdominale, transit radiologique du grêle à la recherche de complications, surtout de lymphome).

Lors de l'inclusion, le déficit pondéral était de $-1,3 \pm 0,2$ DS chez 75 % des enfants, le retard statural était de $-1,4 \pm 0,1$ DS chez 58 % des enfants, l'âge osseux était de -1 an par rapport à l'âge chronologique. À la biopsie jéjunale, on notait une atrophie villositaire totale chez 80 % de malades et subtotaux chez les 20 autres.

Deux ans après le régime sans gluten, tous les enfants avaient un poids normal pour l'âge et pour la taille; par contre l'âge statural ne s'est normalisé que chez les enfants dont le diagnostic a été précoce : 72 %.

La réintroduction du gluten après la fin de la puberté, c'est-à-dire à la fin de la croissance et le suivi annuel, n'a objectivé aucune altération auxologique : le poids est resté normal pour l'âge et la taille, la biopsie jéjunale effectuée tous les deux ans n'a montré de rechutes que chez 1,2 % de malades, l'imagerie et le transit radiologique n'ont objectivé aucune altération intestinale.

Un régime sans gluten correctement suivi jusqu'à la fin de la croissance peut être arrêté après la fin de la puberté sans apparition de complications auxologiques, biologiques, histologiques et radiologiques.

L'importance du zinc dans la nutrition des enfants au Mali.

B. Jacks (1), M. Sall (2) & G. Jacks (3)

(1) Apoteket AB, Stockholm, Suède. E-mail : birgittajacks@hotmail.com

(2) Centre de santé, Niafunké, Mali.

(3) KTH, Stockholm, Suède.

Le zinc est très important pour le système immunitaire, surtout chez les enfants. Il est par exemple remarquable que le colostrum, le premier lait maternel, contient 5-10 mg/L

de zinc; à titre de comparaison, un tel niveau dans une eau de consommation est considéré comme une pollution sévère. Chez 70 % de la population subsaharienne, l'apport nutritif de zinc est faible (2). Chez les enfants, 20 % de la mortalité peuvent être liés à une carence en zinc (4), une fraction semblable à celle attribuable au paludisme. De manière générale, les sols cultivables en Afrique sont pauvres en substances nutritives (16); notamment, les sols du centre du Mali sont pauvres en zinc (6). Par exemple, le riz cultivé dans le delta intérieur du fleuve Niger présente environ la moitié de la teneur en zinc comparé au riz cultivé en Asie. Le sorgho et le petit mil contiennent des quantités satisfaisantes de zinc mais aussi une grande teneur en phytate (acide hexaphosphorique d'inositol, ou IP6) qui contient des traces de métaux, mais alors inaccessibles à l'absorption par le corps humain.

Dans la région de Niafunké au centre du Mali, 20 repas différents ont été prélevés par un agent de santé local et ces échantillons ont par la suite été séchés à l'air. La teneur énergétique de chaque plat a été analysée dans une bombe calorimétrique. Le contenu en zinc et en fer est analysé par spectrométrie d'absorption atomique. La teneur en phytate (acide hexaphosphorique d'inositol, ou IP6) a également été analysée (1) pour évaluer l'accessibilité des traces de métaux dans les repas. Pour estimer l'apport journalier de zinc et de fer, nous supposons que la population étudiée consomme suffisamment d'aliments pour satisfaire les besoins énergétiques journaliers (10 MJ pour les adultes et 5 MJ pour les enfants > 5 ans).

Jusqu'à ce jour, l'OMS n'a pas encore énoncé des recommandations officielles pour les besoins quotidiens de zinc (7). Aux États-Unis, pour une alimentation végétarienne qui ressemble beaucoup à celle du Mali avec peu d'aliments d'origine animale, il est conseillé un apport de 15 mg Zn/jour pour les adultes et 9 mg Zn/jour pour les enfants. Les niveaux observés au Mali représentent la moitié de ces recommandations (tableau II). En revanche, la consommation de fer atteint les niveaux conseillés par l'OMS (14); néanmoins, les anémies sont fréquemment reconnues au sein de la population, manifestées entre autre par le syndrome du « pica », l'ingestion d'argile (10). Le taux d'IP6/Zn est élevé, ce qui implique que les maigres quantités de zinc présentes dans les repas ne seront

Figure 1.

Distribution des taux de mg Zn/MJ et mg Fe/MJ dans les repas.

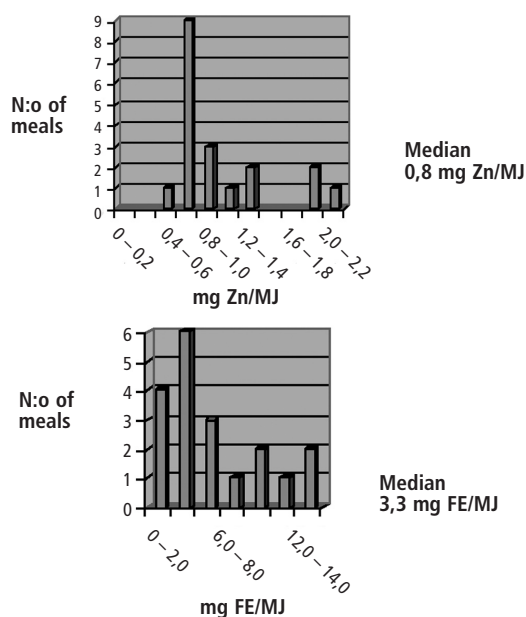


Tableau I.

Apport énergétique, teneur en zinc, fer et phytate dans les repas échantillonnés à Niafunké. Le rapport IP6/Zn est indiqué en mmol.

description du repas analysé :	énergie kJ/g	Zn µg/g	Fe µg/g	IP6 mM/kg	IP6/Zn
riz + « poisson-chien » dans sauce tomate	15,36	14	86		
riz + pâte d'arachide	N.A.	21	146		
riz avec sauce tomate	16,07	16	52		
riz	17,64	14	39	1,9	9,0
riz + viande	17,24	47	98		
dans sauce de fakohoy ¹					
riz + sauce tomate	16,13	13	22		
tôt de riz avec gombo ²	16,25	16	46		
riz avec beurre	18,78	14	17	1,1	5,2
et poisson séché					
riz avec poisson frais et tomates	18,05	14	14	2,5	11,9
tôt (bouillie de millet)	17,96	31	59		
bouillie de millet + poisson + gombo ² , grains de néré ³	15,80	37	106		
fonio ⁴ + arachides	24,56	25	56	3,9	10,3
riz + feuilles de hibiscus ²	18,31	15	26		
millet avec sauce d'arachides	10,11	24	121		
tôt de millet avec sauce	17,36	30	162	3,2	7,0
tôt de millet (Nikir)	18,25	21	223	9,6	30
riz + poisson « silure » ⁵ dans sauce tomate	16,75	16	56		
riz avec sauce tomate	16,19	14	141		
riz avec sauce	16,32	24	200	2,5	6,8
riz avec sauce tomate	15,85	16	68		
nourriture de sevrage commerciale ⁶	N.A.	26	58	7,2	18,1

¹ *Corchorus tridens*

² *Hibiscus subdarifa*

³ *Parkia biglobosa*

⁴ *Digitaria exilis*

⁵ *Silurus glanis*

⁶ contenu : 60 % petit mil, 20 % soja, 10 % groundnut, 9 % sucre, 1 % sel

Tableau II.

Le zinc et le fer ingérés par les adultes et les enfants de moins de 5 ans.

catégorie	Zn	RDA *	Fe	recommandation
	consommation mg/jour	mg Zn/jour	consommation mg/jour	de l'OMS mg Fe/jour **
adultes	8	15	26	~23
enfants	4	9	17	~14

* RDA (États-Unis), consommation par jour recommandée pour une alimentation végétarienne; ** avec faible accessibilité de fer dans la nutrition

pas absorbées (17). De même, l'omniprésence des anémies nutritionnelles, malgré des quantités suffisantes de fer, peut être expliquée par le niveau élevé de phytate observé.

La mortalité juvénile au Mali est concentrée sur deux périodes, dans les deux premiers mois après la naissance et en période de sevrage (12). Une partie de cette mortalité peut certainement s'expliquer par une carence en zinc survenant dans un environnement insalubre propice aux maladies infectieuses, telles que les diarrhées et les infections aiguës des voies respiratoires (21). Plusieurs études ont pu montrer qu'un supplément de zinc améliore la morbidité des enfants (15). Une distribution de suppléments semble difficile au Mali à cause des infrastructures manquantes. Il est par contre envisageable d'augmenter l'accessibilité du zinc et du fer dans les repas (8), par exemple par un processus de fermentation (11, 13). Concernant le sevrage, un aliment à base de sorgho ou petit mil fermenté semble être une bonne solution. Justement, pour diminuer la mortalité juvénile, une des interventions possibles est d'augmenter l'apport nutritionnel de zinc (3, 19).

Références

- AOAC (Assoc. of Official Analytical Chemists) – *Official methods*. 15th Ed., Vol II. Virginia, USA, 1990, 1298 pp.
- BROWN KH, WUEHLER SE & PEERSON JH – The importance of zinc in human nutrition and estimation of the global prevalence of zinc deficiency. *Food Nutr Bull*, 2001, 22, 113-125.

- BRYCE J, BLACK RE, WALKER N, BHUTTA, ZA, LAWN JE & STEKETEE R – Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet*, 2005, 365, 2193-2200.
- EZZATI M, LOPEZ AD, RODGERS A, VANDER HOORN S & MURRAY CJL – Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 2002, 360, 1347-1360.
- FOOD AND NUTRITION INFORMATION CENTER – Recommended Daily Allowances, 2006. <http://www.nal.usda.gov/fnic/etext/000105.html>
- GÄRDESTEDT, C., JACKS, B., PLEA, M., NILSSON, G. & JACKS G – Zinc deficiency in soils, crops and food in the Niger inland Delta, Mali. Submitted to *Ambio*, 2006.
- GIBSON RS – Zinc: the missing link in combating micronutrient malnutrition in developing countries. *Proc of the Nutrition Society*, 2006, 65, 51-60.
- GIBSON RS & HOTZ C – Dietary diversification/modification strategies to enhance micronutrient and bioavailability of diets in developing countries. *Br J Nutr*, 2001, 85 (S2), S159-S166.
- HERAWATI N, RIVAI F, KOYAMA S & SUZUKI S – Zinc levels in rice and in soil according to the soil types of Japan, Indonesia and China. *Bull Environ Contam Toxicol*, 1998, 60, 402-408.
- HOODA PS, HENRY CJK, SYEOM TA, ARMSTRONG LDM & FOWLER MB – The potential impact of geophagia on the bioavailability of iron, zinc and calcium in human nutrition. *Environ Geochem Health*, 2002, 24, 305-319.
- HOTZ C & GIBSON RS – Assessment of home-based processing methods to reduce the phytate content and phytate/zinc molar ratio of white maize. *J Agric Food Chem*, 2001, 49, 692-698.
- JACKS B & SALL M – *Nutrition néonatale dans une commune au Mali*. Présentation au Séminaire de nutrition néonatale, Paris, 7-8 oct. 2005.
- MAKOKHA AO, ONIANG'O RK, NJOROGI SM & KAMAR OK – Effect of traditional fermentation and malting on phytic acid and mineral availability from sorghum and finger millet grain varieties grown in Kenya. *Food Nutr Bull*, 2002, 23, 241-245.
- OMS – Zinc. In *Trace elements in human nutrition and health*. OMS, Genève, 1996, pp 72-104.
- SALGUEIRO MJ, ZUBILLAGA M, LYSIONEK A, CREMASCHI G, GOLDMAN CG *et al.* – Zinc status and immune system relationship. *Biol Trace Element Research*, 2000, 76, 193-205.
- SANCHEZ PA & SWAMINATHAN MS – Hunger in Africa: the link between unhealthy people and unhealthy soils. *Lancet*, 2005, 365, 442-444.
- SANDSTRÖM B – Micronutrient interactions: effects on absorption and bioavailability. *Br J Nutr*, 2001, 85 (S2), S181-S185.
- SHRIMPTON R, GROSS R, DARNTON-HILL I & YOUNG M – Zinc deficiency: what are the most appropriate interventions? *Br Med J*, 2005, 330, 347-349.
- TAN-TORRES EDEJER T, AIKINS M, BLACK R, WOLFSON L, HUTUBESSY R & EVANS DB – Achieving the millennium development goals for health. Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries. *Br Med J*, 2005, Available on line 10th Nov.
- WAGENAAR-BROUWER M – Preliminary findings on the diet and nutritional status of some Tamasheq and Fulani groups in the Niger delta of Central Mali. In *Population, health and nutrition in the Sahel*. Ed. A. G. Hill. KPI Ltd. London, 1985, 226-253.
- WALKER CF & BLACK RE – Zinc and the risk for infectious disease. *Ann Rev Nutr*, 2004, 24, 255-275.

Retard de croissance postnatal du prématuré : étude des facteurs de risque à propos de 80 cas.

A. Barkat, A. Rezki & N. Lamdouar Bouazzaoui

Service de pédiatrie, Centre national de référence en néonatalogie, Hôpital d'enfants, Rabat, Maroc.

La prise en charge nutritionnelle des nouveau-nés prématurés est un souci constant dans les services de néonatalogie.

Les pratiques et les protocoles de prise en charge nutritionnelle sont différents d'un pays à l'autre. Les besoins nutritionnels recommandés ont pour objectif d'obtenir une croissance quantitativement et qualitativement analogue à celle du fœtus *in utero*. Or il existe une immaturité de nombreuses fonctions biologiques, en particulier digestives, hépatiques et rénales, ainsi qu'une exposition accrue à des complications postnatales multiples qui risquent d'entraver cette croissance.

L'objectif de la présente étude était d'analyser les paramètres anthropométriques à la naissance et à proximité du terme d'une cohorte de prématurés et d'étudier la responsabilité éventuelle d'un certain nombre de facteurs dans le développement d'une hypotrophie postnatale ou d'un non-rattrapage.

Il s'agit d'une étude prospective, réalisée sur une période de un an, dans le service de pédiatrie centre national de référence en néonatalogie. Elle a inclus tous les nouveau-nés prématurés, soumis aux mêmes protocoles nutritionnels. Sont exclus de l'étude les nouveau-nés malformés ou transférés en réanimation. Une fiche récapitulative standardisée a été établie pour chaque enfant, comportant les paramètres initiaux, en cours d'hospitalisation et à la sortie. Ont été appelés nouveau-nés hypotrophes à la sortie ceux dont le poids est inférieur au 10^e percentile selon les courbes AUDIPOG.

80 nouveau-nés prématurés ont été inclus : pour les 62 nouveau-nés eutrophes à l'admission, 44 sont sortis hypotrophes ; parmi les 18 nouveau-nés hypotrophes à l'entrée, aucun n'a rattrapé à la sortie. En analyse univariée, les variables significativement associées au retard de croissance extra-utérin ($p < 0,05$) sont : l'asphyxie néonatale ($p = 0,013$), l'HTA gravidique ($p = 0,018$), l'âge de début de l'alimentation entérale ($p = 0,019$), la survenue d'une anémie ($p = 0,019$), la détresse respiratoire ($p = 0,02$), l'âge gestationnel à l'entrée ($p = 0,03$), l'ictère néonatal ($p = 0,032$), l'âge de reprise du poids de naissance ($p = 0,039$) et le faible poids de naissance ($p = 0,04$).

Notre étude a montré que 55 % des nouveau-nés initialement eutrophes sont sortis hypotrophes. Les causes en sont multiples : statut initial de l'enfant (dont le contexte maternel), pathologies de la grossesse, AG initial, poids de naissance, maladies postnatales de l'enfant (tant dans la période initiale que secondairement) et protocoles nutritionnels.

Le dépistage néonatal des hémoglobinopathies.

A. Barkat, M. Kabiri, L. Karboubi, H. Zian, M. M'Seffer, S. Mouassaoui, A. Kharbach, A. Chaoui, M. Khattab & N. Lamdouar Bouazzaoui

Service de pédiatrie, Centre de références en néonatalogie, Hôpital d'enfants, Rabat, Maroc.

L'objectif de la présente étude était l'évaluation de la fréquence des hémoglobinopathies dans une population de nouveau-nés marocains choisis au hasard à la maternité Souissi de Rabat.

Il s'agit d'une étude prospective toujours en cours. Une fiche d'exploitation standardisée est établie pour chaque patient. Le choix des nouveau-nés s'est fait au hasard. Le principal critère d'exclusion est une transfusion du nouveau-né. Un prélèvement est effectué par un médecin, par piqûre au talon des nouveau-nés. La gouttelette de sang est recueillie sur papier buvard. Après assèchement, le papier est conservé au

réfrigérateur en attendant son acheminement en France où les analyses sont faites.

Nous avons envoyé 289 prélèvements. Les résultats montrent que, parmi ceux-ci, 5 nouveau-nés ont une hémoglobinoses S, soit 1,9 % de notre population, et 4 une hémoglobinoses C. Il n'a pas été noté de consanguinité, ni d'antécédents familiaux connus d'hémoglobinoses. Les parents sont également convoqués pour dépistage.

Le dépistage des affections congénitales doit donc être au service de l'enfant, mais aussi de sa famille, et faire partie intégrante de la médecine préventive. Le dépistage néonatal des hémoglobinopathies doit être systématiquement réalisé dans notre pays. Son importance en terme de prophylaxie pédiatrique est soulignée depuis de nombreuses années. Il permettra d'améliorer la qualité de vie des jeunes patients atteints de cette pathologie.

Anémies hypochromes microcytaires en pédiatrie : fréquence, réponse au traitement martial.

Étude chez les enfants suivis en ambulatoire au centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer de Dakar, Sénégal.

I. Diagne, P. Lopez-Sall, C. Faye, M. Sarr, B. Camara, H. Signaté Sy, M. Ba & H. D. Sow

Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer, Dakar, Sénégal

À cours de consultations ambulatoires dans nos structures sanitaires, une carence martiale est souvent évoquée devant une anémie chez l'enfant, du fait de sa grande fréquence et son traitement envisagé en l'absence de toute confirmation biologique.

Notre travail avait pour objectifs de déterminer la fréquence de l'anémie chez les enfants suivis en ambulatoire au centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer, de préciser la place de l'anémie hypochrome microcytaire et d'évaluer la réponse clinique, hématologique et biochimique au traitement martial chez des enfants traités pour anémie supposée ferriprive.

Il s'agit d'une étude prospective qui a comporté 2 volets :
– une enquête au laboratoire portant sur un échantillon de 1000 patients présentant une prescription d'un hémogramme en ambulatoire ;
– une étude portant sur 30 enfants traités et suivis pendant 3 mois pour anémie hypochrome microcytaire arégénérative supposée ferriprive.

La prévalence de l'anémie était de 50 % chez les enfants suivis en ambulatoire et était plus importante chez les moins de 5 ans (76 %). L'anémie était de type hypochrome microcytaire dans 78 % des cas. Chez les enfants traités et suivis pour anémie ferriprive sur la base de critères hématologiques, la carence martiale a été confirmée par le bilan martial (fer sérique, transferrinémie et ferritine sérique) dans 51,5 % des cas. La crise réticulocytaire, classiquement décrite, n'avait été observée que dans 12 % des cas. Le taux d'hémoglobine avait régulièrement augmenté jusqu'à J_{60} avant de devenir stationnaire entre J_{60} et J_{90} , vraisemblablement du fait d'une mauvaise observance du traitement après la régression des signes cliniques ayant motivé la consultation. Une bonne réponse au traitement martial avait été observée dans tous les cas et constituait un argument en faveur d'une carence martiale probablement

masquée par un syndrome inflammatoire infra-clinique ou une malnutrition associée lorsque le bilan martial n'était pas contributif. Ces résultats confirment la sensibilité de la microcytose et de l'hypochromie comme critère de diagnostic d'une anémie ferriprive.

Il est nécessaire de bien informer et de sensibiliser les parents sur les modalités du traitement d'une anémie ferriprive afin d'obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques.

Le syndrome d'hyperéosinophilie (SHE) chez l'enfant : à propos d'une observation.

N. Lakhdari, B. Bioud, S. Benkhaoula & M. Bou-nabi

Service de pédiatrie, CHU de Sétif, Algérie.

Observation

L'enfant K. F., âgé de 5 ans, est suivi depuis le 18 février 2003 (soit depuis l'âge de 2 ans) pour une hyperéosinophilie sans étiologie évidente.

Le tableau clinique comprend de la fièvre et une éruption plantaire et palmaire papuleuse prurigineuse avec hydrocèle.

L'hyperleucocytose est constante aux environ de 40 000/mm³ avec 30 % de polynucléaires éosinophiles. Le myélogramme montre une hyperplasie éosinophilique. Le bilan parasitaire et sérologique (leishmaniose, hépatite) est normal.

Le téléthorax, l'échocoeur sont sans particularité.

Des épisodes de fièvre, d'altération de l'état général, d'hydrocèle se succèdent.

Deux ans plus tard, le 7 juin 2005, nous retrouvons les mêmes éléments à l'hémogramme (hyperéosinophilie 12 000/mm³); une pointe de rate, aucun signe de malignité au myélogramme; une corticothérapie est instituée avec amélioration clinique et biologique; mais une rechute est constatée à l'arrêt du traitement.

Une rémission est obtenue par un traitement d'entretien depuis le 23 juillet 2005 (10 mg de Solupred un jour sur deux): disparition des signes cliniques et des anomalies biologiques. GB : 10 000/mm³; éosinophilie à 3 %.

La discussion portera sur les SHE, les hémopathies malignes, les réactions immunitaires anormales, les éosinophilies idiopathiques et les moyens thérapeutiques actuels.

Morbidité et mortalité des enfants de 5 à 15 ans à l'hôpital Joseph-Rasseta-de-Befelatanana.

M. Rakotomahefa, H. Randrianjafinimpanana, T. Ravelomanana & H. Raobijaona

Service de pédiatrie, Hôpital Joseph-Rasseta-de-Befelatanana (HJRB), CHU Antananarivo, Madagascar.

Nous manquons de données épidémiologiques concernant la situation sanitaire des enfants de 5 à 15 ans, en particulier en milieu hospitalier.

Notre but était de réaliser une étude épidémiologique de la pathologie de ces enfants et adolescents afin d'en améliorer la prise en charge.

Nous avons mené une étude rétrospective allant du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2003. Les motifs d'hospitalisation et les causes de décès de tous les enfants de 5 à 15 ans admis dans le service de pédiatrie Debré de l'hôpital Joseph-Rasseta-de-Befelatanana ont été analysés. Cette population représentait

15,74 % de toutes les admissions. La répartition est de 50 % pour chacun des 2 sexes.

Les maladies infectieuses venaient au premier rang des causes d'hospitalisation (49,41 %), suivies des affections neurologiques (21,06 %) et des affections cardiovasculaires (4,98 %). Parmi les pathologies infectieuses, 49,60 % étaient essentiellement représentées par les affections bactériennes : la tuberculose, la pneumonie, les fièvres typhoïdes, les méningites; les affections parasitaires, qui ne sont pas moins rares (40,26 %), étaient surtout constituées par le paludisme, la cysticercose, les ascarioses, les amibiases et les schistosomoses. Les affections neurologiques non infectieuses sont dominées par les différentes formes d'épilepsie (85 %). Les valvulopathies rhumatismales constituaient la majeure partie des pathologies cardio-vasculaires. Le reste est constitué par les affections immunologiques, génito-urinaires, respiratoires, hématologiques, nutritionnelles, tumorales, cutanées et ORL. Quelques cas de problèmes chirurgicaux (2 %) ont été diagnostiqués durant l'hospitalisation et ont été transférés en chirurgie. Le taux de mortalité était de 17 %, les motifs de décès les plus fréquents étant les pathologies infectieuses (52 %), plus particulièrement le paludisme grave (30 %) et les méningites (15 %). Dans 52 % des cas, le décès est survenu avant la 24^e heure.

Les résultats de cette étude reflètent la grande fréquence des pathologies infectieuses comme cause de morbidité et de mortalité, même chez les enfants de plus de 5 ans dans les pays en développement.

Pratiques de l'alimentation des nourrissons et de la prévention des femmes séropositives pour le VIH au CTA de l'hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun.

I. Penda, V. Ngwa, F. Ntone Ntone, M. Mangamba, I. Bena, E. Ngien, M. Nfor & M. Mbangue

CTA, Hôpital Laquintinie, Douala, Cameroun. Tél : 237 7703155, fax : 237 3421540, e-mail : idapenda@yahoo.fr

Site « prévention de la transmission mère-enfant » (PTME) depuis 2001 avec une séroprévalence pour le VIH chez la femme enceinte de 11 %, 350 femmes sont dépistées par mois et 30 femmes séropositives sont incluses par mois dans les consultations de routine du suivi de leur enfant.

Plus de 90 % des femmes ont choisi de pratiquer l'alimentation artificielle. Environ 17 % de couples étaient discordants selon notre évaluation en 2003;

Malgré la notification du partenaire, nous avons constaté la naissance de plusieurs 2^e enfant et parfois du 3^e.

Les objectifs de l'étude sont :

- l'évaluation des connaissances acquises sur l'alimentation et la prévention lors du conseil dans le cadre de la PTME;
- l'évaluation de l'impact de la notification du partenaire sur les attitudes et pratiques sexuelles du couple.

Cette étude avait pour cadre la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au CTA de l'hôpital Laquintinie de Douala au Cameroun et concernait les femmes séropositives fréquentant la consultation de routine du suivi de leurs enfants dans le cadre du programme de PTME du VIH au mois d'avril 2004.

Ces femmes étaient évaluées sur la qualité du conseil sur le VIH et l'alimentation de l'enfant, ainsi que sur l'impact de

la notification du partenaire sur les attitudes et les pratiques sexuelles du couple.

Les données de 85 femmes séropositives ont mis en évidence les caractéristiques suivantes : femmes jeunes d'âge moyen de 25,7 ans, primipares, célibataires (67,1 %), sans emploi (74,1 %) et de niveau d'instruction secondaire.

79,7 % ont découvert leur séropositivité grâce au programme (PTME) lors des consultations prénatales ou pendant la période post-natale immédiate; 21,3 % ont décidé de faire leur enfant malgré la connaissance antérieure de leur statut sérologique, parmi lesquelles 17 % en étaient à leur deuxième enfant.

Toutes les femmes ont bénéficié des conseils en PTME et en alimentation, la majorité (94,1 %) d'entre-elles ont choisi l'option de pratiquer l'alimentation artificielle et ont dû se justifier dans leur entourage. 71,8 % ont eu des difficultés dans la pratique de cette option à type : de coût (67 %); de stigmatisation (30,4 %) et de difficultés dans la préparation du lait artificiel (4,7 %).

Dans 68 % des cas, le soutien du partenaire a permis de calmer l'ardeur de l'entourage sur la pratique de l'alimentation artificielle. L'option de l'allaitement maternel exclusif était peu retenue par les femmes, malgré la bonne compréhension de ses avantages et de ses risques. L'option de l'expression du lait maternel semble avoir été proposé à toutes les femmes, sauf à 7 % d'entre-elles.

82,4 % des partenaires ont été notifiés : 59 % ont accepté de faire le test et de communiquer les résultats à leur compagne; 18 % ont refusé de faire le test; dans 23 % des cas, le résultat du test était inconnu de la femme. Parmi les partenaires ayant fait le test, 29,5 % étaient négatifs.

L'attitude du partenaire était compréhensive (62,4 %); violente (18,8 %). Cette violence était plus exacerbée chez les hommes ayant refusé de communiquer les résultats de leurs tests.

Seulement 42,4 % des femmes avaient des rapports sexuels protégés; 12,9 % admettaient l'usage des préservatifs de façon épisodique; 24,7 % avaient des rapports sexuels non protégés. Parmi les couples sérodiscordants, 25 % avaient les rapports non protégés. L'usage des préservatifs était plus courant avec le partenaire ayant accepté de faire le test.

87 % des femmes n'ont pas envisagé l'interruption de leur grossesse à cause de l'espoir suscité par le conseil en PTME (37 %) ou par le désir d'enfant (36 %) et par la croyance religieuse (12 %).

La qualité du conseil demeure primordiale pour l'acquisition des connaissances des femmes séropositives souvent primipares et de conditions modestes.

Malgré les difficultés rencontrées, la majorité d'entre elles ont choisi de pratiquer l'alimentation artificielle pour préserver la santé de leur bébé.

La notification du partenaire a un impact important sur les attitudes et les pratiques sexuelles. L'absence de maîtrise qu'ont les femmes sur les décisions importantes de leur vie, y compris leur sexualité, rend compte de leur vulnérabilité. Malgré le désir d'enfant incontestable, elle permet de réduire les comportements à risque dans le couple et à mieux contribuer à l'acceptation de la maladie, d'où la nécessité d'accompagnement soutenu tout au long du suivi de ces femmes.

Co-infection VIH-tuberculose chez l'enfant au centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer de Dakar.

A. Ba, H. Signaté Sy, A. Diack Mbaye, N. N.D. Diagne Gueye, N. Mwanza, I. Diagne, M. Sarr & H. D. Sow

Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer de Dakar, Sénégal.

Au Sénégal, près de 5 000 enfants seraient touchés par l'infection due au VIH. Un suivi de ces enfants est organisé au centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer depuis juin 2000.

L'objectif de ce travail est de déterminer l'incidence de la tuberculose chez les enfants infectés par le VIH et d'en étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs.

Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers de tous les malades suivis pour infection par le VIH de juin 2000 à décembre 2004 et ayant présenté une tuberculose.

22 enfants séropositifs, soit 13,1 % ont été inclus; ils avaient tous une infection due au VIH-1. L'âge moyen au diagnostic était de 99 mois avec des extrêmes de 8 et 204 mois.

À l'inclusion, 63,6 % des enfants étaient au stade 4 et avaient une malnutrition sévère. 73 % avaient une tuberculose pulmonaire. La recherche de BAAR n'a été positive que dans 2 cas, et L'IDRT positive dans 1 cas. Les images radiologiques étaient dominées par la miliaire. Seuls 2 malades étaient sous traitement anti-rétroviral lors du diagnostic de tuberculose et ce traitement a du être différé chez 8 patients.

On a noté une lourde mortalité de l'ordre de 32 %. Chez les survivants, la réponse au traitement antituberculeux a été bonne dans 45 %.

La tuberculose est peut être moins fréquente que généralement crainte chez l'enfant, cependant le pronostic défavorable de l'association tuberculose-VIH, ainsi que les interactions thérapeutiques des anti-rétroviraux et des antituberculeux, justifient que la tuberculose soit recherchée systématiquement sur ce terrain.

Stratégie active de diagnostic de l'infection due au VIH chez l'enfant : cas du centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer de Dakar.

A. Ba, N. Mwanza, A. Diack Mbaye, R.N.D. Diagne Gueye, I. Diagne, A. Sylla, H. Signaté Sy, M. Sarr & H. D Sow

Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer, Dakar, Sénégal.

Notre étude a pour objectif d'évaluer nos capacités de dépistage intra-hospitalier de l'infection pédiatrique par le VIH par une proposition de diagnostic systématique basée sur les signes cliniques les plus prédictifs du sida de l'enfant dans notre contexte, afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée au plus grand nombre d'enfants infectés.

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les enfants admis au centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer de Dakar au Sénégal, du 1^{er} mars au 30 septembre 2005.

133 enfants âgés de 2 mois à 15 ans ont été inclus au cours de la période d'étude : 63 de nos patients (soit 47,6 %) étaient séropositifs. La quasi totalité des patients avaient un même

profil sérologique VIH-1 (99,2 %). 94 % des enfants avaient moins de 5 ans.

La grande majorité des femmes (82,3 %) ont accepté le test de dépistage aussi bien pour leurs enfants que pour elles-mêmes, contrairement aux hommes (28 %).

Nous avons retrouvé chez nos enfants une forte association entre certains signes et l'infection par le VIH. Il s'agit de la parotidite (100 %), l'otite chronique (100 %), la dermatose (80,3 %), les adénopathies généralisées (76,2 %), les pathologies respiratoires en excluant la tuberculose (69,1 %), et la fièvre prolongée ou au long cours.

L'association dermatose + pathologie respiratoire + parotidite a été retrouvée chez 14 patients, tous séropositifs (22,2 %).

Ce dépistage actif d'enfants séropositifs a permis de recruter 3 fois plus de patients qu'au cours des 5 années précédentes. Il peut avoir un impact considérable, aussi bien sur la prise en charge de la population pédiatrique que sur celle des adultes à partir du dépistage intra-familial.

Le virus dérivé du poliovirus vaccinal (VDPV) : conséquences de sa découverte à Madagascar.

T. Andriatahina, M. Razafindralambo, H. Ratsitohaina & N. Ravelomanana

Hôpital mère-enfant Tsaralalana, Antananarivo, Madagascar.

La poliomyélite est une maladie infectieuse aiguë, contagieuse et immunisante due au poliovirus sauvage. La certification de l'éradication mondiale de cette maladie est prévue par l'OMS en 2008. Mais l'émergence du virus dérivé du poliovirus vaccinal (VDPV) a compromis cet objectif.

Cette étude veut faire connaître la situation de Madagascar vis-à-vis de la découverte du VDPV et ses conséquences sur la politique vaccinale nationale.

Une étude rétrospective allant de 2001 à 2005 a été réalisée dans les six provinces de Madagascar, incluant les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) déclarés avec analyse virologique des selles, chez les enfants de un mois à quinze ans.

Un cas de VDPV de sérotype 2 a été découvert en 2001, 4 cas de sérotype 2 en 2002; un cas de sérotype 3 et quatre cas de sérotype 2 en 2005. Ils ont tous été observés dans la province de Tuléar, au sud de Madagascar. La vaccination contre la poliomyélite était incorrecte chez 90 % des enfants porteurs de VDPV.

L'émergence du VDPV est liée à la faible couverture vaccinale et à la mauvaise hygiène fécale. Cette situation suggère l'importance de renforcer le Programme élargi de vaccination (PEV) et la surveillance épidémiologique de la PFA.

Méningites bactériennes de l'enfant de moins de 5 ans dans le service de pédiatrie du CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire).

L. Adonis-Koffy, M.-H. Aké-Assi, F. Eboua, G. Diarrassouba & A. M. Timité-Konan

Service de pédiatrie médicale, CHU Yopougon, 21 BP 632 Abidjan 21, Côte d'Ivoire. E-mail : akeamh@yahoo.fr

Notre objectif était de décrire le profil épidémiologique et bactériologique des méningites bactériennes de l'enfant de moins de 5 ans au CHU de Yopougon.

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective descriptive qui s'est déroulée dans le service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon d'août 2002 à juillet 2006, soit sur une période de 4 ans.

Elle a porté sur des enfants de 1 mois à 59 mois hospitalisés pour méningite bactérienne confirmée biologiquement par l'examen cyto-bactériologique du liquide céphalorachidien : identification d'un agent ou présence d'un antigène soluble. Sur ces critères, 92 dossiers ont été retenus.

L'âge moyen était de 15 mois. Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,42.

Les principaux agents retrouvés étaient : *Streptococcus pneumoniae* 47,8 % (44/92), *Haemophilus influenzae* b 38 % (35/92), *Neisseria meningitidis* 8,7 % (8/92), *Salmonella* sp 4,3 % (4/92) et *Flavobacterium* sp 1,1 % (1/92). Les méningites dues à *Haemophilus influenzae* b et à *Streptococcus pneumoniae* concernaient davantage les nourrissons : *Haemophilus influenzae* b retrouvé dans 31/35 cas, soit 88,6 %, avec une nette prédominance chez les nourrissons de moins de 12 mois (24/35 cas), soit 68,6 %, et *Streptococcus pneumoniae* dans 35/44 cas, soit 79,5 %.

La létalité était de 30,4 % (28/92). La répartition de la létalité selon la bactérie a été la suivante : *Salmonella* sp 100 % (4/4), *Streptococcus pneumoniae* 42,9 % (15/35), *Neisseria meningitidis* 28,6 % (2/7) et *Haemophilus influenzae* b 16,7 % (7/42).

L'*Haemophilus influenzae* b et le *Streptococcus pneumoniae* restent les agents les plus fréquemment retrouvés dans la méningite purulente de l'enfant de moins de 5 ans. La létalité liée à cette pathologie de l'enfant est importante dans notre contexte. Cette létalité est particulièrement élevée dans les méningites dues à *Salmonella* sp et à *Streptococcus pneumoniae*. L'introduction du vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* b chez le nourrisson de moins de 12 mois dans le Programme élargi de vaccination ivoirien contribuerait à réduire la morbidité liée à la méningite purulente du nourrisson.

Aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs du sepsis en milieu pédiatrique dakarois, Sénégal.

B. Camara, P. Faye, I. Ba, A. Ba, M. Ba & D. Sow

Chaire de pédiatrie, Université Cheikh-Anta-Diop de Dakar, Sénégal. E-mail : bccamara@yahoo.com

En vue de déterminer le profil épidémiologique, bactériologique et évolutif du sepsis pédiatrique à Dakar (Sénégal), nous avons mené une étude prospective au Centre hospitalier national d'enfants Albert-Royer.

Étaient inclus dans cette étude les enfants âgés de 2 mois à 15 ans hospitalisés pour sepsis du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006. Durant cette période, nous avons colligé 180 sepsis bactériens, soit une incidence hospitalière de 1 440 cas pour 100 000 hospitalisations. L'âge moyen de nos patients était de 31,5 mois et le sex-ratio de 0,55 était en faveur des garçons. La majorité des cas était enregistré aux mois de mai, juin, juillet, correspondant à la saison chaude et pluvieuse au Sénégal.

Les principales manifestations cliniques observées étaient la détresse respiratoire (27,3 %), l'anémie (27 %) et le coma (12,8 %). Les infections étaient communautaires dans 167 cas (88,4 %), nosocomiales dans 22 cas (11,6 %) et les deux types d'infection étaient associés dans 9 cas. L'examen bactériologique a permis l'identification de 117 bactéries appartenant à 14 espèces bactériennes, avec une bactériologie positive chez

109 patients (60,6 %). Dans les infections communautaires, les principaux agents responsables étaient par ordre de fréquence : *Haemophilus influenzae* type b, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, alors que, dans les infections nosocomiales, *Klebsiella pneumoniae* (67,9 %) était le principal agent isolé, suivi de *Staphylococcus aureus* (5,9 %). Les souches d'*Haemophilus influenzae* type b, de *Streptococcus pneumoniae* conservent une bonne sensibilité aux bêta-lactamines, aux aminosides et aux quinolones. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,91 jours, avec des extrêmes de 1 et 60 jours. Nous avons enregistré une létalité de 15,6 % pour laquelle l'existence d'un coma et d'un choc constituent les principaux facteurs de risque ($p > 0,005$).

Face à la lourde morbi-mortalité, nous préconisons la mise en œuvre effective d'un programme de lutte contre les infections bactériennes, basé sur le relèvement du niveau du plateau technique de nos structures de santé et un renforcement de l'éducation sanitaire des populations.

Endocardite infectieuse révélatrice d'un syndrome de Klippel-Feil : à propos d'un cas.

S. Benfetima (1), F. Fata (2), Amrani (2), D. Ben-said (1), H. Rahmoune (1), S. Kegououche (1), R. Yahia Ouahmed (1), M. Bouhabib (1), F. Sellahi (1) & H. Allas

(1) Clinique pédiatrique du Mansourah, Constantine, Algérie.

(2) Service de chirurgie pédiatrique EHS SMK, Constantine, Algérie.

Le syndrome de Klippel-Feil est une cause rare (1 sur 42 000 naissances) de dysostoses rachidiennes, défini comme une fusion congénitale de 2 des 7 vertèbres cervicales, de cause inconnue actuellement. Il s'agit d'un ensemble malformatif très variable dans sa traduction clinique et radiologique. La brièveté du cou, la limitation de sa mobilité et l'implantation basse des cheveux sont les signes les plus communs de ce syndrome.

D'autres anomalies rachidiennes, cranio-faciales, retard mental, surdité, atteinte neurologique ou cardiaque, etc. peuvent y être associées.

Le pronostic des lésions rachidiennes est fonction de leurs importance et de leur extension, d'où une classification en 3 groupes. Le traitement varie selon la gravité des lésions.

Observation

Nous rapportons le cas de l'enfant B. Lamine, âgé de 12 ans, aux antécédents de bronchites à répétitions, admis chez nous pour une insuffisance cardiaque survenue dans un contexte sub-fébrile. L'examen clinique, outre les signes de défaillance, retrouve un enfant distant, ne répondant pas aux questions, au faciès très particulier, au cou court dont les mouvements sont limités et présentant de plus une implantation basse des cheveux.

Les explorations cardiaques révèlent la présence de végétations sur la valve mitrale avec importante mutilation de l'appareil sous-valvulaire qui, avec le bilan biologique, posent le diagnostic d'endocardite infectieuse.

De plus, le reste des explorations retrouve une fusion de la 2^e et 3^e vertèbre cervicale, une anomalie de l'articulation temporo-mandibulaire, une légère scoliose, des anomalies costales et une surdité de transmission.

Le diagnostic de syndrome de Klippel Feil avec probable malformation cardiaque associée compliquée d'une endocardite est évoqué. Le patient répond favorablement au traitement médical mais les importantes lésions cardiaques nécessitent une réparation chirurgicale.

Le syndrome de Klippel-Feil est rare mais de diagnostic aisé devant l'association de la triade clinique sus-citée avec l'atteinte du rachis cervical; évoqué, il permet de rechercher d'autres malformations possibles dont la prise en charge évitera la survenue de complications sévères.

Les pleuro-pneumopathies infectieuses de l'enfant.

N. Mattoussi (1), O. Bouyahia (2), N. Amdouni (2), Z. Fiitouri (1), R. Khemakhem (3), I. Bellagha (4), B. Chaouachi (3), A. Samoud (2) & S. Ben Becher (1)

(1) Service des consultations externes et des urgences, Hôpital d'enfants de Tunis, Tunisie.

(2) Service de médecine infantile C, Hôpital d'enfants de Tunis, Tunisie.

(3) Service de chirurgie pédiatrique B, Hôpital d'enfants de Tunis, Tunisie.

(4) Service de radiologie, Hôpital d'enfants de Tunis, Tunisie.

Les pleuro-pneumopathies infectieuses de l'enfant sont un motif courant d'hospitalisation en pédiatrie. Cette entité est d'un potentiel de gravité variable qui dépend largement de l'agent bactériologique en cause.

Il s'agissait ici d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques, bactériologiques et les moyens thérapeutiques des pleuro-pneumopathies.

Nous avons réalisé une étude rétrospective, focalisée sur les cas de pleuro-pneumopathies hospitalisés dans deux services de pédiatrie générale de l'hôpital d'enfants de Tunis, durant une période de cinq ans (du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2005).

Nous avons colligé 52 cas, soit 0,3 % de l'ensemble des hospitalisations. Le sexe ratio était de 1,7. L'âge moyen de nos patients était de 47,6 mois (56 jours et 14 ans). 37 % des malades étaient âgés de moins de deux ans, 40 % de 2 à 6 ans et 23 % de plus de 6 ans. 38 % étaient vaccinés contre *Haemophilus influenzae* b. Le délai moyen d'hospitalisation par rapport au début de la symptomatologie était de 7 jours (1-30 j). La prise d'antibiotiques ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien a été retrouvée respectivement dans 58 % et 19 % des situations. L'examen clinique trouvait un état fébrile (96 %), un teint infecté (17 %), une polypnée (73 %), des signes de lutte respiratoire (48 %), une diminution, voire abolition, du murmure vésiculaire (67 %) et des râles crépitants (19 %). 94 % de nos patients étaient eutrophiques. La radiographie du thorax a montré une pleurésie isolée (11 %), un pyopneumothorax (6 %), une pleurésie associée à une opacité parenchymateuse (83 %), à une bulle d'emphysème (4 %). Dans 6 % des cas, la radiographie initiale était normale et les lésions radiologiques étaient apparues après un délai moyen de 4,5 jours (de quelques heures à 7 j). 60 % des patients ont bénéficié d'une échographie thoracique, en moyenne, 2,4 jours après l'admission (de quelques heures à 10 j) et 12 % d'une TDM thoracique initiale. Un syndrome inflammatoire biologique a été observé chez 90 % des patients. La ponction pleurale a été réalisée chez 37 % des malades. L'agent bactériologique n'a été déterminé que chez 25 % de l'ensemble, dominé par le *Staphylococcus aureus* (57 %) et le *Streptococcus pneumoniae* (35 %). Une antibiothérapie a été instaurée chez 98 % des patients. De première intention, elle reposait sur l'ampicilline (19 %), l'association acide clavulanique/amoxicilline (31 %), une céphalosporine de 3^e génération (15 %), l'oxacilline (6 %), ou l'association d'une céphalosporine de 3^e génération à un anti-staphylocoque : vancomycine ou fosfomycine (23 %). Une antibiothérapie de deuxième intention a été instituée chez 36 % des patients. L'apyrexie était

apparue, en moyenne, après 4,5 jours (1-22 jours). La durée moyenne d'hospitalisation était de 18 jours. 32 % des patients ont nécessité un transfert en un milieu de chirurgie ou de réanimation. La normalisation de la radiographie du thorax a été obtenue, en moyenne, après 46,8 jours.

En l'absence de recommandations, nous constatons une diversité de la prise en charge des pleuro-pneumopathies infectieuses de l'enfant. L'antibiothérapie de première intention doit être guidée par le profil microbiologique du pays et un faisceau d'arguments clinico-biologiques et radiologiques. L'indication du drainage thoracique est de plus en plus restreinte, réservée à des situations particulières. Des études prospectives permettront de mieux préciser la prise en charge des pleuropneumopathies de l'enfant.

Facteurs climatiques au cours des infections respiratoires aiguës basses chez le nourrisson en milieu hospitalier à Abidjan, Côte d'Ivoire.

F. Dick-Amon-Tanoh (1), B. Kouassi (1), C.P. Ezaley (2), J. K. Seka (2), M. Konan-Timitté (1), J. Kouame (3) & Jandoh (3)

(1) Service de pédiatrie médicale, CHU Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire. E-mail : dickamflore@aviso.ci

(2) Société d'exploitation et de développement aéroportuaire, aéronautique et météorologique, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(3) Service de pédiatrie médicale, CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(4) Service de pédiatrie médicale, CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Les infections respiratoires aiguës de l'enfant demeurent un problème de santé publique. Les facteurs climatiques influençant la survenue d'une infection respiratoire ont été souvent décrits dans la littérature en zone tempérée. Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire, se situe en zone intertropicale humide caractérisée par une saison sèche cumulée de deux à trois mois et une saison pluvieuse avec des précipitations pouvant aller jusqu'à 1500 mm et des températures chaudes toute l'année entre 25 et 30 °C.

L'objectif de notre étude était de préciser la fréquence de survenue des infections respiratoires aiguës basses (IRAB) du nourrisson au cours des variations climatiques.

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur six mois (du 1^{er} mai au 30 novembre 2003), portant sur 249 nourrissons âgés d'1 à 24 mois inclus, admis dans les trois centres hospitalo-universitaires de la ville d'Abidjan, pour des signes pulmonaires évoluant depuis moins d'un mois. La prévalence des IRAB durant notre période d'étude et les variations des mouvements des vents, de la température, de la pluviométrie et de l'humidité ont été étudiées.

Les données météorologiques issues de la station Abidjan-aéroport montraient une température moyenne de 26,2 °C pour un écart type de 24,1 °C à 28,5 °C ; Les plus basses températures ont porté sur les mois de juillet et août de même que la vitesse du vent, environ 1,7 m/s. L'écart type de la pluviométrie était de 1 à 345,7 mm pour une moyenne de 103 mm. La pluviométrie était à son maximum durant les mois de mai et juin et presque inexistante durant les mois d'août et juillet. L'humidité la plus basse a été enregistrée pour les mois de mai et novembre, soit 80,7 % et était à son maximum durant les mois de juillet et août, soit 88,7 % d'hygrométrie. La fréquence globale des IRAB était de 12,2 %. L'augmentation progressive des fréquences de survenue des IRAB était concomitante à la régression des températures, de la vitesse du

vent et d'une pluviométrie quasi inexistante pour un degré hygrométrique restant élevé et correspondant aux mois de juin, juillet et mi-août. Par contre, l'augmentation de la pluviométrie durant les mois d'octobre passant de 28,8 à 163,9 mm va s'accompagner d'un pic de survenue des IRAB.

L'impact de la survenue des infections respiratoires aiguës (IRA) chez l'enfant est souvent évoqué et la corrélation quasi établie dans les pays tempérés. Les IRAB sont une complication des IRA hautes chez l'enfant, laissant supposer que les résultats attendus de l'étude des pics de fréquence de survenue des IRA hautes, corrélées aux variations climatiques, précèderaient celles des IRA basses. Diverses enquêtes incluant la survenue des pics d'apparition des atteintes infectieuses des voies respiratoires hautes et basses sur plusieurs années seraient souhaitables, afin d'établir une relation de cause à effet incluant les autres facteurs de risque.

Premiers cas pédiatriques de cryptococcose neuroméningée au CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire).

L. Adonis-Koffy (1), G. Diarrassouba (1), J. Mouba (2), M.-H. Ake-Assi (1), F. Eboua (1), S.A. Adjaffi, A.M. Timité-Konan (1) & M. Dosso (3)

(1) Service de pédiatrie médicale, CHU Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire. E mail : diarrassouba@yahoo.fr

(2) Service de pédiatrie, Hôpital d'Owendo, Gabon.

(3) Laboratoire central, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

La cryptococcose est une torulose cosmopolite due à une levure appelée *Cryptococcus neoformans*. L'incidence de la cryptococcose neuroméningée est en nette augmentation avec la pandémie du VIH/sida. Affection rare chez l'enfant, elle est considérée comme une infection opportuniste, survenant chez les sujets dont l'immunité est déficiente.

La Côte d'Ivoire est un pays à forte prévalence du VIH/sida. L'ONUSIDA estimait à 84 000 le nombre d'enfants séropositifs dans notre pays en 2004.

L'objectif de l'étude était de décrire l'expérience du service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon concernant le diagnostic et la prise en charge des méningites dues au cryptococoque.

Il s'agit d'une étude prospective réalisée de janvier 2004 à décembre 2005 dans le service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon. Elle a concerné tout enfant de 1 mois à 15 ans chez qui une cryptococcose neuroméningée a été confirmée par un examen mycologique du liquide cébrospinal et par ailleurs un dépistage du VIH a été fait (sérologie VIH, dosage des CD4). Sur ces critères, 6 dossiers ont été colligés.

L'âge moyen de survenue était de 9 ans.

2 enfants étaient VIH négatif (ELISA négatif à deux reprises) et immunocompétents (taux de CD4 normal) mais vivaient dans un environnement d'élevage de pigeons qui est reconnu comme un facteur favorisant. 4 enfants étaient infectés par le VIH avec une immunodépression sévère (CD4 < 15 %).

Le tableau clinique était dominé par un syndrome méningé fébrile fruste qui a longtemps fait errer le diagnostic. La ponction lombaire a ramené pour tous les enfants un liquide cébrospinal clair et stérile concernant l'examen cyto bactériologique. Le fluconazole a été utilisé chez tous les enfants. L'évolution a été défavorable pour 4 enfants dont 1 enfant VIH négatif.

La cryptococcose neuroméningée chez des enfants VIH positif ou non est une réalité en Afrique. Tout pédiatre devrait pouvoir y penser devant une symptomatologie neurologique fébrile chez l'enfant et en présence d'un liquide cébrospinal clair, surtout dans les pays à forte prévalence du VIH.

Évolution du calendrier vaccinal au Maroc.

N. Lamdouar Bouazzaoui & A. Barkat

Centre national de référence en néonatalogie, Hôpital d'enfants, CHU de Rabat, Maroc.

Le Maroc a toujours été persuadé de l'importance de la vaccination préventive. Il est parmi les pays qui ont mis en place, depuis l'aube du XX^e siècle, une politique vaccinale ambitieuse qui n'a pas été vaine.

La 1^{re} loi relative aux vaccinations date de 1929 et les premières campagnes de vaccination remontent au début des années soixante, le Programme élargi de vaccination (PEV) au début des années 1980. Ce PEV a été structuré en Programme national d'immunisation (PNI) seulement six ans plus tard.

Parallèlement à la mise en route de ces différents programmes, un suivi continu de la couverture vaccinale a permis de moduler le calendrier national de vaccination en introduisant de nouveaux antigènes ou des rappels.

Ainsi, on a vu s'améliorer au fil des années la couverture vaccinale contre les principales maladies cibles, à savoir la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite. La diphtérie et le tétanos néonatal ont été éliminés et notre demande de certification de l'éradication de la poliomyélite a été acceptée en mars 2002.

Ces résultats nous incitent à améliorer nos prestations vaccinales en proposant de nouveaux antigènes et en améliorant la couverture vaccinale pour la réduction des cas de rougeole.

Perception du paludisme en milieu scolaire à Niamey, Niger.

R. Abdoulaye-Mamadou & I. Oumarou Moussa

Service de pédiatrie A, Hôpital national de Niamey, Niger.

Le paludisme constitue le premier problème de santé publique en Afrique au sud du Sahara. Il est endémique dans la majorité des pays. Chaque année, le continent enregistre près de 400 millions de cas, dont un million de décès. Le Niger fait partie des pays endémiques d'Afrique avec 760 718 cas et 257 000 décès notifiés en 2005. Les enfants sont les plus touchés.

Le but de notre étude est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des enseignants des écoles primaires sur le paludisme en vue de proposer des stratégies de prévention au sein de la communauté scolaire.

Il s'agit d'une enquête transversale prospective, menée du 20 mai au 20 juin 2005, dans 27 écoles primaires tirées au sort sur une liste des établissements scolaires de la ville de Niamey. L'enquête a intéressé les enfants dont l'âge varie entre 5 et 15 ans. Un questionnaire préétabli a été remis aux enseignants.

Les symptômes faisant partie du diagnostic du paludisme sont connus. Il s'agit notamment de la fièvre (99 %), des céphalées

(98 %), des vomissements (97 %) et des douleurs articulaires (75 %). Certaines complications du paludisme sont également connues : convulsions (20 %); coma (17 %); anémie sévère (11 %).

Face aux symptômes présomptifs, les enseignants ont référé à une formation sanitaire dans 71,5 % des cas. L'enfant a été renvoyé à la maison pour une prise en charge dans 27 % des cas. Un traitement de première intention par la chloroquine a été administré sur place dans 25 % des cas.

Cette étude nous permet de relever la difficulté qui réside dans la prise en charge des patients en milieu scolaire, du fait des moyens souvent dérisoires des écoles primaires et de l'absence d'une véritable politique de santé scolaire.

La prise en charge précoce des cas par un traitement rapide et efficace constitue l'une des stratégies majeures recommandées par l'OMS dans la lutte contre le paludisme. D'où la nécessité de former les enseignants sur le traitement du paludisme présomptif et de mettre en place une médecine scolaire effective.

Abus sexuel sur enfants : à propos de 92 cas.

L. Touami (1), H. Razik (2) & A. Aboussad (2)

(1) Service de néonatalogie, Hôpital Édouard-Herriot, 69000 Lyon, France. Tél : 06 82 54 83 29.

(2) Cellule d'accueil et d'orientation des enfants victimes de maltraitance. Hôpital Ibn-Tofail, CHU Mohammed-VI, Marrakech, Maroc

L'agression sexuelle désigne toute activité sexuelle imposée à un mineur et pouvant être vécue comme une agression. Elle comprend tout contact oro-génital ou anal, ainsi que l'exhibitionnisme, le voyeurisme et l'utilisation de l'enfant à des fins pornographiques. Les abus sexuels sont relativement fréquents, mais restent souvent méconnus. Ils sont graves par leurs conséquences psychologiques, somatiques et sociales. Le Maroc a ratifié par le Dahir n°4-93 de juin 1993 la convention relative aux droits de l'enfant. Au niveau de la région de l'Afrique du Nord et des pays arabes, il a été très dynamique dans l'instauration d'instances s'occupant des aspects de la protection de l'enfant, l'harmonisation des textes législatifs et l'encouragement de la recherche dans ce domaine.

Nous discutons 92 cas colligés à la cellule d'accueil et d'orientation des enfants victimes de maltraitance à l'hôpital Ibn-Tofail de Marrakech.

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur les informations contenues dans le dossier médical et le certificat médico-légal de 92 cas d'agression sexuelle ayant consulté entre novembre 2001 et juin 2004.

L'âge des enfants varie entre 3 et 17 ans (en moyenne, 9 ans), dont 63 garçons et 29 filles. L'agression survient dans 1/3 des cas dans une maison ou dans la rue. L'agresseur est un membre de la famille dans 12,5 % des cas et, dans la moitié des cas, c'est un voisin du quartier. Le caractère chronique et répété de l'abus sexuel a été retrouvé dans 8 % des cas. L'examen génital a été strictement normal dans 83 % des cas.

Le diagnostic d'abus sexuel chez l'enfant pose quelques difficultés. Le médecin doit procéder aux mesures de protection de l'enfant, passant par le signalement judiciaire, la prévention d'une infection ou d'une grossesse. La prévention reste la base de la prise en charge.