

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

Communications présentées à la Société des sciences médicales de Madagascar pendant l'année 1998.

Hôpital général de Befelatanana, B. P. 14 bis, Antananarivo 101, Madagascar.

Coordonnateur : P. Aubry, Vice-Président de la Société des sciences médicales de Madagascar

Résultats thérapeutiques dans la maladie de Burkitt vue au service oncologie - hématologie - radiothérapie de l'hôpital d'Ampefiloha. À propos de 24 cas.

J. Andriatsoavinarivomanana, Randrianarivoarivelo, A. L. Fidy & J. Andrianjatovo

Service ORL-OPH, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar
Communication présentée à la séance du 6 janvier 1998.

La maladie de Burkitt est encore de pronostic redoutable, malgré les progrès enregistrés ces derniers temps pour son traitement. Il s'agit d'une urgence thérapeutique car la tumeur double de volume en 12 à 15 jours. Le diagnostic et le bilan d'extension doivent être faits dès qu'on suspecte un lymphome de Burkitt pour éviter toute agression inutile. Le traitement doit débuter aussitôt en associant des antimétabolites et en prévenant le syndrome de lyse, car la maladie évolue rapidement et d'une façon foudroyante si on ne traite pas précocement. Sa sensibilité au cyclophosphamide est connue, mais de nombreux travaux ont abouti à une meilleure connaissance immunologique et cytogénétique permettant de faire un diagnostic précoce, gage de la mise en œuvre rapide d'un traitement approprié.

Notre étude concerne 24 malades vus pendant 10 ans (1984-1995) dont l'âge est compris entre 4 et 14 ans. Les localisations tumorales ont été les suivantes: maxillo-faciale isolée (1 cas), face + ADP* (7), face + cou (1), face + abdomen + ADP (6 cas), face + abdomen + ADP + localisation neurologique (3 cas), thyroïde + abdomen + ADP (1 cas), membre supérieur + ADP (1 cas), localisation pharyngée (1 cas).

Selon le stade défini par S. MURPHY, on a : stade I (2 cas), stade II (8 cas), stade III (10 cas) et stade IV (4 cas).

Les résultats thérapeutiques sont évaluables chez 22 patients, car 2 malades n'ont pas reçu de traitement à visée curative. La rémission complète a été obtenue chez 8 malades, 13 cas de rémission incomplète et un échec au terme d'un traitement de première intention. D'une façon générale, après 6 mois de surveillance de l'évolution de la maladie, on ne trouve aucune différence entre les patients qui ont présenté une rémission complète lors des 3 premières cures et ceux qui ont développé une résistance primaire au traitement institué. Le meilleur résultat concerne une survie constatée à 3 ans, la moyenne se situe entre 3 et 4 mois (57 %)

Les modalités thérapeutiques sont : la chimiothérapie (mono. ou polychimiothérapie) pour 13 cas, la chirurgie (1 cas), la radiothérapie (2 cas), association chimiothérapie - chirurgie (3 cas), la chimioradiothérapie (1 cas) et chimioradiothérapie - chirurgie (2 cas). On a noté une rémission complète malgré le stade tardif pour ceux qui ont été sous chimiothérapie, mais il y a le problème de lyse et d'infections dues à une immunodépression. La radiosensibilité de ces tumeurs n'est que temporaire. La chirurgie peut aggraver la tumeur. L'association chirurgie - chimiothérapie a été bénéfique pour un de nos cas vus au stade I. Tous les auteurs s'accordent pour admettre que les tumeurs localisées (stade I) guérissent dans 90 % des cas et au stade II dans 75 % des cas ; une rémission complète supérieure à 2 ans équivaut à une guérison.

* ADP : adénopathies

Les causes de surdité infantile vues à l'"Akama", école des sourds d'Antananarivo. À propos de 60 cas

J. Andriatsoavinarivomanana, M. J. Rahanitriniaina, A. L. Fidy & J. Andrianjatovo

Service ORL-OPH, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.
Communication présentée à la séance du 3 février 1998

La recherche de l'étiologie d'une surdité de l'enfant constitue une partie importante du diagnostic, pas tant par son influence sur le pronostic que guidée par la notion de risque génétique pour les collatéraux et la descendance. Le bilan étiologique doit être mis en route dès que le diagnostic de surdité est posé. Toutes les étiologies évoquées jusqu'à maintenant sont presque toutes évitables, ainsi il faut insister sur la prévention.

Notre étude concerne 60 enfants âgés de 2 à 14 ans que l'"Akama" prend en charge pour leur éducation spécialisée vus durant l'année 1994-1995. Nous constatons que, dans notre série, il y a 31 filles et la population cible est représentée par les enfants âgés de 10 à 12 ans (35 %).

Les différentes étiologies sont : congénitales et héréditaires certaines (15 %); congénitales diverses (12 %); les surdités acquises pendant la grossesse (5 %), à la naissance (28 %), après la naissance (37 %). La plupart de ces enfants sont des sourds muets car 62,5 % présentent une surdité profonde bilatérale et 25 % une cophose.

La surdité est un handicap qui assombrit l'avenir des enfants et l'importance de la charge sociale représentée par la surdité est considérable, ainsi il faut souligner l'importance de la prévention.

Fièvre et paludisme en milieu hospitalier pédiatrique. Résultats d'une étude prospective.

J. Rasamoelisoa, S. Rasoanaivo, X. G. Tovone & D. Rakotoarimanana

Service de pédiatrie B, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar. Communication présentée à la séance du 3 février 1998.

Une étude prospective a  t e conduite dans le service de pédiatrie B de l'Hôpital de Befelatanana afin d'évaluer la prévalence et la responsabilité du paludisme dans les infections fébriles des enfants admis du mois d'août au mois de décembre 1997. Durant les cinq mois d'étude, nous avons recensé 311 cas de fièvre parmi les 811 enfants admis dans le service. Le diagnostic de paludisme a  t e portée chez 4 enfants et ce sont tous des cas de paludisme "importé", c'est-à-dire que les risques d'impaludation sont surtout liés au déplacement des citadins en dehors de la capitale. Nous soulignons ici l'intérêt pour un médecin de disposer d'un test diagnostique du paludisme rapide, fiable, et de réalisation facile.

Les tumeurs malignes du sinus maxillaire.   propos de 20 cas vus en 10 ans.

J. Andriatsoavinarivomanana, B. P. Rakotoeloely, A. L. Fidy & J. Andrianjatovo

Service ORL-OPH de l'Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar. Communication présentée à la séance du 3 mars 1998.

Les tumeurs malignes des sinus maxillaires sont rares (1,49 % des cancers en ORL), mais viennent au premier rang des TMF*. Leur gravité locale et leur pronostic restent encore péjoratifs du fait que ces tumeurs restent longtemps muettes. Elles sont d'examen difficile et les premiers signes d'appel n'inquiètent pas le malade, ce qui nous a incités à réaliser cette étude pour avoir des informations et préconiser les attitudes thérapeutiques vis-à-vis des malades (diagnostic précoce et prise en charge).

Notre étude concerne 20 malades biopsiés ou opérés dans notre service de 1985 à 1995. La fréquence est de 2 cas par an, 55 % des malades sont de sexe masculin et 45 % de sexe féminin, la moyenne d'âge est de 41 ans (extrême 4 à 77 ans). Il n'a pas  t e notée de cause précise mais, dans les antécédents, il a  t e notée comme facteurs probables : le tabac, l'alcool, les caries dentaires, les rhinites chroniques. Il n'a pas  t e notée de facteur d'ordre professionnel. Nous avons constatée que 8 cas sur 20 ont d j a un envahissement loco-régional (fosses nasales, ethmoide, orbite, cavum et malaire), entraînant des signes radiologiques et fonctionnels consécutifs à leur localisation. Au point de vue histologique, il a  t e notée 10 cas de carcinome, 9 cas de sarcome et un cas de mélanome. Comme traitement, nous avons constatée que seule la chirurgie complétée par une radiothérapie donne le meilleur résultat.

Enfin, on peut conclure que seule la prise en charge du malade le plus tôt possible, dès que le diagnostic est posée, permet de mieux cerner cette affection.

* TMF: Tumeur maligne de la face.

Trois observations de grossesse abdominale au CHU Ampefiloha d'Antananarivo

A. Ahmad (1), E. Andriamanampiarivelo (1), S. Andriatsimivohony (2), J. R. Raveloson (3), D. Rasoan (2) & K. Kader (4)

(1) Service de radiologie, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.
(2) Service maternité, CHU Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.
(3) Service de chirurgie viscérale, CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar.
(4) Service de radiologie, CHU Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Justifications

La grossesse abdominale constitue une variété de grossesse extra-utérine, rarissime, de diagnostic d'autant plus difficile que le terme est plus avancé car les signes sont bâtards. Sa symptomatologie est polymorphe, dominée par des douleurs abdominales avec troubles digestifs dans sa forme précoce.

Objectifs

Décrire les signes échographiques fiables de cette affection afin de pouvoir poser le diagnostic de certitude pré-opératoire.

Méthodes

Nous rapportons trois cas de grossesse abdominale colligés d'août 1994 à juillet 1997. Sur ces trois patientes suspectes cliniquement de grossesse abdominale, nous avons réalisée une échographie pelvienne complétée dans deux cas par une hystérosalpingographie avant l'intervention chirurgicale.

Résultats

Nous avons observée une grossesse abdominale arrêtée à 28 semaines d'aménorrhée (SA), dépistée à 36 SA, implantée au sein des ligaments large et rond droits; un cas de grossesse arrêtée à 20 SA localisée au niveau de l'hypochondre droit, placenta insérée dans le ligament large, assimilée à une grossesse extra-utérine, donc opérée d'urgence; une grossesse abdominale arrêtée à 19 SA, vue tardivement à 42 SA, développée au sein du ligament large droit. Dans nos observations, le diagnostic échographique de cette affection repose sur les critères de Kobayashi et sur les propriétés acoustiques des anses intestinales pouvant affirmer son siège intra-péritonéal. Les suites opératoires étaient favorables.

Conclusion

La grossesse abdominale est une pathologie relativement rare, de pronostic foetal sombre avec risque maternel non négligeable, et dont le diagnostic repose sur l'échographie. Son traitement reste chirurgical, complétée éventuellement par l'administration de méthotrexate.

Indications et apport de l'échographie transfontanellaire en neurologie pédiatrique.

J. Rasamoelisoa (1), H. Raobijaona (1), M. Randriarinivo (1), X. G. Tovone (1), B. Morel (2) & D. R. Rakotoarimanana (1)

(1) Service de pédiatrie B, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.
(2) Service de radiologie, Hôpital de Soavinandriana, Madagascar. Communication présentée à la séance du 7 avril 1998.

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude rétrospective effectuée à l'Hôpital des enfants à Antananarivo sur une période de 18 mois (janvier 1993 à juin 1994) sur les indications et l'apport de l'échographie transfontanellaire à propos de 19 cas, et ce, grâce à une collaboration étroite avec le Service de radiologie du Centre hospitalier de Soavinandriana d'Antananarivo.

Les 19 cas cliniques témoignent de la diversité des affections en particulier neurologiques dans la pathologie pédiatrique, telles que :

- les méningites
- les tumeurs cérébrales
- l'hémorragie méningée
- l'encéphalite
- les convulsions fébriles simples du nourrisson
- l'épilepsie
- les hydrocéphalies

Du point de vue échographique : six résultats sont normaux, les 13 restant montrent une modification portant sur les cavités ventriculaires et une masse intracérébrale d'aspect tumoral.

L'échographie trans-fontanelle, présente donc un double intérêt :

- diagnostique d'abord, par le dépistage des anomalies intracérébrales et les répercussions sur les structures voisines : chez les prématurés ; devant toute circonstance de souffrance périnatale ou traumatisme obstétrical, à la recherche d'une hémorragie méningée ; dans les infections cérébrales (abcès du cerveau, toxoplasmose congénitale) ; hydrocéphalie ; devant un état polymalformatif ;
- évolutif dans la surveillance d'une hydrocéphalie pour apprécier sa régression ou son évolution, déterminant ainsi une indication opératoire neuro-chirurgicale.

Malgré ses avantages remarquables (répétition et innocuité), l'échographie trans-fontanelle présente des limites dans son utilisation, essentiellement par son coût et sa non disponibilité dans les services de pédiatrie à Madagascar.

De préférence, elle sera complétée par des investigations plus performantes telle que la tomographie par ordinateur qui est d'une extrême précision, objectivant des lésions minimes pouvant échapper à l'échographie.

Les maladies à transmission hydrique en milieu hospitalier pédiatrique.

H. Raobijaona (1), J. Rasamoelisoa (2),
E. Ratimbazafy (1), X.G. Tovone (2) & F. Ratovo (1)

(1) Service de pédiatrie Debré, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.

(2) Service de pédiatrie B, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.

Communication présentée à la séance du 7 avril 1998.

Il s'agit d'une étude rétrospective épidémiologique et clinique.

Justifications

Dans un pays en voie de développement comme Madagascar, les maladies à transmission hydrique (MTH) restent une cause principale de morbidité avec un pourcentage de 24 % environ, en particulier en milieu pédiatrique.

Objectifs

- Estimer la prévalence des MTH dans un service hospitalier pédiatrique ;
- formuler des recommandations pratiques en vue d'une campagne de sensibilisation et de lutte contre cette maladie.

Méthodes

Du 1er octobre 1992 au 30 septembre 1993, sur 2224 entrants, 513 enfants âgés de 0 à 14 ans ont été traités pour maladies à transmission hydrique avec ou sans examen coprologique.

Résultats

La majorité des malades sont issus de milieux socio-économiques défavorisés : 94 % n'ont pas de système d'as-

sainissement, 94 % également n'ont pas de système d'approvisionnement en eau domestique.

La fréquence des MTH est maximale entre l'âge de 6 mois et 24 mois, âge correspondant à la diversification de l'alimentation, ainsi qu'aux premiers déplacements de l'enfant.

Les motifs d'hospitalisation sont classiques, essentiellement la diarrhée et la fièvre, mais le meilleur moyen de diagnostic reste l'analyse des selles.

La répartition des MTH est la suivante :

- diarrhée d'origine entérale ou diarrhée infectieuse sans documentation biologique : 471 (92 %)
- salmonelloses : 23 (4,5 %)
- hépatite virale A : 11 (2,2 %)
- amibiase intestinale : 6 (1,2 %)
- poliomyélite antérieure aiguë : 2 (0,4 %)

L'évolution sous traitement approprié a été favorable.

La promotion de l'allaitement maternel exclusif, la vaccination, la promotion de l'hygiène individuelle et collective constituent actuellement l'essentiel des mesures préventives d'une efficacité certaine.

Conclusion

Les maladies à transmission hydrique constituent un véritable problème de santé publique à Madagascar et il faut conjuguer les efforts entre les différents acteurs de la Santé pour diminuer le taux de morbidité de cette maladie.

Les rhinites allergiques de l'enfant. À propos de 163 cas.

J. Andriatsoavinarivomanana, R. Rakotomalala,
A. L. Fidy & J. Andrianjatovo

Service ORL OPH, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo Madagascar.
Communication présentée à la séance du 12 mai 1998.

L'affection allergique de la sphère ORL est dominée par les rhinites allergiques. En raison de son impact économique et de ses complications potentielles, elles méritent que l'on s'y attarde et que l'on recherche les moyens d'en réduire l'importance.

Notre étude a été effectuée du mois de septembre 1995 au mois d'août 1996 et porte sur 163 enfants âgés de 0 à 15 ans (9,70 % de notre consultation externe), dont 65 garçons et 98 filles. Cette prédominance féminine est due au fait que les enfants de sexe féminin sont beaucoup plus exposés aux allergènes par leur mode de vie. Nous avons noté surtout que l'âge de début des rhinites allergiques se situe entre 5 et 10 ans (63,2 %). Les variations annuelles des rhinites allergiques se superposent à celles des rhinites en général, car il y a recrudescence du mois de juillet au mois d'octobre correspondant à la saison sèche et froide avec la pollution atmosphérique tananarivienne due aux feux de brousse. La périodicité est presque perannuelle dans 93 % des cas, deux seulement sont saisonniers (cas de pollinose). Au point de vue antécédents, tous nos malades ont un passé personnel allergique (72,9%) et surtout familial (86 %). Les conséquences de cette affection sont surtout significatives sur la scolarité de l'enfant, l'apparition d'otite moyenne ou séreuse et l'installation de l'asthme vers le 14ème mois après le début des rhinites allergiques. En conclusion, étant donné que le coût du traitement s'avère élevé, la prophylaxie est le meilleur moyen de lutte. Elle consiste à éviter l'exposition à l'allergène responsable et ainsi à mieux cerner la nécessité complémentaire d'une "immunothérapie" souvent appelée "désensibilisation".

Le diabète sucré de l'adulte en zone intertropicale. Difficultés de classification. Intérêt des mesures anthropométriques.

P. Aubry

Coordonnateur de l'internat qualifiant, Faculté de médecine d'Antananarivo, Madagascar. Communication présentée à la séance du 12 mai 1998.

En 1985, le groupe d'études sur le diabète de l'OMS classe le diabète sucré en :

- diabète insulino-dépendant (DID)
- diabète non insulino-dépendant (DNID)
- diabète sucré lié à la malnutrition (DSLIM) ou diabète tropical. Le DSLIM qui débute avant 30 ans comprend 2 formes :
- le diabète pancréatique fibrocalculeux (ou juvénile tropical pancreatitis syndrom)
- le diabète pancréatique par carence protidique (ou type J)

D'autres formes ont été isolées, dont le diabète du sujet noir, forme atypique du diabète de l'adulte, souvent observée avant 40 ans, avec une forte propension à l'acidocétose au moment du diagnostic, une présentation clinique typique du DNID, une insulinothérapie non obligatoire.

L'hétérogénéité du diabète en zone intertropicale entraîne souvent une inflation de la prescription insulinique.

L'hospitalisation ne peut être prolongée dans les PED, ne permettant pas un suivi hospitalier aboutissant à rectifier la classification grâce à "l'épreuve du temps".

Il paraît donc essentiel d'évaluer, dès l'entrée, l'état nutritionnel pour classer les diabètes. Cette évaluation peut être basée sur :

- les données cliniques,
- la prise alimentaire,
- les mesures anthropométriques,
- l'impédancemétrie.

Les mesures anthropométriques sont les méthodes les plus simples d'évaluation de la masse grasse et de la masse musculaire grâce à la somme des quatre plis cutanés et à la circonférence musculaire brachiale (CMB).

Le but de notre étude était de démontrer l'utilité, ou non, des mesures anthropométriques pour une meilleure classification de diabète sucré (1).

Après élimination des diabètes secondaires (4 cas), du DSLIM (1 cas), 88 adultes diabétiques ont été inclus du 01/01 au 31/12/1993 suivant les critères de l'OMS (1985).

À l'entrée, le groupe DID était de 49 malades (52,7 %), le groupe DNID de 39 malades (41,9 %). Le diabète du sujet noir était classé soit en DID, soit en DNID.

Il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes en ce qui concernait l'âge du diagnostic du diabète, sa durée d'évolution et l'équilibre glycémique évalué par l'HbA1C.

Par contre, il existait des différences significatives en ce qui concernait les paramètres anthropométriques (poids, BMI, CMB et masse grasse).

À la sortie, 25 patients étaient classés DID (28 %) et 63 DNID (72 %).

Il n'existait pas de différence significative entre ces deux groupes en ce qui concernait l'âge de diagnostic du diabète et l'équilibre glycémique. Par contre, il existait des différences significatives en ce qui concernait les paramètres anthropométriques, en particulier la masse grasse ($p = 0,0006$). Dans le contexte tropical, le dosage du peptide C (test au glucagon) par méthode radioimmunologique, qui évalue les réserves insuliniques, ne permet pas de mieux classer les diabétiques à l'entrée en DID et en DNID. Le retard du traitement, l'importance de l'hyperglycémie à l'admission peuvent entraîner une sidération transitoire de la sécrétion pancréatique

endocrine et rendre difficile l'interprétation du peptide C. L'évaluation des besoins insuliniques après un temps d'équilibre glycémique (épreuve du temps) est un bon critère de classification. Les mesures anthropométriques peuvent prévoir d'emblée cette classification. L'inflation de l'insulinothérapie en Afrique qui contraste d'ailleurs avec l'augmentation des cas supposés de DNID, peut être ainsi freinée, évitant les complications liées à l'insulinothérapie, réduisant le coût du traitement et permettant ainsi une meilleure accessibilité aux traitements.

Un projet de recherche CAMPUS a été déposé en 1997 afin de réaliser une étude sur le "diabète sucré à Madagascar" incluant l'impédancemétrie. Ce projet a été accepté le 1er juillet 1997, mais n'est toujours pas financé à ce jour.

Références :

1. NIYONGABO T, AUBRY P, NDIKUMANA R, BARIHUTA T, HENZEL D & NVUYEKULE M - Aspects clinicobiologiques du diabète sucré au Centre hospitalo-universitaire de Bujumbura-Burundi, Afrique Centrale. *Médecine Tropicale*, 1997, 57, 3 S.

Prévention des pathologies iatrogènes en milieu hospitalier pédiatrique.

J. Rasamoelisoa, A. Rakotoarinivo, X. G. Tovone & D. R. Rakotoarimanana

Service de pédiatrie B, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.

Communication présentée à la séance du 2 juin 1998.

Justifications

Curiosité scientifique mêlée à des considérations humaines et socio-économiques (amélioration de la qualité des soins, participation communautaire dans le cadre de la politique nationale de recouvrement de coût).

Objectifs

- Etudier les causes des pathologies iatrogènes et évaluer leurs conséquences en milieu hospitalier pédiatrique.
- Proposer des suggestions pour prévenir les risques de survenue des événements iatrogènes.

Type d'étude

Etude prospective, non randomisée.

Patients

Ensemble des enfants hospitalisés dans un service de pédiatrie générale d'Antananarivo ayant présenté une pathologie iatrogène pendant une période de 6 mois.

Méthodes

Dès l'admission sont enregistrées sur des fiches d'enquête et d'observation les données médicales permettant de surveiller l'apparition ou non de pathologies iatrogènes pendant l'hospitalisation. Ainsi, ont été relevés essentiellement l'existence ou non d'auto-médication, la nature et le nombre de médicaments pris à l'admission, les classes thérapeutiques ou les médicaments concernés, le mécanisme pathologique, les aspects cliniques et la gravité de la pathologie iatrogène. Nous avons utilisé le test de χ^2 avec un risque alpha de 5 % pour les études statistiques de ce travail.

Résultats

Sur les 750 admissions, 70 patients avaient subi au moins une pathologie iatrogène. Un patient peut avoir un ou plusieurs événements iatrogènes ; 88 % de ces événements iatrogènes étaient dus à des actes médico-chirurgicaux et 12 % d'origine médicamenteuse. Les classes thérapeutiques les plus souvent mises en cause appartiennent à la famille des bêta-lactamines et des antipaludéens injectables. Nous avons

trouvé une liaison statistique significative entre la survenue d'un événement iatrogène et quelques paramètres cliniques (âge, diagnostic d'admission, gravité de la maladie).

Conclusions

Beaucoup d'événements iatrogènes sont évitables par :

- la mise à disposition du personnel soignant de matériels adaptés à la multiplicité des pathologies, du poids et de l'âge des patients,
 - l'adaptation du nombre de personnels soignants à l'importance de l'activité hospitalière,
 - une meilleure hygiène hospitalière (asepsie, stérilisation, information, éducation),
 - la formation continue et le recyclage du personnel hospitalier.
- Les résultats de cette étude plaident en faveur d'une réorientation de la politique médicale sur les plans qualitatif et quantitatif.

Prise en charge des affections cardiaques courantes de l'enfant dans deux services de pédiatrie d'Antananarivo.

J. Rasamoelisoa, A. Rajaonarivelo, H. Raobijaona, X. G. Tovone & D. Rakotoarimanana

Service de pédiatrie B de l'Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.
Communication présentée à la séance du 2 juin 1998.

Justifications

Cette étude est justifiée par :

- le taux de létalité élevé des cardiopathies surtout congénitales (21 %),
- la possibilité d'améliorer le pronostic de ces affections grâce au progrès des investigations paracliniques, de la réanimation médicale et des techniques de la chirurgie cardiaque, autorisant une intervention précoce à visée curative.

Objectifs :

- Etudier les problèmes de la prise en charge des affections cardiaques en milieu hospitalier pédiatrique,
- formuler des propositions ou suggestions dans le mode de prise en charge de ces affections en vue d'améliorer le pronostic.

Méthode

Etude rétrospective portant sur les dossiers d'observation et des comptes-rendus d'évacuation des cas de cardiopathies âgés d'un jour à quinze ans, des deux sexes, admis dans deux services de pédiatrie (pédiatrie B de l'hôpital de Befelatanana et pédiatrie de l'hôpital de Soavinandriana), du 1er janvier 1996 au 31 décembre 1997.

Résultats

Durant ces deux années d'étude, nous avons colligé 106 cas d'affections cardiaques, soit 1,6 % des patients hospitalisés. Les cardiopathies congénitales prédominent dans la tranche d'âge d'un jour à deux ans, avec une fréquence de 61% et se répartissent en CIV (36 %), myocardiopathies (13 %), tétralogie de Fallot (8 %), cas associés à d'autres malformations (6,5 %), PCA (5,2%), cardiopathies congénitales complexes (5,2%), CIA (4 %) et 22,1 % de cas non diagnostiqués de façon précise. Leur taux de létalité est élevé (21 %). Les cardiopathies rhumatismales, surtout mitrales et/ou aortiques, prédominent dans la tranche d'âge de 6 à 15 ans avec une fréquence de 26 %.

Plus de 50 % de ces affections cardiaques surtout congénitales nécessitent une évacuation sanitaire à l'extérieur, faute d'intervention chirurgicale réparatrice réalisable à Madagascar. Or le coût actuel de chaque évacuation est estimé à 45 millions de francs malagasy (Fmg), en moyenne, par enfant.

Conclusion

L'amélioration des conditions de réanimation pédiatrique et l'acquisition de quelques matériels comme l'échocardiographie doppler et certains cathéters spéciaux qui permettent actuellement de traiter par voie endovasculaire 20% des cardiopathies congénitales pourront, dans un premier temps, améliorer la prise en charge de ces affections cardiaques. L'idéal serait l'ouverture d'une unité de chirurgie cardio-vasculaire à Madagascar pour permettre à nos patients de bénéficier d'une réparation précoce, réduisant ainsi leur handicap physique et social ainsi que la létalité élevée qui pose un vrai problème éthique.

Profil nutritionnel des enfants de moins de cinq ans en milieu hospitalier pédiatrique

J. Rasamoelisoa (1), X. G. Tovone (2) & D. R. Rakotoarimanana (1)

(1) Service de pédiatrie B, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.

(2) Service de réanimation, Centre hospitalier de Soavinandriana, Madagascar.
Communication présentée à la séance du 2 juin 1998

Une étude rétrospective a été effectuée du 1er août 1996 au 31 décembre 1997 pour préciser l'état nutritionnel des enfants des deux sexes, âgés de 6 à 59 mois, dans un service de pédiatrie générale d'Antananarivo. Elle avait pour but de préciser les principales causes de morbidité et de mortalité en milieu hospitalier. Huit cent vingt-huit enfants ont pu ainsi être recensés. Les deux indicateurs nutritionnels utilisés sont ceux de la classification de WATERLOW : le poids par rapport à la taille (P/T) et la taille par rapport à l'âge (T/A). Les infections respiratoires aiguës (39,4%), la malnutrition protéino-énergétique isolée (19,2 %), la maladie diarrhéique (18,1 %), les affections neurologiques (14,8 %), le paludisme (6 %) et les parasitoses intestinales (2,4 %) sont les principales pathologies rencontrées. Au total, 88,2 % des enfants étaient malnutris dont 30 % modérés et 10 % sévères. Quarante-sept pour cent des cas de malnutrition se situaient dans la classe d'âge de 12 à 23 mois. Si le taux de mortalité globale était de 6,8 %, la létalité par malnutrition était très élevée (17 %), malgré l'institution d'un nouveau régime de récupération nutritionnelle. La lutte contre la pauvreté associée à des mesures pour la promotion de l'hygiène et du Programme élargi de vaccination, ainsi que l'application du programme de la prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant dans tous les centres de santé, pourraient certainement améliorer le pronostic des pathologies infantiles aggravées par la malnutrition.

Les occlusions par brides spontanées au CHU d'Ampefiloha Antananarivo.

M. J. L. Rakotovao, M. C. F. Rabibisoa & S. E. Rafenomanjato

Service de chirurgie, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.
Communication présentée à la séance du 7 juillet 1998.

Résumé non parvenu.

Les coeliotomies en urgence au CHU d'Ampefiloha Antananarivo.

M. J. L. Rakotovao, M. C. F. Rabibisoa & S. E. Rafenomanjato

Service de chirurgie, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.
Communication présentée à la séance du 7 juillet 1998.

Résumé non parvenu.