

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

Treizièmes rencontres franco-africaines de pédiatrie.

Réunion commune du Groupe de pédiatrie tropicale de la Société française de pédiatrie et des Sociétés africaines de pédiatrie au cours des Journées parisiennes de pédiatrie 1999.

Samedi 9 octobre 1999, Faculté de médecine de Paris, France.

Organisateur : D. Gendrel

Morbidité et mortalité néo-natales au complexe pédiatrique de Bangui.

G. Bobossi-Serengbe, T.S. Sana-Deyamissi, A. Mbongo-Zindamoyen, H. Diemer, J. Abanga, F. Nadji-Adim & R. M. Siopathis

Université de Bangui, Faculté des sciences de la santé, Département de pédiatrie, Bangui, République centrafricaine.

Du 1er janvier au 31 décembre 1996, l'Unité de néonatalogie du complexe pédiatrique a enregistré 1032 nouveau-nés adressés par la maternité de référence, les maternités périphériques et celles de l'intérieur du pays.

Dans la même période, 9 150 enfants étaient hospitalisés dans le service. Ce qui représente 11,28 % de morbidité, toutes causes confondues. Parmi les 1032 nouveau-nés, 293 sont décédés, soit 28,4 % (contre 42,2 % en 1995).

La morbidité était dominée par les infections néo-natales (47,9 %), la prématurité et/ou l'hypotrophie (22,2 %) et les souffrances cérébrales (13,5 %).

Les principales causes de la mortalité étaient les complications de la prématurité et/ou l'hypotrophie (30,7 %), les souffrances cérébrales (25,8 %), les infections néo-natales (23,5 %).

Les facteurs influençant la survenue de la mortalité étaient l'âge maternel, la multiparité, la gémellité et le petit poids de naissance. Les facteurs environnementaux identifiés comme facteurs de risques étaient les transferts non médicalisés des malades (taxi, bus, ambulances non équipées), les maternités éloignées de l'Unité de néonatalogie.

Les auteurs suggèrent le transfert médicalisé des nouveau-nés en détresse des maternités au complexe pédiatrique, l'ouverture immédiate du service de néonatalogie de l'hôpital communautaire, le dépistage des grossesses à risque, le recyclage du personnel pour réduire la morbidité et la mortalité néo-natales.

Facteurs de mortalité des nouveau-nés de petit poids de naissance à Bambari.

A. N. Mbongo-Zindamoyen, G. Bobossi-Serengbe, K. Kallambay & R. M. Siopathis

Université de Bangui, Faculté des sciences de la santé, Département de pédiatrie, Bangui, République centrafricaine.

Du 6 mars au 6 novembre 1995, une étude prospective a été réalisée à l'hôpital régional de Bambari en vue d'identifier les principaux facteurs de mortalité des nouveau-nés de petit

poids et d'améliorer la qualité de leur prise en charge; 139 nouveau-nés de poids < 2 500 g et 143 nouveau-nés de poids > 2 500 g ont été recrutés à la naissance et suivis jusqu'à 28 jours révolus.

Au total, 17 nouveau-nés de petit poids étaient décédés alors qu'aucun nouveau-né de poids > 2 500 g n'était décédé et 76,4 % de ces décès étaient survenus à la période néo-natale précoce.

Près de la moitié des nouveau-nés sont nés avec assistance d'une sage-femme et plus de deux tiers des nouveau-nés transférés ont été pris en charge par un médecin.

Les principales causes de mortalité ont été le très faible poids de naissance associé à l'hyperthermie et les infections néo-natales. Quant aux facteurs de risques de mortalité, nous avons trouvé: la parité, l'intervalle intergénéral, le poids de naissance, le score d'Apgar, l'état neurologique, la réanimation, la qualité du personnel soignant et des soins.

La principale limite de cette étude a été le manque de détermination de l'âge gestationnel.

Les résultats de cette étude ont permis de formuler les suggestions suivantes: affecter un personnel compétent pour la prise en charge des nouveau-nés à risque, assurer le recyclage du personnel, équiper les maternités et redynamiser les services de santé maternelle et infantile.

Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique de Bangui "devenir immédiat et pronostic".

G. Bobossi-Serengbe, A. Mbongo-Zindamoyen, H. Diemer, F. Nadji-Adim, J. J. Bureau, M. C. Sepou Yanza & R. M. Siopathis

Université de Bangui, Faculté des sciences de la santé, Département de pédiatrie, Bangui, République centrafricaine.

Les nouveau-nés de faible poids de naissance constituent une préoccupation quotidienne à cause des difficultés liées à leur prise en charge. Malgré l'amélioration des infrastructures et les nombreux progrès réalisés dans le service, le taux de mortalité hospitalière reste élevé.

Le but de ce travail était d'évaluer le devenir immédiat de ces nouveau-nés à risque en identifiant les facteurs qui influencent la mortalité.

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1er janvier au 31 décembre 1996, basée sur les observations des malades et le registre du service.

Les résultats les plus notables ont été les suivants :

- du 1er janvier au 31 décembre 1996, l'unité de néonatalogie du complexe pédiatrique a enregistré 1032 nouveau-nés, parmi eux 543 nouveau-nés de faible poids de naissance (< 2500g), soit 52,6 %. La répartition de ces derniers selon le sexe était de 286 garçons (52,7 %) contre 257 filles (47,3 %).

La mortalité hospitalière reste très élevée chez les nouveau-nés de faible poids de naissance : 224 décès, soit 41,3 %.

Les facteurs qui ont influencé le faible poids de naissance étaient la multiparité et le jeune âge de la mère. Le très faible poids de naissance, le mauvais APGAR et la gémellité étaient les facteurs de mortalité. Celle-ci était dominée par les complications de la prématurité et/ou de l'hypotrophie, les souffrances cérébrales et les infections néo-natales.

Les auteurs pensent que des actions prioritaires sont nécessaires et urgentes pour améliorer la prise en charge du nouveau-né de petit poids, et plus particulièrement la réduction des transferts extra-muros par l'ouverture de l'unité de néonatalogie de l'Hôpital communautaire.

Complications fœtales en milieu hospitalier à Libreville.

E. Engohan

Centre hospitalier, Libreville, Gabon

L'étude des complications fœtales en milieu hospitalier à Libreville porte sur un échantillon de 1466 parturientes recensées dans les trois grandes maternités du pays: Centre hospitalier de Libreville, Maternité Joséphine Bongo, Fondation Jeanne Ebor, assurant plus de 80% de naissances. Il s'agit d'une étude prospective et descriptive du 1er juillet 1997 au 30 juillet 1998.

Les parturientes ont été prises au hasard, admises pour début de travail. Pour chaque nouveau-né nous avons enregistré :

- l'Appar à 1,5 à 10 minutes,
- le sexe,
- la nécessité d'une réanimation et/ou le transport en soins intensifs,
- le poids,
- la taille du périmètre crânien,
- le périmètre thoracique,
- les complications infectieuses,
- les complications neurologiques,
- la prématurité,
- les malformations,
- les décès.

Résultats

Sur 1466 parturientes, on a noté 1475 naissances, dont :

- 177 grossesses gémellaires,
- 334 grossesses compliquées,
- 315 complications fœtales,
- 59 mort-nés,
- 31 décès néonataux précoces.

La probabilité de survenue d'une complication (\propto) par rapport à l'âge maternel est de :

- 0,224 chez les moins de 20 ans,
- 0,118 chez les 20-30 ans,
- 0,234 chez les plus de 30 ans.

Les causes des complications fœtales sont :

- la prématurité (24,44 % des cas),
- la souffrance cérébrale (20,95 %),
- les mort-nés (18,73 %),
- les infections néo-natales (15,55 %),
- l'hypotrophie (5,71 %),
- les malformations (5,39 %),
- l'ictère néonatal (4,13 %),
- l'anémie aiguë (3,5 %),
- l'allo-immunisation Rh A - B - O (1,59 %).

Les données épidémiologiques font ressortir un niveau socio-économique faible et un niveau d'instruction bas avec une grande proportion d'analphabètes, en corrélation avec un grand nombre de grossesses non suivies, avec une perte de qualité de la prise en charge des parturientes dans les centres de SMI.

Par ailleurs, on note une fréquence de naissance compliquée se situant entre 19 et 23,4%, une mortinatalité à 40% et une mortalité néo-natale précoce à 21,89 %.

Cette étude nous permet de démontrer qu'un pourcentage de morbidité et mortalité néo-natales pourrait être évité en améliorant les prestations existantes.

La recherche des facteurs de risque de mortalité néo-natale en consultation prénatale, l'amélioration de la surveillance obstétricale et des infrastructures d'accueil en maternité, une meilleure prise en charge des nouveau-nés au sein des petites unités avec du personnel qualifié, constituent des propositions simples, réalistes, adaptées au contexte économique actuel, à même d'abaisser la mortalité et la morbidité néo-natales.

Étiologie et devenir des enfants nés avec retard de croissance intra-utérin.

H. Ben Mekhbi

Centre hospitalo-universitaire de Constantine, Algérie

Nous rapportons les résultats d'une étude rétrospective effectuée de 1990 à 1998 dans les maternités des hôpitaux de Constantine, portant sur 150 nouveau-nés à terme ou prématurés présentant un retard de croissance intra-utérin.

Sur les 150 nouveau-nés, 120 étaient à terme (nés entre 40 et 42 semaines de gestation) et présentaient un retard de croissance intra-utérin, c'est-à-dire ayant un poids, une taille et un périmètre crânien inférieur à -2 DS par rapport à la normale ; 30 étaient prématurés (nés entre 28 et 37 semaines de gestation) et présentaient aussi un retard de croissance intra-utérin.

Ce retard n'a pu être dépisté à l'échographie in utero que 5 fois ; ailleurs, le diagnostic n'a été révélé qu'à la naissance. N'ont été retenus que les retards harmonieux sans dysmorphie et sans anomalies génétiques apparentes.

Parmi les étiologies retrouvées :

- causes maternelles : 3,3 % de diabète insulino-dépendant, 8 % de toxémie gravidique, 1,3 % d'hyperthyroïdie, 0,6 % de myasthénie, 1,3 % de malnutrition, 1,3 % d'ostéomalacie, 1,3 % de malformation utérine ;

- causes fœtales : infections 3,3 %, malformations placentaires 0,6 %. Dans 79 % des cas, aucune cause n'a été retrouvée.

Au cours de l'évolution, 60 enfants sont décédés à la naissance par hypoglycémie, état de mal convulsif, myocardiopathie. Les 70 enfants vivants, dont 5 sont prématurés, ont été contrôlés tous les 2 mois pendant les deux premières années, puis chaque année, par la mensuration de la taille, du poids, du périmètre crânien et du développement mental.

Seulement 2 % des enfants ont eu un développement normal, les autres ont gardé un retard de croissance à moins de deux déviations standards, avec un âge osseux inférieur à l'âge réel, malgré une tentative de traitement par l'hormone de croissance chez 8 d'entre eux.

Parmi eux, cinq présentaient une instabilité psychomotrice, trois un trouble du langage, deux un trouble de l'écriture, un trouble de la coordination, trois un trouble de la performance scolaire.

Conclusion

Le retard de croissance intra-utérin est fréquent à Constantine, de cause souvent inconnue, grave car il compromet l'avenir de l'enfant, surtout prématuré, d'où l'intérêt du dépistage anténatal par la pratique d'une échographie tous les 3 mois durant le déroulement de la grossesse.

Les urgences néo-natales au CHU de Brazzaville : aspects cliniques et évolutifs.

P. S. Ganga-Zandzou, J. A. C. Mounkeni, P. Makoumbou, H. Malonga & H. Mayanda

Service de néonatalogie, CHU de Brazzaville, Congo.

La mortalité néo-natale en Afrique reste élevée avec des chiffres de l'ordre de 40 % dans différentes séries. Près de 70 % des décès surviennent pendant les premières 48 heures de vie. Le faible niveau de vie des populations et les difficultés de prise en charge, en particulier matérielles, expliquent ces taux élevés. Au Congo, les urgences néo-natales restent préoccupantes en raison de leur fréquence et des limites de la prise en charge.

Les buts de cette étude étaient : d'identifier les différents types d'urgence néo-natale, d'indiquer les difficultés de prise en charge et de proposer des actions susceptibles d'améliorer la qualité de cette prise en charge.

Une étude prospective a été réalisée, de janvier à mai 1997, dans le service de néonatalogie du CHU de Brazzaville, incluant tous les nouveau-nés à terme en situation d'urgence. Le terme était défini selon la date des dernières règles ou des critères neuro-morphologiques, et la situation d'urgence selon la nécessité d'un traitement médical ou chirurgical précis dans des délais très brefs. Le test du χ^2 était utilisé pour l'analyse statistique avec $p < 0,05$ comme seuil de significativité. Les paramètres étudiés étaient le poids de naissance, le score d'APGAR, la durée de la réanimation à la naissance, l'âge à l'admission, la durée d'hospitalisation, les signes révélateurs, le diagnostic de l'évolution.

Ainsi, 168 urgences néo-natales ont été étudiées sur 630 hospitalisations. Parmi celles-ci, 66 décès sont survenus. Deux groupes de nouveau-nés ont été individualisés selon l'évolution vers le décès ou non. Les signes révélateurs les plus fréquents étaient la détresse respiratoire ($n = 67$) ou neurologique ($n = 57$), et les causes le plus souvent retrouvées les infections ($n = 80$) et la souffrance cérébrale ($n = 65$). En comparant les enfants décédés ou non, les nouveau-nés pesant moins de 2500 g étaient proportionnellement plus nombreux dans le groupe décédé (34 % vs 20 %, $p < 0,05$) ; en revanche, les enfants pesant entre 2500 et 3500 g étaient proportionnellement plus nombreux dans le groupe des survivants (52 % vs 70 % $p < 0,05$). Aucune différence n'était retrouvée concernant le score d'APGAR, l'âge à l'admission et la fréquence des étiologies.

Les difficultés rencontrées étaient à la naissance : insuffisance de matériel pour la réanimation en salle de naissance et prise en charge parfois inadaptée des nouveau-nés due à l'ab-

sence de pédiatres en maternité ; avant l'admission en néonatalogie : absence de transfert médicalisé ; et pendant le séjour en néonatalogie : rareté des produits sanguins, difficultés d'identification des germes pour une antibiothérapie adaptée, prise en charge difficile des affections chirurgicales néonatales, en particulier pour les soins post-opératoires, et insuffisance des ressources financières des familles pour supporter l'achat de médicaments.

Les actions proposées pour améliorer la prise en charge des urgences néo-natales sont : améliorer la qualité du suivi des grossesses, équiper les centres de naissance en matériel minimum nécessaire : aspirateur, ballon type "Ambu", eau et savon (indispensables), renforcer l'équipement des centres de références (CHU), encourager les transferts *in utero* vers les centres de références et étudier la possibilité de médicaliser les transferts de nouveau-nés.

D'une manière générale, il faut organiser et entretenir la formation du personnel, surtout paramédical, prenant en charge les nouveau-nés à la naissance, et renforcer l'action de santé publique par l'information, l'éducation et la communication.

Bilan de la réanimation des nouveau-nés issus des accouchements par césarienne à l'hôpital communautaire de Bangui.

G. Bobossi-Serengbe, A. Sepou, D. Ngbema, A.N. Mbongo-Zindamoyen, E. Serdouma, F. Mongounou & J. F. Piamale

Université de Bangui, Faculté des sciences de la santé, Département de pédiatrie, Bangui, République centrafricaine.

Les accouchements par césarienne, jadis rares dans nos formations sanitaires, sont devenus aujourd'hui, avec les progrès de la médecine, des actes qui font appel à plusieurs spécialités.

En République centrafricaine, le sous-équipement des hôpitaux et la carence en personnel qualifié aggravent le mauvais pronostic des césariennes.

Nous voulons, à travers cette étude réalisée à la maternité de référence, évaluer le devenir immédiat des nouveau-nés issus de ces accouchements par voie haute et proposer des solutions susceptibles d'améliorer leur prise en charge.

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée au bloc opératoire gynéco-obstétrical de l'hôpital communautaire de Bangui, du 1er janvier au 30 juin 1998. À partir des registres de gynéco-obstétrique, d'anesthésie, de néonatalogie, nous avons recueilli les renseignements disponibles sur une fiche d'enquête élaborée au préalable.

Pour chaque enfant, les renseignements suivants étaient consignés : renseignements maternels, renseignements anesthésiques, prise en charge du nouveau-né. Tous les nouveau-nés issus des césariennes pendant la période de l'enquête ont été retenus.

Résultats

Pendant la période de l'étude, le service a enregistré 119 césariennes avec 126 enfants. Au cours de la même période, 3757 accouchements par voie basse ont été effectués dans le service. Le taux de césarienne représente 3,17 % des accouchements.

- Il ressort du travail que 31 cas, soit (26,1%) de césariennes, avaient une indication foetale contre 88 d'indications maternelles, soit 73,9 %,

- 111 césariennes ont été faites sous anesthésie générale et 8 sous rachianesthésie,

- la plupart des nouveau-nés avaient un mauvais APGAR (15 nouveau-nés avec APGAR compris entre 4 et 6, et 16 nouveau-nés avec APGAR inférieur ou égal à 3), et l'APGAR chez 44 nouveau-nés,
- l'oxygène était irrégulièrement servi, la réanimation était insuffisante et la mortalité périnatale a été de 28 cas.

Conclusion

Nos résultats montrent que la réanimation néo-natale est très insuffisante au bloc opératoire de la maternité de référence de notre pays. Beaucoup d'efforts restent à faire sur le plan médical et logistique.

Évaluation et traitement de la douleur chez le nouveau-né.

H. Ben Mekhbi

Centre hospitalo-universitaire de Constantine, Algérie

Lors d'une enquête rétrospective effectuée de 1993 à 1997 dans les services de maternité des hôpitaux de la ville de Constantine, nous avons constaté que la douleur chez le nouveau-né à terme ou prématuré était insuffisamment appréciée et traitée.

L'objectif de notre étude est de valider une échelle d'évaluation des modes d'expression et de l'intensité de la douleur, afin d'y opposer une thérapeutique préventive.

Notre travail s'est déroulé dans deux maternités, par une équipe composée de 10 sages femmes, 10 infirmières, dont la mission était de remplir un questionnaire précisant les circonstances ayant suscité une douleur (mode d'adaptation à l'environnement sonore et lumineux lors de l'accouchement, injection du BCG, prélèvement capillaire au niveau du talon du pied, aspiration trachéale, kinésithérapie respiratoire, exsanguino-transfusion, etc), l'expression somatique de cette douleur (fréquence cardiaque, sudation palmaire, tension artérielle), son expression métabolique (diminution de la pO_2), son expression comportementale (aspect du visage, qualité du cri, mouvements spontanés des membres supérieurs et inférieurs, état de conscience, qualité du sommeil, présence de réflexes, qualité relationnelle avec la mère et l'entourage médical) dont l'intensité de chaque signe sera évalué selon un score de 0 à 4.

Ainsi, 250 nouveau-nés ont été suivis à leur naissance; 220 étaient nés à terme, et 30 étaient nés prématurés: lors des prélèvements peu invasifs, et des affections peu douloureuses, une prescription à base de paracétamol a été prescrite à très faible dose (1,5 mg/kg), et a été efficace comme le témoigne l'attitude de l'enfant.

Mais les urgences chirurgicales telles que: une occlusion, une hernie diaphragmatique ou des gestes de grande importance tels qu'une ponction d'un hématome sous-dural, ont nécessité l'utilisation de morphiniques. Les sédatifs tels que la valium ont été utilisés surtout dans un but myorelaxant, seul ou associé aux morphiniques.

Conclusion

Cette étude nous a permis de réaliser une échelle d'évaluation de la douleur chez le nouveau-né à Constantine, d'établir une prévention par l'utilisation de moyens médicamenteux (utilisation sans risque de la morphine) et des moyens non médicamenteux (adaptation, lors de l'accouchement, de l'environnement du point de vue sonore, lumineux et relationnel, pour devenir moins traumatisant).

Nécessité d'une supplémentation en vitamine D au cours du dernier trimestre de la grossesse dans la prévention de l'hypocalcémie néo-natale.

H. Ben Mekhbi

Centre hospitalo-universitaire de Constantine, Algérie

Le fœtus est un organisme en pleine croissance, surtout au dernier trimestre de la grossesse, d'où l'intérêt du maintien d'un bon équilibre du métabolisme phospho-calcique, aussi bien chez la mère que chez le fœtus.

Notre étude se propose d'étudier l'effet de la suppléance en vitamine D au cours du dernier trimestre de la grossesse sur la calcémie de la mère et du nouveau-né, par rapport à un groupe témoin non suppléé.

Pour cela, chez 2 groupes de 20 couples mère-nouveau-né (groupe 1 suppléé de 1000 unités de vitamine D par jour à partir du 7ème mois de la grossesse, et groupe 2 non suppléé), ont été réalisés des prélèvements pour dosages de la calcémie, de la phosphorémie, du 25 (OH)D, du 1,25 (OH)D₂, et de l'activité de la phosphatase alcaline. De même, ont été recueillis des renseignements épidémiologiques à la recherche de facteurs susceptibles de modifier les conditions du métabolisme phospho-calcique, tels que: une influence saisonnière; l'appréciation du nombre de sorties par jour; l'apport nutritionnel de la ration calcique par 24 heures, l'âge de la mère et la parité.

Résultats

L'âge de la mère est en moyenne de 28 ± 2 ans pour le groupe 1, et de 30 ± 1 an pour le groupe 2; le niveau social est moyen pour les deux groupes; l'influence des rayonnements solaires est plus nette pour le groupe suppléé car le tiers des femmes travaille à l'extérieur; la parité est plus élevée dans le groupe des femmes non suppléées.

Pour la concentration en 25 (OH)D:

- dans le groupe 2: chez les mères, elle est en moyenne de 3 ng/ml, donc très basse; chez le nouveau-né, elle est de 3.5 ng/ml, donc aussi basse. Nous avons pu établir alors une corrélation positive entre la concentration du 25 (OH)D des mères et des nouveau-nés,

- dans le groupe 1: chez les mères, la concentration était en moyenne de 13 ng/ml; chez le nouveau-né, la concentration était en moyenne de 11.5 ng/ml. De même, une corrélation a été établie aussi dans ce groupe.

En ce qui concerne la calcémie:

- dans le groupe 2: chez les mères, la concentration était en moyenne de 68 mg/l; chez les nouveau-nés, elle était de 69,2 mg/l.

- dans le groupe 1: chez les mères, la concentration était de 90 mg/l; chez les nouveau-nés, elle était de 110 mg/l.

Une corrélation positive a été établie entre les calcémies maternelles et celles des enfants, et entre les concentrations des calcémies et des 25 (OH)D, dans les 2 groupes.

Conclusion

Il ressort que la concentration en vitamine D et en calcium du fœtus et du nouveau-né dépend étroitement de celle de la mère, d'où la nécessité de la supplémentation en vitamine D au cours du dernier trimestre de la grossesse.

L'allaitement maternel et le sevrage parmi les différentes ethnies au Mali.

B. Jacks (1) & M. Sall (2)

(1) Faculté de médecine, Département de nutrition, Université d'Upsal, Suède.
(2) Chef du service social, Niafunké, République du Mali.

Introduction

Le sevrage précoce et brutal est un phénomène très courant au Mali. Il est lié à des concepts culturels, ce qui lui donne un fondement social. Il est très fréquent qu'un enfant soit sevré dès que sa mère est de nouveau enceinte. Le sevrage se fait de façon brutale puisque l'enfant est séparé de sa mère pour être confié soit à sa tante, soit à sa grand-mère. Cet acte entraîne un impact psychologique important sur l'enfant et détermine sa vie affective future. En dehors des effets psychologiques, un sevrage trop précoce soumet le nourrisson à un péril hygiénique en l'absence des anticorps protecteurs du lait maternel. Pour mieux comprendre la situation des femmes, nous avons fait une étude à l'aide d'un questionnaire. L'étude a été menée parmi quinze femmes des villages et des campements autour de Niafunké, dans le nord du Mali, en novembre 1998. Les femmes appartenaient aux groupes ethniques Bozo, Peul, Bambara, Sarakolé, Songhai, Touareg et Tamacheq (Bella). Nous avons aussi relevé les avis d'une sage-femme et d'une infirmière.

Le colostrum

Le premier sujet abordé a été celui de l'utilisation de colostrum, quand l'enfant est mis au sein. D'après de grandes études internationales, seulement 50 % des populations mondiales mettent en valeur le colostrum. Heureusement, dans notre étude, la majorité des groupes ethniques utilisent le colostrum: "sans colostrum, l'enfant ne peut pas vivre!". L'utilisation du colostrum nous est confirmée par les sages-femmes qui sont fières de nous faire part du développement dans les maternités locales: l'eau sucrée a été abandonnée pour les nouveau-nés, le colostrum y a retrouvé son rôle naturel.

Pratiques de l'allaitement maternel

Est-ce que les pratiques de l'allaitement maternel sont sous influence des parents, de la religion, des coutumes locales, des moyens économiques ou de la santé de la mère et de l'enfant ?

En général, nous pouvons noter que l'allaitement au sein est maintenu plus longtemps pour un garçon que pour une fille: "car la fille grandit plus vite que le garçon".

Les pratiques de l'allaitement maternel ont changé au fil des ans: il y a environ 10 ans, les femmes des milieux éduqués/cadres supérieurs utilisaient le biberon; mais aujourd'hui, grâce aux programmes nommés "Information, éducation, communication", outil d'éducation diffusé sur les radios et la télévision, ces femmes ont repris l'allaitement au sein de leurs enfants. Les grands-parents ont montré le chemin, la religion les y a encouragés.

Allaitement maternel et sevrage

Est-ce que les traditions locales à Niafunké encouragent la poursuite de l'allaitement maternel pendant le sevrage? La sage-femme faisant partie de l'étude a indiqué que la tradition n'encourage pas l'allaitement maternel pendant le sevrage "car l'enfant peut déjà manger lui même". En contrepartie, nous avons reçu des indications comme quoi d'autres traditions locales encouragent vraiment la poursuite de l'allaitement

pendant le sevrage: "pour que l'enfant puisse grandir, il faut apporter les deux en même temps".

Les raisons pour sevrer l'enfant sont en général: une nouvelle grossesse, l'âge de l'enfant (presque toujours autour de la deuxième année de vie), les pratiques religieuses. L'importance du niveau de vie est déterminante, car si la mère ne peut fournir les aliments requis pour le sevrage, il y a un risque de malnutrition à ce stade.

En résumé, nous avons pu constater que les pratiques de l'allaitement au sein semblent satisfaisantes; par contre, la période du sevrage laisse à désirer, surtout du point de vue du rôle de l'allaitement continu pendant le sevrage; l'allaitement est abandonné de manière trop brusque, même si de nouvelles tendances indiquent une amélioration dans ce domaine.

La carence en vitamine A

Très peu de mères ont pris connaissance de la relation entre la cécité nocturne et la carence en vitamine A. Par contre, la sage-femme a pu citer les avantages du colostrum du point de vue de sa forte teneur en vitamine A. Les mères du groupe ethnique Bella savent bien que les aliments comme les feuilles vertes, la viande, le lait, le beurre et le poisson sont riches en vitamine A. Les femmes Bella expliquent la cécité nocturne pendant la grossesse par la malnutrition générale et les travaux durs pendant la grossesse. La majorité des groupes ethniques ont connaissance du fait que la cécité nocturne peut être évitée par l'ingestion de viande, de foie ou de lait. Par contre, ce ne sont que les plus pauvres qui savent que l'on peut aussi utiliser les feuilles vertes pour porter remède à la cécité nocturne.

Après cette étude pilote, nous espérons pouvoir élargir ce travail.

Effets du sevrage. Étude de cohortes.

M. Touhami

Service de pédiatrie C, B.P 1117/08, Oran, Algérie

Le but du travail a été d'analyser les effets du sevrage sur les infections entérales et parentérales, l'état nutritionnel et la flore intestinale du nourrisson.

Deux cent trente-quatre nouveau-nés ont été incorporés dans une cohorte pour être suivis durant 2 années. Nous avons analysé, par le biais de visites programmées tous les 21 jours, les éléments infectieux intercurrents, les modifications de l'alimentation ainsi que la croissance staturo-pondérale. Des fiches adaptées ont été mises à la disposition des mères afin de faciliter le recueil des données lors des visites. Par ailleurs, nous avons pu étudier les modifications de la flore colique chez 18 nourrissons en fonction du type d'allaitement et, chez 20 autres nourrissons, les effets d'une formule adaptée. Le dénombrement des bifidobactéries, des entérobactéries et des anaérobies stricts a été effectué sur les milieux sélectifs de BEERENS, de DRIGALSKY et de WILKINS-CHALGREN, respectivement.

Résultats

Ils ont porté sur:

- la description de l'échantillon et le déroulement de l'enquête: les abandons ont été essentiellement le fait de non adhésions d'emblée à la proposition initiale d'inclusion, laquelle a finalement concerné 206 nouveau-nés. Au cours du suivi proprement dit, des abandons ont été encore notés, 28 avant 3 mois, 6 entre 3 et 6 mois et 26 après 6 mois. La principale raison relevait de l'indisponibilité des familles. Au total, 143 nourrissons ont bouclé intégralement les deux années prévues. L'analyse des abandons initiaux et en cours d'étude ne

montre pas de différence sur les principales variables descriptives à l'incorporation. Au total, l'étude a couvert 329 années/enfant ;

- le déroulement de l'allaitement : à la naissance, 67 % des enfants étaient allaités exclusivement au sein, 27 % recevaient un allaitement mixte et 6 % aucun allaitement maternel. La médiane de l'allaitement maternel exclusif s'établissait à 1 mois. Seuls 14 % des enfants étaient encore sous allaitement maternel exclusif à 3 mois d'âge ;

- la diarrhée : six cent quinze épisodes diarrhéiques ont été notifiés. L'incidence de la diarrhée s'établissait ainsi à deux épisodes par année/enfant sur toute l'étude. Elle a augmenté au cours des modalités d'alimentation successives ;

- l'incidence des épisodes infectieux autres que la diarrhée : il s'agissait essentiellement d'infections virales de la sphère respiratoire haute qui ne semblaient pas être influencées par l'alimentation dans les conditions de notre travail ;

- l'état nutritionnel : nous avons constaté une tendance à la récupération dans les jours qui suivent une diarrhée aiguë ;

- les modifications de la flore colique : nous confirmons l'influence de l'allaitement maternel sur la croissance des bifidobactéries et sur la flore totale. Les modifications n'étaient cependant observées qu'à l'arrêt total de l'allaitement maternel. L'évolution de la flore est remarquable avec les laits actuellement disponibles.

Conclusion

Nous concluons ce travail par la réalité de la diarrhée du sevrage sur laquelle il conviendrait d'agir par des méthodes appropriées. Parmi celles-ci, la préservation de l'allaitement maternel protecteur représente l'élément essentiel. Lorsque celui-ci n'est plus possible, l'utilisation des formules fermentées qui diminuent l'incidence de la diarrhée du sevrage, celle du yaourt qui diminue les conséquences d'une diarrhée à *Rotavirus* et celle des formules adaptées qui contribuent au maintien d'une flore intestinale utile, peuvent être envisagées, principalement dans les régions où les conditions et les pratiques du sevrage ne sont pas satisfaisantes.

Bilan de cinq années de fonctionnement du centre de récupération et d'éducation nutritionnelles de Kolda (1993-1997).

M. G. Sall, S. Coly & M. Ly Diop

Service de pédiatrie, Hôpital A.Le Dantec, Dakar, Sénégal

L'étude de 1 817 dossiers colligés en cinq ans montre que :

- le centre reçoit en moyenne 363 enfants malnutris par an, provenant en majorité des zones rurales (83,7 %) ;

- l'âge moyen des enfants est de 16 ± 9 mois avec une prédominance du sexe masculin (54 %) ;

- la diarrhée (25,4%), les infections respiratoires (32,4%), le paludisme (13,5 %) sont les affections le plus souvent associées à la malnutrition protéinoénergétique ;

- le taux de réhabilitation est de 77,4 %, avec un gain pondéral moyen de $8,05 \pm 1,7$ g par kilo et par jour pour une durée d'hospitalisation de 24 jours en moyenne ;

- le taux d'échec représente 26,4 %, avec 9 % de décès, 13,3 % d'abandons et 4,2 % de rechutes.

Ainsi, les résultats obtenus par ce CREN méritent d'être améliorés grâce à :

- un régime alimentaire plus consistant et plus diversifié, permettant un gain de poids de l'ordre de 10 à 20 gr/kg/jour,

- une meilleure prise en charge des cas de déshydratation responsable des décès,

- un meilleur suivi externe par des visites à domicile,

- un renforcement de l'éducation nutritionnelle et sanitaire des mères.

Résultats de l'évaluation du programme de nutrition communautaire de Goudiry.

C. Sarr (1), M. Ly Diop (2) & MG Sall (2)

(1) Projet de nutrition communautaire AGETIP, Dakar, Sénégal

(2) Service national de l'alimentation et de la nutrition, Dakar, Sénégal

But de l'étude

Évaluer la couverture en surveillance nutritionnelle et pondérale (SNP), les connaissances et pratiques des populations en matière d'allaitement maternel, et de bonnes pratiques de sevrage, l'utilisation du sel iodé, le système d'approvisionnement en produits de base et la participation communautaire.

Méthodologie

Deux types d'enquête ont été réalisés :

- enquête quantitative avec quatre types de questionnaires destinés au chef de village (recueil de données générales), aux mères bénéficiaires, aux ICP (infirmiers chefs de poste chargés de superviser les activités) et aux ARC (agents relais communautaires chargés de la SNP et de l'éducation des mères).
- enquête qualitative par "focus group" pour recueillir les opinions des mères bénéficiaires, de leurs maris et des femmes non inscrites ou ayant abandonné.

Résultats

Le taux de couverture SNP est de 87,2% chez les enfants de 0 à 36 mois dépassant l'objectif du programme (60 %) et l'analyse de l'évolution de la prévalence de la malnutrition a montré une baisse de 5 % en 6 mois. Par ailleurs, les mères (50 %) et les ARC (84,6 %) ont des connaissances satisfaisantes sur la diarrhée et l'allaitement maternel.

Le niveau de consommation du sel iodé est de 70%. L'étude nous a également permis de constater une forte appropriation communautaire.

Cependant, la supervision mérite d'être renforcée, de même que le système d'approvisionnement en produits de base, notamment le fer et la vitamine A.

Conclusion

Les résultats sont globalement satisfaisants, et cette forme de responsabilisation des femmes est une initiative très intéressante dans la lutte contre la malnutrition au Sénégal.

Maladies veino-occlusives du foie d'origine nutritionnelle chez l'enfant en Afrique : une affection méconnue ?

P. Imbert (1), M. Boyer (1), I. Diakhate (2), G. Boyer (1), P. Jouvencel (1) & A.S. Ka (1)

(1) Service de pédiatrie, Hôpital principal, B.P. 3006, Dakar, Sénégal

(2) Service de radiologie, Hôpital principal, B.P. 3006, Dakar, Sénégal

Les hépatopathies chroniques de l'enfant en Afrique relèvent d'étiologies multiples, parmi lesquelles domine l'hépatite à virus B. L'intoxication par les alcaloïdes de la pyrrolizidine, responsable d'une maladie veino-occlusive du foie, en est une cause rare, décrite cependant dans diverses régions du monde. Nous en rapportons un cas chez un enfant sénégalais.

Cas clinique

Mamadou M.S., né le 21 janvier 1992, sans antécédent particulier, hormis l'absorption fréquente de mixtures de plantes, est admis en 1997 pour un ictère, des douleurs abdominales et une altération de l'état général sans fièvre évoluant depuis 4 mois. L'examen clinique montre une dénutrition sévère, un ictère et une hépatomégalie globale ferme. La biologie montre une cytolysé hépatique discrète et une cholestase modérée sans insuffisance hépatique, ainsi qu'une anémie microcytaire. La recherche de l'antigène Hbs est négative. L'échographie abdominale révèle une hépatomégalie homogène, sans anomalie des voies biliaires, associée à une dilatation des veines sus-hépatiques et de la veine cave inférieure rétro-hépatique. L'échographie-doppler cardiaque et la fibroscopie œsogastro-duodénale sont normales. La biopsie hépatique transpariétale montre un aspect histologique compatible avec une maladie veino-occlusive du foie. Après 2 mois d'arrêt de toute décoction et infusion de plantes, l'ictère a disparu, mais l'hépatomégalie et la cytolysé persistent. L'enfant est perdu de vue ultérieurement.

Commentaires

La maladie veino-occlusive du foie due aux alcaloïdes de la pyrrolizidine a rarement été rapportée en Afrique. Pourtant les plantes toxiques responsables, de répartition ubiquitaire, sont également présentes dans ces régions, notamment au Sénégal. L'intoxication humaine résulte de leur absorption sous forme de décoctions ou d'infusions (cas sporadiques), ou de l'absorption de farines contaminées (épidémies). Elle est responsable de tableaux aigus ou chroniques, selon les modalités de cette intoxication, et son pronostic est potentiellement sévère. Cette observation permet d'en souligner l'actualité au Sénégal. Le diagnostic repose sur l'histologie hépatique qu'il faut savoir réaliser devant une hépatopathie inexpliquée. En l'absence de traitement spécifique, le seul arrêt de l'intoxication peut en effet stopper l'évolution, voire permettre une guérison.

Profil des radicaux libres chez les enfants atteints de malnutrition à l'hôpital central de Yaoundé, Cameroun.

R. Ndasi (1), E. Tetanye (1) & M. Leichsenring (2)

(1) Faculté de médecine, Université de Yaoundé 1, Cameroun
(2) Université Children's Hospital, Heidelberg, Allemagne

Marasme et kwashiorkor sont les formes les plus sévères de la malnutrition protéino-énergétique (MPE). La physiopathologie de ces états extrêmes de malnutrition est de plus en plus élucidée. Nous avons étudié certains indicateurs des radicaux libres qui semblent impliqués dans la physiopathologie de la malnutrition, tels que le glutathion intra-érythrocytaire, le malondialdéhyde (MDA), le rétinol, le β -carotène, l'alpha-tocophérol et le taux de lipides sériques totaux chez 35 enfants malnutris et 19 enfants normaux (témoins) âgés de 6 mois à 5 ans. Le taux de malondialdéhyde était plus élevé dans tous les groupes d'enfants atteints de malnutrition par rapport au groupe d'enfants témoins. Les taux de glutathion intra-érythrocytaire étaient plus bas dans les groupes atteints de kwashiorkor marastique et kwashiorkor par rapport à ceux présentant le marasme et ceux du groupe témoin. Par ailleurs, tous les enfants malnutris avaient de manière équivalente des taux d'indicateurs de radicaux libres tels que le rétinol, le β -carotène et l'alpha-tocophérol plus bas que ceux du groupe

témoin. Sauf le β -carotène, tous ces indicateurs tendaient à se normaliser en cours de traitement.

Difficultés de diagnostic et prise en charge de l'enfant diabétique en Afrique. Ébauche de solutions.

O. Wembonyama & M. Bukwe Bubi

Université de Mbuji-Mayi (Rép. dém. Congo),
C/o MIBA Bruxelles, 58, Bld du Régent, 1000 Bruxelles, Belgique

L'incidence du diabète insulino-dépendant de l'enfant est certainement sous-estimée en Afrique. Les difficultés d'établir le diagnostic en sont la cause importante. Devant cette réalité, le pédiatre est souvent démuni. La prise en charge de l'enfant peut être compromise, mettant en jeu le pronostic vital ou retardant la croissance. La motivation de ce travail est de souligner les difficultés liées au diagnostic, à la prise en charge des cas et de proposer des solutions susceptibles d'améliorer la situation.

Le diabète juvénile est rarement évoqué devant les signes habituels de diagnostic. C'est ainsi que, devant une fatigue, une polyurie, un coma, un amaigrissement, des douleurs abdominales, des états de déshydratation sévère, les dosages de la glycémie et de la glycosurie ne sont pas systématiquement demandés dans la pratique quotidienne.

Ces examens paracliniques sont de pratique difficile en raison du manque de réflexes de la part du personnel, de l'insuffisance de laboratoires capables d'effectuer des analyses médicales importantes et du coût élevé de ces analyses. Plus que le diagnostic, le traitement est difficile à assurer. L'insuline manque ou est mal conservée, le régime alimentaire difficile à assurer, les solutés de perfusion et les électrolytes manquent, les services de soins intensifs sont inexistantes ou insuffisamment équipés.

Améliorer la prise en charge des enfants diabétiques nécessite la mise en place d'équipes soignantes pluridisciplinaires, la coopération des parents et l'implication des pouvoirs publics:

- la formation du personnel soignant au diagnostic et au traitement,

- la mise à la disposition du personnel soignant et des hôpitaux des tests de laboratoire d'utilisation simple pour le dépistage, le diagnostic et la surveillance,

- la fourniture des médicaments à des prix abordables, l'organisation de la conservation des médicaments dans des conditions acceptables,

- l'éducation sanitaire et nutritionnelle des parents et de l'enfant doit permettre de réussir le traitement du diabète qui repose sur le trépied constitué par l'insuline, l'alimentation adaptée et l'exercice physique. Il faudra leur expliquer toutes les modalités et les facettes du traitement afin qu'ils puissent autogérer toutes les différentes situations qui apparaîtront au cours du traitement,

- l'intégration par les autorités sanitaires du diabète de l'enfant dans les programmes de lutte contre les maladies de l'enfance,

- la prise en charge du coût des examens et des médicaments par les organismes de sécurité sociale,

- la coopération internationale pour aider à la formation, à la sensibilisation et à la prise en charge des cas.

Priapisme intermittent chronique drépanocytaire: profil clinique et prise en charge de 12 cas.

A.D. Gbadoé, S. Boronbossou, D.Y. Atakouma, M. Nyadanu, K. Késsié & J.K. Assimadi

Service de pédiatrie du CHU-Tokoïn de Lomé, BP 57, Lomé, Togo.

La prévalence des priapismes drépanocytaires a été estimée à 42 % chez les homozygotes jamaïcains de plus de 10 ans. Les publications qui se consacrent exclusivement au priapisme intermittent chronique (PIC) sont rares; et pourtant il semble plus fréquent par rapport au priapisme aigu (PA). Sa prise en charge est restée difficile. Récemment, VIRAG *et al.* ont introduit un schéma thérapeutique associant la prise orale d'étiléfrine et des injections intracaverneuses (IIC) du même produit, avec des résultats encourageants. Ce travail étudie le profil clinique et la prise en charge de 12 patients souffrant de PIC.

Patients et méthodes

Les 12 patients drépanocytaires (10 SS et 2 AS) âgés de 6 à 38 ans (3 enfants et 9 adultes) ont été suivis de janvier 1996 à décembre 1998. Un interrogatoire et un examen clinique ont permis de décrire le profil clinique du PIC. Les patients ont été traités en première intention par l'étiléfrine par voie orale associée aux IIC du même produit, puis en deuxième intention par le diéthylstilboestrol et la terbutaline.

Résultats

Les crises de PIC étaient presque quotidiennes chez tous les patients. Elles survenaient surtout la nuit au cours du sommeil profond et leur durée moyenne, comprise chez la plupart entre 2 et 6 heures, dépassait les 6 heures chez 25 % des patients. La majorité des patients ont utilisé à domicile des petits moyens pour traiter les crises priapiques (bains froids, efforts physiques essentiellement) mais leur efficacité s'est avérée parfois insuffisante. L'efficacité de l'étiléfrine par voie orale n'a été que partielle (contrairement aux meilleurs résultats obtenus par VIRAG *et al.*): sur les 8 patients traités et suivis, 1 a connu un arrêt total des crises; 3 ont signalé une amélioration des troubles; les 4 patients restants n'ont connu aucun changement.

Le diéthylstilboestrol a été efficace, réalisant une véritable castration par son effet anti-androgénique, d'où son abandon. L'efficacité de la terbutaline s'est limitée à un seul patient sur 3.

Conclusion

Le PIC est une affection invalidante par la répétition des crises pouvant s'étaler sur plusieurs années. Son traitement reste encore difficile. Dans ces conditions, les petits moyens gardent une certaine place et devraient être mieux standardisés.

Les β -thalassémies: des mutations aux traitements.

M. Moussalem

Hématologie pédiatrique, Hôpital Saint-Georges, 166378-6471, Beyrouth, Liban

Épidémiologie

Les thalassémies (thal) sont des anémies dues au déficit de synthèse d'une des chaînes de l'hémoglobine non compensé par la chaîne homologue. Héritaires, de transmission récessive autosomale, elles sont fréquentes sur le pourtour méditerranéen.

Dans la population libanaise, la fréquence du trait thal est de 2 à 3 %. Dans une étude effectuée en 1998 sur 352 cas de thal, il apparaît que la maladie:

- est plus fréquente en dehors de la capitale (taux de consanguinité moyen de 25 %),
- est encore présente même si le niveau d'éducation dépasse le niveau complémentaire,
- commence à diminuer dans la tranche d'âge de 0 à 4 ans.

Mutations

Les β -thal sont caractérisées par une hétérogénéité sur le plan moléculaire avec plus de 150 mutations différentes identifiées à ce jour. Malgré cette hétérogénéité, chaque groupe de population possède 5 à 10 mutations qui lui sont communes, ce qui facilite les analyses génétiques mutationnelles. Dans les pays méditerranéens, plus de 40 mutations ont été identifiées: les deux plus fréquentes sont IVSI-110 et cd39.

Diagnostic prénatal

- biopsie des villosités choriales et étude de l'ADN à 8s,
- analyse des gènes de globine des érythroblastes fœtaux du sang maternel,
- le diagnostic génétique avant l'implantation est une nouvelle option.

Traitement

Moins d'enfants thalassémiques naissent chaque année mais leur suivi est prolongé par l'avancée des thérapeutiques. Une transfusion et une chélation régulières et bien suivies permettent d'assurer une croissance et un développement normal. Le chélateur de choix est la déféroxamine. Parce que l'observance à la déféroxamine s/c est mauvaise, surtout chez les adolescents et en raison de son coût élevé, les chélateurs oraux ont été développés. La recherche d'un traitement curatif a été encouragée ces dernières années avec l'allogreffe médullaire. La survie est maximale pour les patients avec une bonne chélation, sans hépatomégalie ni fibrose portale préexistante.

Autres aspects de la lutte contre la thalassémie

- éducation intensive de la population générale,
- information des populations à risque,
- dépistage des hétérozygotes,
- le dépistage doit être suivi d'un conseil génétique et d'un diagnostic prénatal.

L'acceptation du diagnostic prénatal est encore incomplète dans certains pays. Combiné au programme de prévention et de dépistage, il a fait preuve de son efficacité en permettant une réduction de 90% de naissances d'enfants thalassémiques en Grèce, à Chypre et dans certaines régions d'Italie.

Carence martiale chez le nourrisson et l'enfant.

M. Moussalem

Département de pédiatrie, Hôpital St Georges, Beyrouth, Liban.

La carence martiale (CM) est un problème majeur de santé publique et touche plus particulièrement les populations dont le niveau socio-économique est peu élevé.

Le but de cette étude était de préciser la prévalence de la CM dans ce type de population.

Population et méthodes

Le statut martial de 83 enfants bien portants, provenant de la classe sociale non favorisée, âgés de 6 mois à 4 ans, a été déterminé de façon prospective. Les facteurs de risque extra nutritionnels et nutritionnels ont été analysés par le test du ².

Résultats

64 % présentent une carence martiale (CM) : 24 % une carence simple (CS) et 40 % une anémie carentielle (AC). La tranche d'âge de 6 mois à 2 ans est la plus touchée : 78 % de CM dont 22 % de CS et 56 % d'AC. La CM est plus fréquente de façon non significative dans la capitale, parmi la population immigrée, et si le PN < 2 500 g. L'introduction du lait de vache (LDV) avant 6 mois est un facteur de risque significatif de CM avec, dans ce groupe, 67 % d'enfants carencés contre 33 % si le LDV est introduit après 6 mois ($p < 0.0001$). L'alimentation au sein au-delà de 6 mois protège contre la CM. La prise de fer par la mère pendant la grossesse n'influe pas sur le statut martial. Le retentissement de la CM se manifeste par une plus grande fréquence d'épisodes infectieux et de retard staturo-pondéral. La sensibilité du RDW 15 % est de 94 % et la spécificité de la ferritinémie < 10 µg/ml est de 100 %, ce qui revalorise ces 2 paramètres, respectivement pour le dépistage et le diagnostic de CM.

Conclusion

Il apparaît justifié de prolonger l'allaitement maternel et de retarder l'introduction du LDV au-delà de 6 mois, sinon de supplémenter systématiquement en fer tout nourrisson ayant reçu du LDV avant 6 mois.

Osteogenesis imperfecta (résumé d'observation clinique de T.D.M. âgé de 25 jours).

S. Barro

Hôpital militaire de Nouakchott, Service de pédiatrie, Nouakchott, Mauritanie

Il s'agit d'un patient nouveau-né, originaire de Sarandogou (Mauritanie), reçu en consultation pour déformations des membres.

Antécédents familiaux : Mère 26 ans, G5 AO V2, saine. Père 38 ans, sain.

La fratrie comprend :

- 1er frère mort à l'âge de six jours pour un syndrome de malformations osseuses semblables au cas présent,
- 2ème sœur née avec hydrocéphalie, morte à l'âge de 17 mois par G.E.A.,
- 3ème frère âgé de quatre ans, vivant, se développant normalement,
- 4ème frère décédé à l'âge de deux mois par décompensation d'une cardiopathie congénitale (ventricule unique).

Antécédents personnels : grossesse non suivie, prise médicamenteuse en IV (vomissements), accouchement à domicile, constat de malformations osseuses depuis la naissance.

Examen clinique : P 3,4 kg (P 25-30), T 42 cm (P < 3); PC 38 cm (P 90-97). Bon état général; coloration cutanéomuqueuse normale; peau d'aspect squameux et fragile; les fontanelles antérieure et postérieure largement ouvertes et communicantes; l'os du crâne mou et dépressible; présence d'un muguet diffus; paralysie faciale gauche; conjonctivite; abdomen distendu, hernie ombilicale, diastasis des muscles grand-droits; hydrocèle droite modérée; membres supérieurs raccourcis avec tuméfactions visibles et palpables; masse musculaire importante; attitude en flexion pronation; membres inférieurs brefs, incurvés, en *genu varum*, cals osseux visibles sous la peau, angulations tibiales, cuisses volumineuses, pieds plats et métatarses en *varus*.

Radiographie osseuse : images d'ostéopénie, fractures multiples des membres, cals vicieux.

Diagnostic : *Osteogenesis imperfecta*

Mega-œsophage congénital chez un jeune nourrisson.

M. Sbihi, S. Chafai, A. Abkari,
N. Mikou & H. Hadj Kalifa

Service de pédiatrie III, Hôpital d'enfants, CH Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Les auteurs rapportent l'observation d'un méga-œsophage congénital chez un nourrisson de 12 mois de parents consanguins. Ce patient présente depuis l'âge de 7 mois des régurgitations et un encombrement bronchique chronique qui va en s'aggravant, puis une dysphagie.

À son admission, c'est un nourrisson hypotrophe marastique (P : 6,500 kg, T : 69 cm (-2DS)). L'examen clinique est par ailleurs normal. Le bilan biologique note une anémie à 9,6 g/ml. La radiographie thoracique de face objective un refoulement de la ligne para-œsophagienne avec un niveau hydro-aérique rétro-cardiaque. Il n'y a pas de poche à air gastrique. La fibroscopie digestive haute montre un œsophage dilaté, une muqueuse normale, un spasme cardiaque franchissable. Le transit baryté œsophagien révèle une dilatation œsophagienne au-dessus d'un rétrécissement régulier et bien centré du bas œsophage. La barométrie n'a pas été faite à cause du jeune âge.

Le diagnostic d'achalasia du cardia ou cardio-spasme idiopathique est retenu. Elle est exceptionnelle avant l'âge de 1 an. Son mode de révélation classique fait de régurgitation, de dysphagie et d'encombrement bronchique est retrouvé chez notre malade.

Circonstances de découvertes particulières de la maladie cœliaque.

S. Chafai, M. Sbihi, A. Benkirane, A. Abkari,
J. Hachim, N. Mikou & H. Hadj Khalifa

Service de pédiatrie III, Hôpital d'enfants, CH Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Le tableau classique de la maladie cœliaque est actuellement connu en pédiatrie. Cependant, il existe des modes de révélation particuliers moins connus qui peuvent retarder le diagnostic et qui font l'objet de notre travail. Il s'agit de l'analyse rétrospective de 11 observations colligées durant une période de 9 ans (janvier 1989 - décembre 1997) et qui représentent 8,8 % de l'ensemble des cas de maladie cœliaque observés dans le service. L'âge moyen des patients est de 6 ans (12 mois - 5 ans) avec une légère prédominance féminine (60 %). Les circonstances de diagnostic sont représentées par une entéropathie exsudative dans trois cas, un retard statural isolé chez trois malades, une anémie mégalo-blastique dans un cas, un rachitisme dans deux observations et une constipation chronique chez deux nourrissons. Des signes biologiques de malabsorption sont retrouvés dans huit cas. Les biopsies jéjunales ont mis en évidence une atrophie villositaire totale chez huit malades et subtotale chez trois malades. Nous insistons sur l'intérêt de ne pas méconnaître les circonstances de découverte particulières de la maladie cœliaque pour éviter les retards diagnostiques qui menacent surtout la croissance de l'enfant.

Aspects évolutifs de la cardiomyopathie dilatée de l'enfant : facteurs pronostiques (expérience d'une décennie de suivi).

M. Achir, M. Sari-Ahmed, S. Ziat,
Y. Aouabed & F. Fernini

Service de pédiatrie, CHU Birtaria El Biar, Alger, Algérie

Cinquante-cinq enfants atteints de cardiomyopathie dilatée d'allure primitive et suivis de façon prospective par la même équipe font l'objet de ce travail. Sept patients ont été perdus de vue.

Après une durée de suivi variable de 1 mois à 13,5 ans, les malades sont répartis en trois groupes :

- groupe I: 9 patients guéris (soit 18,75 % des cas), suivi moyen: 4,5 ans (extrêmes 1,5 - 7,5),
- groupe II: 12 patients décédés (soit 25 %), suivi moyen 12,5 mois (extrêmes 0,5 mois - 4,5 ans),
- groupe III: 27 patients avec séquelles (56,25 %), suivi moyen 3 ans (extrêmes 1,5 - 13,5 ans). Parmi ces patients, 14 sont asymptomatiques et 13 présentent une insuffisance cardiaque plus ou moins stabilisée par le traitement médical.

Les complications observées sont essentiellement l'insuffisance cardiaque (44 cas), plus rarement les troubles du rythme et de la conduction (3 cas) et les complications thromboemboliques (11 cas).

L'évolution reste imprévisible mais l'appartenance à une forme familiale constitue un facteur de mauvais pronostic certain.

Maladie de BEHCET révélée par une thrombophlébite à propos d'une observation.

N. Mikou, A. Touki, A. Abkari, S. Sbihi,
S. Chafai, J. Hachim, M. Itri & H. Hadj Khalifa

Hôpital Ibn Rochd, Service de pédiatrie, Casablanca, Maroc.

Les auteurs rapportent l'observation d'une maladie de BEHCET révélée chez un jeune garçon de 12 ans par une thrombophlébite. L'arthrite et l'aphtose buccale évoluant par poussées ont permis de faire le diagnostic.

La mise en évidence d'une thrombose veineuse fémorale à l'échodoppler témoigne de l'existence d'une complication vasculaire et pose une fois de plus le problème de la pathogénie de cette maladie.

Les formes atypiques de la maladie de KAWASAKI. À propos de 3 cas.

K. Maani, J. Hachim, N. Mikou & H. Hadj Khalifa

Service de pédiatrie III, Hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

Le syndrome de KAWASAKI est une vascularite multisystémique responsable de complications cardiovasculaires, qui touche essentiellement le jeune enfant. Elle doit être évoquée devant une fièvre élevée persistante avec syndrome inflammatoire.

Nous rapportons trois observations de maladie de KAWASAKI chez des enfants âgés respectivement de 4, 5 et 10 ans, avec comme antécédents pathologiques une arthrite chronique

juvénile dans sa forme polyarticulaire dans le premier cas et d'amygdalectomie dans le troisième cas.

La fièvre est retrouvée dans les trois cas, elle est prolongée dans les deux premiers cas. Elle est associée à une pâleur cutanéo-muqueuse dans deux cas et à un purpura pétéchial et ecchymotique extensif dans le troisième cas. Des lésions cutanées maculopapuleuses érythémateuses sont retrouvées chez deux enfants. L'examen clinique retrouve une hépato-splénomégalie dans un cas, de volumineuses adénopathies cervicales dans un cas. L'association d'une chéilite, d'une conjonctivite et d'une desquamation des extrémités en lambeaux a permis de retenir le diagnostic de la maladie de KAWASAKI dans les trois cas. L'échocardiographie pratiquée à la recherche d'anévrisme est normale dans les trois cas. La ponction-biopsie hépatique retrouve un infiltrat inflammatoire des espaces portes. La VS est accélérée dans les trois cas, l'hémogramme a objectivé une anémie normochrome, normocytaire dans les trois cas, une hyperleucocytose modérée dans deux cas, le taux de plaquettes est normal dans les trois cas. Le bilan infectieux est négatif dans tous les cas. En l'absence d'un traitement par immunoglobuline, un traitement par acide acétylsalicylique est institué dans tous les cas. L'évolution est favorable avec un recul de 4 à 9 mois.

La maladie de KAWASAKI est l'une des causes les plus fréquentes de fièvre prolongée avec syndrome inflammatoire du jeune enfant. Ce diagnostic doit être évoqué même devant des formes incomplètes ou atypiques et le traitement approprié doit être instauré en urgence afin de réduire les complications.

Les tumeurs oculo-orbitaires de l'enfant. À propos de 195 cas.

A. Chakib, A. Hamdani, L. Rais, R. Rachid,
N. Laouissi, K. Zaghoul & A. Amraoui

Service d'ophtalmologie, Hôpital 20août 1953, Casablanca, Maroc

Les tumeurs oculo-orbitaires de l'enfant demeurent une préoccupation majeure en ophtalmologie par leur fréquence et leur gravité. Notre étude porte sur l'aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique des tumeurs les plus fréquemment rencontrées au cours de ces 4 dernières années. Concernant les tumeurs orbitaires primitives, nous avons noté :

- 6 cas de rhabdomyosarcome, dont l'âge de découverte varie entre 1 et 7 ans, avec une prédominance de la forme embryonnaire à l'histologie, et dont le traitement a été le plus souvent mutilant,

- 10 cas de gliome se manifestant le plus souvent par une baisse de l'acuité visuelle,

- 15 cas d'angiome dont les immatures prédominent.

Les tumeurs oculaires sont essentiellement représentées par le rétinoblastome, dont l'âge moyen est de 2 ans. Leur expression clinique est fréquemment une exophtalmie avec une prédominance de la forme indifférenciée, et dont le traitement a été le plus souvent chirurgical. À l'histologie, la forme indifférenciée est la plus fréquente.

Les 15 cas de *xeroderma pigmentosum* sont de pronostic grave. Nous insistons sur la malignité de ces tumeurs et sur la nécessité d'une prise en charge précoce avec une collaboration multidisciplinaire.

Les infections bactériennes néo-natales à l'hôpital central de Yaoundé : aspects cliniques et bactériologiques.

I. Kago (1), F. Tietche (1), E. Tetanye (1), P. F. Tchokoteu (1), P. Doumbe (1), E. Mbonda (1), J. Yap Yap (1), L. Ewane (1), M. F. Epee (1), M. Ndayo Wouafo (2), H. N'Koulou (1) & J. Mbede (1)

(1) Service de pédiatrie, Hôpital central de Yaoundé, Cameroun

(2) Service de bactériologie, Centre Pasteur de Yaoundé, Cameroun

À partir de 121 cas d'infection bactérienne néo-natale colligés en 24 mois (19 % des admissions), les auteurs décrivent les aspects cliniques et bactériologiques de cette pathologie dans leur service.

Sur le plan épidémiologique : le sex-ratio était de 1,33 avec 69 garçons pour 52 filles. Vingt-cinq cas (20,7%) s'étaient révélés au cours des 72 premières heures de la vie contre 96 cas (79,3 %) du 4ème au 28ème jour de vie. Douze enfants (10 %) étaient des prématurés contre 109 (90 %) à terme. L'enquête anamnétique avait noté la leucorrhée fétide (55,4 %), la fièvre maternelle (27,3 %) et la rupture prolongée de la poche des eaux (20,7 %).

Le tableau clinique était dominé par des anomalies de la thermorégulation (69 %), l'irritabilité (57,9 %), le trouble du tonus (33,9 %), l'ictère (31,4 %) et la détresse respiratoire (30,6 %).

Dans 48 cas (39,7 %), il s'agissait de septicémie isolée, dans 39 cas (32,3 %) une méningite était en cause, et dans 34 cas (28,1 %) il s'agissait d'une infection urinaire.

Les principaux agents isolés étaient : le streptocoque du groupe B dans 29 cas (24 %), *Escherichia coli* dans 27 cas (22,3 %), le pneumocoque dans 13 cas (10,8 %), *Klebsiella* dans 12 cas (9,9%). *Listeriamonocytogenes* a été isolé une seule fois. Un seul germe était résistant à la fois au céfotaxime et à la nétilmicine.

Sur le plan évolutif, 92 enfants (76,0 %) ont guéri sans séquelles, 24 (19,1 %) sont décédés et 3 enfants ont eu des séquelles avec 2 cas d'hydrocéphalie.

Au total, les infections bactériennes sont fréquentes dans notre milieu néonatal avec prédominance de streptocoque du groupe B, *Escherichia coli* et pneumocoque.

Les infections bactériennes néo-natales. Expérience de l'hôpital pédiatrique d'Owendo à Libreville.

J.F. Mouba, D. Gahouma, J. Koko, D. Duffillot, J. P. Yongui, M. Mapoula, M. Mimbila & A. Ondo

Service de pédiatrie générale, Hôpital pédiatrique d'Owendo, BP 1208, Libreville, Gabon

Il s'agit d'une étude portant sur les données épidémiologiques des infections néo-natales traitées à l'hôpital pédiatrique d'Owendo du 1er janvier 1994 au 31 décembre 1998. À partir de 154 dossiers, nous avons dégagé les paramètres suivants : 89 nouveau-nés garçons, soit 57 %, et 65 nouveau-nés filles, soit 43 %, donnant un sex-ratio de 1,37 en faveur des garçons. Nous avons réparti notre échantillonnage en trois groupes de population :

- le groupe I représente les infections néo-natales précoces avec 77 cas, soit 50 %,
- le groupe II représente les infections néo-natales retardées avec 26 cas, soit 17 %,
- le groupe III représente les infections post-natales primitives ou tardives avec 51 cas, soit 33 %.

L'expression clinique regroupait les principaux signes et symptômes suivants :

- hyperthermie (28 %),
- signes respiratoires (25,30 %),
- signes neurologiques (15,5 %),
- signes digestifs (11,6 %),
- ictère (6,6 %).

Les principaux tableaux cliniques comprenaient :

- les infections urinaires (50 %),
- les méningites (30 %),
- les septicémies (25 %).

Les données bactériologiques illustrent la représentation suivante :

- *Escherichia coli* (35 %),
- Streptocoque bêta hémolytique du groupe B (32 %),
- *Staphylococcus aureus* (13 %)
- *Klebsiella* sp (12 %).

Comme stratégie thérapeutique, nous avons utilisé trois protocoles d'antibiotiques répartis en trois groupes : GT1 regroupe une céphalosporine de 3ème génération, une bêtalactamine et un aminoglycoside ; GT2 regroupe une céphalosporine de 3ème génération et un aminoglycoside ; GT3 regroupe une bêtalactamine et un aminoside.

- 100 nouveau-nés ont reçu le protocole GT1, et la mortalité a été de 36 %,

- 22 nouveau-nés ont reçu le protocole GT2, et la mortalité a été de 50 %,

- 32 nouveau-nés ont reçu le protocole GT3, et la mortalité a été de 43 %.

Les études portant sur les données épidémiologiques des infections bactériennes néo-natales dans les pays de l'Afrique subsaharienne conduisent aux mêmes constatations. Les causes d'hospitalisation sont similaires. La mortalité est élevée dans la première semaine, soit 59,01 %, alors que la mortalité générale de notre série est de 39,61 %.

Ce travail démontre l'efficacité de la triple association antibiotique (céphalosporine, bêta-lactamine, aminoside), quel que soit le mode de recrutement des nouveau-nés.

Nous attirons l'attention des professionnels de santé en contact avec l'enfant et des pouvoirs publics sur le bien-fondé des campagnes d'information, d'éducation des femmes gestantes, et d'un meilleur équipement des unités de néonatalogie.

Les septicémies streptococciques néo-natales (à propos de 14 observations).

A. Mdaghri Alaoui, A. Thimou, Z. Sanhaji, S. Hamdani, L. Elharim & N. Lamdouar Bouazzaoui

Service de néonatalogie, Hôpital d'enfants, CHU de Rabat, Maroc

Germs commensaux du tube digestif et de la flore vaginale, les streptocoques sont responsables, en période néo-natale, d'infections maternofoetales et d'infections post-natales.

Si, dans les pays développés, ils représentent, avec les *E. coli*, les agents les plus fréquemment en cause dans les infections néo-natales, au Maroc, selon les travaux réalisés, les streptocoques se situent très loin derrière les bacilles Gram négatif.

Afin de réaliser une mise au point sur ce genre d'infection, les auteurs rapportent 14 cas de septicémies néo-natales à streptocoques colligés durant les années 1997 et 1998 dans le service de néonatalogie de l'Hôpital d'enfants du CHU de Rabat. Ces observations se répartissent en neuf septicémies à déclaration précoce et cinq infections tardives. La population recen-

sée comprend neuf prématurés avec une prédominance masculine (11 garçons).

Les signes respiratoires sont les plus fréquemment retrouvés dans les formes précoces, alors que les troubles neurologiques prédominent dans les infections tardives.

Le profil bactériologique de ces septicémies est le suivant :

- 7 streptocoques non groupables,
- 6 streptocoques du groupe D,
- 1 streptocoque B.

Nous déplorons dans notre série huit décès, malgré une prise en charge appropriée.

En raison de la gravité de cette affection et à la lumière de cette série, il convient nécessairement d'approfondir et de poursuivre la connaissance de notre écologie microbienne.

Les méningites néo-natales (à propos de 20 cas).

A. Thimou, A. Mdaghri Alaoui, L. El Mdouar El harim, F. Dadi & N. Lamdouar Bouazzaoui

Service de néonatalogie, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

Les méningites néo-natales sont des affections redoutables pouvant se compliquer d'hydrocéphalie, de ventriculite, d'abcès cérébral, et générer un retard psychomoteur ou même un décès.

Précoces, elles découlent en général d'une infection systémique; tardives (à la 3ème ou 4ème semaine de vie), elles peuvent rester isolées.

Les auteurs proposent, à travers l'étude de 20 cas de méningites néo-natales colligés durant l'année 1998 dans le service de néonatalogie du CHU de Rabat, de préciser les particularités épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutives de cette affection.

Les méningites bactériennes de l'enfant à Libreville, Gabon. Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs.

J. Koko (1), S. Batsielili (1), D. Duffillot (1), F. Kani (2), D. Gahouma (1) & A. Moussavou (1)

(1) Service de pédiatrie générale, Hôpital pédiatrique d'Owendo, BP 1208, Libreville, Gabon

(2) Laboratoire de biologie médicale, Hôpital pédiatrique d'Owendo, BP 1208, Libreville, Gabon

Les méningites bactériennes occupent encore une place prépondérante dans la pathologie pédiatrique tropicale en raison d'une morbidité et d'une mortalité qui restent élevées.

Objectifs

Préciser les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs afin de pallier l'absence de données au Gabon.

Méthodes

Tous les dossiers d'enfants hospitalisés pour méningite entre le 1er janvier 1989 et le 31 décembre 1993 ont été analysés rétrospectivement.

Résultats

Parmi les 8654 admissions enregistrées durant la période d'étude, 104 cas (48 garçons et 56 filles) ont été colligés, soit une incidence de 1,2 %. Soixante et un enfants (58,6 %) avaient moins de 1 an et 87 (83,6 %) moins de 5 ans. *Streptococcus pneumoniae* (40,4 %), *Haemophilus influenzae* (34,6 %) et *Salmonella* sp (8,7 %) ont constitué les principales étiologies. Un retard au diagnostic supérieur à 5 jours

a été noté chez 61,6 % des patients. De nombreuses souches bactériennes étaient résistantes à l'ampicilline et au chloramphénicol, avec respectivement 29,6 % et 25,9 % pour *S.pneumoniae*, 42,8 % et 28,6 % pour *H.influenzae* et 77,8 % et 66,6 % pour *Salmonella* sp. La létalité a été de 28,1 %, plus élevée (55,5 %) dans les méningites à *Salmonella* sp que dans celles à *H. influenzae* (31,4 %). La majorité des décès concernait les enfants âgés de moins de un an (79,3 %), survenant, pour la plupart, au cours des 48 premières heures (62 %). Des séquelles neurosensorielles ont été observées chez 16,2 % des survivants.

Conclusion

Pour diminuer la morbidité et la mortalité des méningites bactériennes de l'enfant au Gabon, il est nécessaire d'améliorer la prise en charge thérapeutique et surtout de promouvoir des mesures de médecine préventive.

Étiologies des méningites chez les enfants traités au complexe pédiatrique du CNHU de Bangui, République Centrafricaine, 1996.

J. Clouzeau (1), D. Matera (2), G. Bobossi (3)

(1) Service de pédiatrie, Hôpital Cenhosoa, Antananarivo, Madagascar.

(2) Service de pharmacologie, Laboratoire national, Bangui, Rép. centrafricaine.

(3) Service de pédiatrie, CNHUB, Complexe pédiatrique de Bangui, Rép. centrafricaine

Le complexe pédiatrique du CNHU de Bangui (150 lits) est la seule structure hospitalière prenant en charge les enfants de Bangui (620 000 habitants, dont 47 % de moins de 15 ans). Bangui est la capitale de la RCA, elle est située sur le 4°N de latitude. Le climat est subtropical humide (pluviométrie annuelle 1780 mm). Parmi les femmes enceintes de Bangui, 12 % sont séropositives pour le VIH. La fréquence de la séropositivité pour le VIH est inconnue chez les enfants.

Une étude rétrospective porte sur les méningites des enfants de 1 mois à 15 ans (exclusion des pathologies néo-natales).

D'octobre 1995 à septembre 1996 (12 mois), nous avons observé 236 méningites parmi les 5 294 malades pris en charge dans le service (4,5 %) : 126 chez les garçons et 110 chez les filles. Le diagnostic de méningite était retenu si le liquide céphalo-rachidien (LCR) contenait plus de 10 éléments/ml (sans picûre vasculaire). Le LCR était techniqué par le laboratoire national de Bangui. Les agents retrouvés ont été : le pneumocoque, 86 cas (36,4 %), le méningocoque, 21 cas (8,9 %), *Haemophilus*, 14 cas (5,9 %), absence de germe, 112 cas (47,5 %) et autres, 3 cas (1,3 %). La catégorie "absence de germe" regroupe les rares méningites virales, les nombreuses méningites décapitées par une antibiothérapie antérieure, la ponction lombaire, les échecs d'isolement (problème de transport du LCR au laboratoire). La catégorie "autres germes" : une salmonelle et deux staphylocoques. La mortalité globale est de 61/236 (25,8 %), elle est nulle pour le méningocoque : 0/21, faible pour le pneumocoque : 6/86 (7 %), moyenne pour *Haemophilus* : 2/14 (14,3 %) et importante quand aucun agent n'est identifié : 53/115 (46,3 %). Ni les séquelles résiduelles, ni la fréquence de l'association VIH/méningite, n'ont été étudiées.

Le protocole thérapeutique probabiliste des méningites employé durant l'étude associait : ampicilline IV/IM à 200 mg/kg/j en 3 à 4 prises (sans dépasser 6 g/j) et thiophénicol à 100 mg/kg/j IV/IM sans dépasser 3 g/j. La durée minimum de traitement était de 10 jours, sauf pour les méningocoques (6 jours). Au traitement antibiotique, était associé de façon systématique un traitement anti-paludéen

par la quinine à la dose de 30 mg/kg en 2 injections IM à la face antérieure de la cuisse, ainsi qu'une dose de charge de phéno-barbital de 15 mg/kg, sans dépasser 200 mg en début de traitement.

Conclusion

Mises à part les méningites décapitées, le pneumocoque est le germe le plus fréquemment retrouvé dans les méningites de l'enfant à Bangui. Ce travail montre qu'avec une prise en charge thérapeutique abordable (pas de céphalosporine de 3ème génération), la guérison est accessible dans environ 75% des cas, grâce à une association d'ampicilline et de thiophénicol à forte dose.

Si la notion de la ceinture méningitique sahélienne avec les épidémies de méningites à méningocoque est bien connue, il reste maintenant à préciser la fréquence des méningites à pneumocoque en zone équatoriale.

La tuberculose abdominale chez l'enfant.

A. Abkari, M. Sbihi, N. Nejjari, J. Hachim, M. Oumlil, N. Mikou, M. Itri & H. Hadj Khalifa

Service de pédiatrie 3, Hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc.

Il s'agit d'une étude rétrospective de 67 observations de tuberculose abdominale chez l'enfant colligées dans le service de pédiatrie 3 de l'hôpital d'enfants de Casablanca durant une période de 15 ans (1980-1994). Ces patients, dont l'âge moyen est de 12 ans, présentent un tableau clinique dominé par des douleurs abdominales (61 %), des troubles du transit (55 %), et un retentissement sur l'état général.

Les formes topographiques se répartissent en 25 localisations au niveau du grêle, 15 atteintes du colon et 7 de siège iléocolique. L'atteinte respiratoire associée est retrouvée dans 29,8% des cas.

La tuberculose abdominale pose un problème diagnostique avec le lymphome abdominal de BURKITT. Dans cette situation, la cytoponction échoguidée vient à bout des hésitations diagnostiques. Les difficultés d'obtenir une preuve bactériologique et/ou histologique justifient le recours au traitement antibactérien d'épreuve devant un ensemble d'arguments anamnestiques, cliniques et radiologiques évocateurs.

L'infection à *Helicobacter pylori* chez l'enfant (à propos de 140 cas).

K. Moufid, N. Mikou, A. Abkari, M. Sbihi, S. Chafai & H. Hadj Khalifa

Service de pédiatrie III, Hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

L'infection par *Helicobacter pylori* est très fréquente dans le monde entier. Cette infection est associée très souvent à une gastrite chronique, l'ulcère gastro-duodénal étant rare chez l'enfant.

Le but de notre travail est l'étude du profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de cette infection, à la lumière d'une série rétrospective de 260 observations d'enfants présentant des douleurs abdominales récurrentes.

Tous les enfants de cette série ont bénéficié d'une endoscopie digestive haute avec biopsies gastriques systématiques pour l'étude histologique de la muqueuse gastrique et la recherche d'une infection par *Helicobacter pylori*. Seuls 140 enfants ont présenté une infection due à *Helicobacter pylori* documentée histologiquement : 70 enfants infectés, soit 50 %, ont une muqueuse gastrique normale à l'endoscopie. L'antrite nodulaire a été observée chez 44 malades (31,4 %). L'étude histologique des biopsies gastriques a montré une gastrite chronique

superficielle chez 64 enfants (45,7 %) et une gastrite chronique atrophique chez 60 enfants (42,9 %).

Le traitement a comporté une trithérapie à base d'amoxicilline, de métronidazole et d'aminoside. Il a permis l'éradication de l'infection chez 90 enfants (64 %). Une rechute a été observée chez 20 enfants (12 mois et 24 mois après l'éradication).

Ce travail souligne la fréquence de la gastrite à *Helicobacter pylori* en milieu pédiatrique. Un aspect endoscopique normal n'élimine pas une infection par *Helicobacter pylori*, d'où la nécessité de la pratique systématique des biopsies gastriques et d'une recherche régulière de cette infection devant des douleurs abdominales récurrentes de l'enfant.

La fréquence de *Helicobacter pylori*, son implication dans l'ulcéro-génèse et la cardiogénèse gastrique et la résistance croissante aux antibiotiques impliquent la nécessité de l'élaboration d'un vaccin contre cet agent pathogène.

Efficacité de la quinine en solution intrarectale dans le neuropaludisme et les accès graves de l'enfant au Niger. Une alternative aux administrations parentérales de quinine ?

H. Barennes (1), E Pussard (2), D Kailou (3), JM Munjakazi (3) & Eb Verdier (2)

(1) Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

(2) Inserm U13, IMEA

(3) Ministère de la santé au Niger

Le retard au traitement du paludisme grave entraîne une mortalité infanto-juvénile élevée, particulièrement dans les régions d'Afrique où l'accessibilité aux centres de santé équipés est faible.

L'administration intrarectale d'antipaludéen représente une alternative particulièrement intéressante car non invasive, indolore et de réalisation simple. Nous avons précédemment montré l'efficacité, le profil cinétique et la posologie optimale de la quinine en solution intrarectale : Quinimax® (Sanofi, Swamo, Gentilly France) 20 mg/kg dilué avec 2 ml d'eau bouillie, 60 % de quinine base (QSIR).

De 1994 à 1996, au Niger, deux schémas thérapeutiques de QSIR ont été comparés, lors d'un essai randomisé ouvert, chez des enfants atteints de neuropaludisme (déf. O.M.S) (NP) (n = 76) ou d'accès graves (PG) (n = 57),

- groupe NP : administration triquotidienne, 20 mg/kg suivis de 15 mg/kg/8 h,
- groupe PG : administration bi-quotidienne : dose de charge de 30mg/kg suivis de 20 mg/kg/12 h, à 25 mg/kg/j administrés en perfusion lente (QIV) (groupe NP) ou en intramusculaire (QIM) (groupe PG),
- groupe NP - après QSIR et QIV :
 - la mortalité a été 10,3 % et 24,9 % (p > 0,05),
 - la décroissance de la température (< 37°5 C) 39,0 % à 15,2 h et 37,1 % à 16,5 h,
 - le retour de la conscience 34,6 % à 12,8 h et 33,0 % à 14,1 h,
 - la décroissance de 50 % des parasitémies initiales : 15,5 ± 11,5 h et 13,8 ± 10,0 h.
 - Les quininiémiés résiduelles à 48 h sont identiques 7,4 ± 3,7 mg/l et 7, 2 ± 2, 9 mg/l, soit environ 11 mg dans le plasma,
- groupe PG : après QSIR et QIM :
 - la mortalité est de 0 à 7,6 %,
 - la décroissance de la température 38,7 % à 22,8 heures et 38,6 % à 22,2 heures,
 - la récupération du coma (n = 16) 26,8 % à 13,9 heures et 27,6 % 9,9 heures.

Au total, la QSIV, par son efficacité, sa simplicité d'utilisation et sa tolérance, représente un atout majeur pour diminuer la mortalité du paludisme grave lié au retard de traitement et la morbidité liée aux administrations parentérales de quinine.

Leishmaniose viscérale infantile (à propos de 20 cas).

M. Sbihi, J. Hachim, K. Maani,
N. Mikou & H. Hadj Khalifa

CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

La leishmaniose viscérale est une parasitose constituant, par sa fréquence et sa gravité, un problème de santé publique au Maroc. Le but de cette étude rétrospective est d'analyser les aspects diagnostiques et évolutifs de cette affection dans notre contexte.

Il s'agit de 20 cas de leishmaniose viscérale colligés dans le service de pédiatrie 3 à l'Hôpital d'enfants de Casablanca, entre janvier 1988 et août 1998. L'âge moyen de nos patients était de 3 ans et demi (0,5-10 ans). Les deux tiers étaient originaires du sud du Maroc. Le tableau clinique était fait d'une pâleur et d'une fièvre chez tous les patients, d'une énorme splénomégalie (95 %), d'une hépatomégalie (65 %) et d'un amaigrissement (60 %).

Certains aspects particuliers ont été observés, notamment l'absence de splénomégalie (un cas) et d'hypertension portale (un cas). Le bilan biologique a objectivé une pancytopenie (45 %) et hyperprotidémie (60%). Le médullogramme était positif dans 85 % des cas et la sérologie positive dans 80 % des cas. Le diagnostic a été porté après une épreuve thérapeutique positive chez deux enfants.

Le N. méthyl-glucamine a été utilisé chez tous nos patients, associé à la pentamidine deux fois. Dix-sept patients ont bien évolué, deux sont décédés par syndrome hémorragique, et un malade a présenté une résistance au traitement après trois cures.

Les auteurs soulignent l'incidence de plus en plus élevée de la leishmaniose au sud du Maroc, imposant un diagnostic et un traitement précoce. D'où l'intérêt du programme de lutte contre la leishmaniose préconisé par l'OMS pour assurer la prévention de cette affection dans notre pays.

La myiase gastro-intestinale.

A. Abkari, M. Sbihi, S. Chafai,
N. Mikou & H. Hadj Khalifa

Service de pédiatrie 3, Hôpital d'enfants, CH Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Nous rapportons dans ce travail une observation exceptionnelle de myiase gastro-intestinale chez une fillette de 13 ans, admise pour des vomissements, douleurs abdominales et hématuries, avec émission de vers dont l'analyse parasitologique a permis de reconnaître des larves de *Sarcophaga hemoroïdalis*.

La fibroscopie digestive haute a montré une gastrite aiguë hémorragique sans lésions duodénales évidentes, le transit du grêle s'est révélé normal. En l'absence d'un traitement spécifique, l'attitude thérapeutique a comporté uniquement des lavages gastro-intestinaux pour débarrasser le tube digestif de ces vers, associés à des pansements gastriques. L'évolution a été marquée par la régression laborieuse des signes digestifs.

Parasitoses touchant habituellement la peau et la sphère ORL, les myiases affectent exceptionnellement le tube digestif où elles déterminent des ulcérations responsables d'un syndrome hémorragique important.

La gravité de cette localisation et l'absence d'un traitement spécifique soulignent l'intérêt de l'hygiène de vie.

Le rôle des facteurs culturels dans la promotion et la protection de la santé de l'enfant.

O. Wembonyama & M. C. Tshibanza

Université de Mbuji-Mayi (Rép. dém. Congo),

C/o MIBA Bruxelles, 58, Blvd du Régent, 1 000 Bruxelles, Belgique

Malgré des progrès importants réalisés en matière de physiopathologie, de diagnostic et de traitement des maladies, la situation sanitaire demeure pourtant préoccupante pour l'enfant africain. En plus de la recrudescence des maladies jadis éradiquées, telles que la rougeole, les maladies engendrées par les conflits, les guerres et la paupérisation, le pédiatre est confronté aux maladies diarrhéiques, au paludisme, aux infections des voies respiratoires, aux pathologies courantes, mais ayant une gravité particulière en raison du terrain, et enfin aux maladies émergentes telles que le sida et les fièvres hémorragiques (Ebola).

Plusieurs facteurs influencent la santé de l'homme. Les plus importants sont les facteurs sociaux, économiques, démographiques, géographiques, nutritionnels, écologiques et culturels.

Le but de ce travail est de mettre en évidence ces facteurs culturels qui jouent un rôle important dans la genèse des maladies, dans la préservation et la restauration de la santé.

L'importance de la culture n'est pas suffisamment prise en compte dans l'analyse des problèmes de santé infantile. La culture peut nous exposer de même qu'elle peut nous soustraire à la maladie. Les facteurs culturels peuvent être déterminants selon la pathologie et les milieux dans lesquels ils s'exercent. Ils influencent la conception de la maladie, la recherche des causes, les procédures diagnostiques et les thérapies à appliquer, surtout dans les sociétés où les coutumes et les traditions ont une grande influence :

- la maladie est surtout le fait d'une construction culturelle et de ce fait, elle ne peut être comprise et éventuellement trouver de réponse que dans le contexte culturel dans lequel elle apparaît,
- la culture fournit un cadre de définition et de réponse à une maladie,
- la culture peut être cause de maladies, tout comme elle peut nous en protéger,
- en ce qui concerne les représentations culturelles de la maladie, notre milieu privilégie les causes exogènes venant de l'extérieur où la maladie est considérée comme un mauvais sort jeté à l'individu ou comme une punition divine et trouve ainsi son origine dans la superstition, le surnaturel. La thérapie dans ces conditions ne peut qu'être de type surnaturel.

Parmi les solutions, il faut mettre l'accent sur la formation du médecin qui doit intégrer les aspects de la perception de la maladie, de croyances traditionnelles des populations et de la médecine traditionnelle, et mener des actions d'éducation, de persuasion et d'encadrement des populations qui croient en la primauté des causes exogènes.