

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

XVII^e rencontres francophones de pédiatrie.

Thème : communications libres

Samedi 11 octobre 2003, Faculté de médecine de Paris

Organisateur : D. GENDREL

Manuscrit n°2642. "Sociétés correspondantes". Reçu le 25 novembre 2003.

Tétanos néonatal en milieu hospitalier pédiatrique à Antananarivo, Madagascar.

H. Roabijaona, T. Andriatahina, M. Razafindralambo, E. Rasoarivelo & H. Rakotoarisoa

Service de pédiatrie, Hôpital général Befelatanana, CHU Antananarivo, Madagascar

Le tétanos néonatal est toujours un problème majeur de santé publique avec une incidence mondiale d'un million de nouveaux cas par an. Sa répartition est inégale dans le monde, l'incidence et la mortalité étant particulièrement élevées dans les pays en développement où les estimations de 1977 faisaient état de 240 000 décès pour une incidence de 355 000 cas dans 25 pays d'Afrique et d'Asie. Le but de cette étude rétrospective est de montrer les résultats de la prise en charge conventionnelle du tétanos néonatal dans un service de pédiatrie générale de Madagascar, et de rappeler le rôle primordial de la prévention.

Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2002, tous les enfants atteints du tétanos néonatal ont été admis en service de pédiatrie générale de l'hôpital Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar. Nous avons analysé la fréquence hospitalière, les facteurs maternels, la période néonatale et le pronostic immédiat. Au total, 12 patients sur les 462 hospitalisés en Unité nouveau-né durant la période d'étude ont été inclus dans ce travail, soit environ 4 cas par an. L'âge moyen d'admission est de 6,6 jours, le sexe ratio 1/1. 60 % des mères n'ont suivi aucune consultation prénatale et 8 parturientes sur 10 n'ont reçu aucune vaccination anti-tétanique durant la grossesse. L'accouchement a été toujours fait à domicile, assisté par une matrone dans 90 % des cas. On n'a retrouvé aucun renseignement concernant la section et les soins du cordon ombilical. Les motifs d'hospitalisation sont très variés et dominés par le refus de tétée et de convulsion. Dans tous les cas, la principale porte d'entrée de l'infection est ombilicale. Les signes cliniques notés sont: ombilic infecté, spasme à la stimulation, raideur musculaire ou opisthotonos, refus de tétée. En plus des soins locaux de l'ombilic, tous ont bénéficié d'un traitement anti-infectieux, d'une sérothérapie hétérologue intramusculaire, d'une anatoxinothérapie et d'une oxygénothérapie. Aucune ventilation contrôlée, ni curarisation, n'ont été utilisées. Le contrôle des contractures et des paroxysmes

a reposé sur l'utilisation du diazépam. Selon la classification internationale de Dakar, il s'agissait de 4 formes modérées (scores 2 à 3) et de 8 formes graves (score > 3). Le délai entre le début de la maladie et l'hospitalisation a été en moyenne de 33 heures avec un minimum de 12 heures et un maximum de 72 heures. Tous les enfants sont décédés après une durée moyenne d'hospitalisation de 4 jours. La survie n'a jamais dépassé 10 jours pour tous les cas. La recherche des facteurs favorisants du tétanos néonatal a permis de dégager les principaux faits suivants: forte négligence maternelle dans le suivi de la grossesse, environnement assez douteux sur le plan aseptique au lieu d'accouchement. D'autre part, le retard de prise en charge thérapeutique aggrave le pronostic de cette maladie. L'espoir de baisser la mortalité repose d'abord sur l'importance de la prévention, en particulier la vaccination anti-tétanique systématique des femmes en âge de procréer selon les espoirs réalistes de programme élargi de vaccinations que sont l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal et le contrôle de la rougeole, suivie de la précocité du traitement en envisageant l'ouverture d'une unité de réanimation pédiatrique polyvalente. Ces objectifs, partagés par tous les praticiens exerçant en milieu tropical, nécessitent une étroite coopération obstétrico-pédiatrique.

Détermination conjointe du couple CRP-orosomucoïde dans le diagnostic et l'évolution des infections néonatales.

F. Djabi, B. Bioud, H. Reggad, M. Mebarki & M. Hamdi-Cherif

Centre hospitalier de Sétif, Algérie

La gravité et la rapidité d'évolution des infections materno-fœtales expliquent la quête des néonatalogistes pour trouver le marqueur biologique qui soit à la fois sensible, spécifique et peu onéreux, surtout pour les pays en voie de développement. L'objectif de notre travail est l'étude de la cinétique du couple CRP-orosomucoïde dans les infections materno-fœtales. Le travail a concerné 50 nouveau-nés présentant une infection materno-fœtale. Les résultats montrent que la CRP est d'emblée supérieure à la normale et ceci dans les premières heures de la vie (6h-8h). Elle s'élève pour atteindre le maximum au cours des 24 premières heures; puis sous l'action du

traitement, elle diminue progressivement pour revenir à la normale vers le 5-6^e jour de vie. L'orosomucoïde a une cinétique décalée dans le temps, son maximum est atteint au 3^e jour d'évolution, le retour à la normale est plus lent. Le dosage de la CRP et de l'orosomucoïde apparaît ainsi comme un bon élément de maîtrise du processus infectieux.

Les méningites du nourrisson dues au méningocoque au CHU de Yopougon. À propos de 10 cas.

M. H. Ake Assi, A. M. Timite-Konon & Y. Adonis-Koffy

Service de pédiatrie médicale, CHU de Yopougon, 21 BP 632, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon. Elle a porté sur une période de 4 ans allant du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2002.

Dix dossiers de nourrissons ont été retenus à partir des critères cliniques et biologiques de l'analyse cyto-bactériologique du LCR en faveur d'une méningite purulente due au méningocoque, 7 nourrissons avaient moins de 12 mois; 4 avaient un terrain particulier: 1 VIH positif, 3 malnutritions protéino-caloriques.

Les méningites dues au méningocoque du nourrisson représentaient 33 % des méningites à méningocoque en pédiatrie médicale, et 13 % des méningites purulentes du nourrisson. 7 souches ont été identifiées et sérogroupées: 3 méningocoques A, 3 méningocoques C et 1 méningocoque B; 2 cultures sont revenues négatives. 3 souches ont présenté une résistance aux céphalosporines de 3^e génération.

Les antibiotiques de choix ont été l'amoxicilline, la ceftriaxone en association avec un aminoside; et le chloramphénicol en monothérapie.

La létalité était de 50 %: 4 décès ont été constatés et un enfant a présenté des séquelles neurosensorielles et psychomotrices. Cette létalité importante fait de la méningite due au méningocoque du nourrisson un problème de santé publique; l'accent devrait être mis sur la prévention.

La présence d'un nouveau sérotype non habituel en Côte d'Ivoire suggère une surveillance épidémiologique efficiente; et l'émergence de souches résistantes aux céphalosporines de 3^e génération nécessite des études complémentaires pour mieux cerner le problème.

Intérêt de la corticothérapie dans le traitement des méningites purulentes de l'enfant

H. Ben Mekhbi

Service de pédiatrie, CHU Ben Badis, Constantine, Algérie

En dépit des progrès thérapeutiques en réanimation et en antibiothérapie, les méningites purulentes restent préoccupantes par leur morbidité neurologique et sensorielle.

Objectif:

Pour essayer de réduire cette morbidité, une corticothérapie à base de dexaméthasone a été prescrite 15 minutes avant l'injection de l'antibiotique adapté au germe responsable.

Matériel et méthode:

Dans une étude prospective effectuée de 2000 à 2003, ont été inclus 2 groupes de 200 enfants âgés entre 3 mois et 15 ans présentant des signes cliniques et biologiques de méningite purulente.

Dans le groupe I: les enfants ont reçu 0,10 mg/kg de dexaméthasone 15 minutes avant la première injection par voie

intraveineuse de l'antibiotique adapté à l'agent, puis poursuivi pendant 3 jours.

Dans le groupe II: les enfants n'ont reçu que l'antibiotique adapté au germe responsable.

Résultats:

L'agent le plus fréquemment responsable est le méningocoque, soit 82 %, suivi par *Haemophilus influenzae* à raison de 13 %, le pneumocoque 3 %, le klebsielle 0,9 %, les salmonelles 0,9 % et le staphylocoque doré 0,2 %.

Dans l'immédiat, la dexaméthasone a permis de réduire le score de gravité clinique, particulièrement l'instabilité cérébrovasculaire, la durée de la fièvre, la remontée de la glycorachie, 48 heures après le début du traitement et la diminution de la protéinorachie.

Au cours de l'évolution, les séquelles neurologiques évaluées à 3 mois, 1 an et 2 ans sont les mêmes en type et en nombre, soit 9 % dans les 2 groupes d'enfants. Par contre, les atteintes sensorielles, surtout auditives, sont significativement réduites dans le groupe 1, soit 1 %.

Conclusion:

Il ressort de notre étude que, quel que soit l'agent responsable de la méningite purulente chez l'enfant, la corticothérapie prescrite précocement avant l'antibiothérapie améliore à court terme le pronostic vital. Par contre à long terme, ce sont les séquelles sensorielles qui peuvent être réduites.

Analyse des critères diagnostiques de la tuberculose de l'enfant en milieu hospitalier tropical.

L. Adonis-Koffy, F. Kouassi, M.H. Ake-Assi, T. K. F. Eboua & A. M. Timite-Konon

*Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, BP 632, Abidjan 21, Côte d'Ivoire

Dans le but d'analyser les différents critères diagnostiques de la tuberculose de l'enfant en milieu hospitalier tropical, les auteurs ont colligé les dossiers des enfants âgés de 1 mois à 15 ans, pour lesquels le diagnostic de tuberculose a été posé dans le service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon, de janvier 1996 à décembre 2002. Tous les enfants présentant une tuberculose dont le diagnostic avait été effectué avant l'admission ont été exclus de l'étude. 50 enfants ont présenté la tuberculose dans la période d'étude. Le contage tuberculeux a été retrouvé chez 18 % des sujets et il s'agissait pour tous d'un contage intra-familial, mais aucune enquête familiale ni aucun traitement préventif n'avait été entrepris. Sur le plan clinique, 62 % des enfants avaient une malnutrition protéino-énergétique. L'examen pulmonaire a permis de déceler une anomalie dans 96 %. L'IDR (intra-dermo-réaction) a été effectuée chez 80 % des sujets (40/50) et était positive dans 42 %. La recherche du BK (bacille de Koch) s'est faite en majorité sur le liquide de tubage gastrique, sauf pour un sujet sur une expectoration. Elle a été effectuée chez 32 sujets, soit 64 % de la population, et était positive chez 13 sujets, soit 41 %. La bacilloscopie à la coloration de Ziehl-Neelsen a permis de mettre en évidence le BK chez 12 enfants et 1 seule culture a été réalisée sur un LCR, mettant en évidence un BK multi-résistant. La radiographie pulmonaire a été effectuée pour tous les malades et 85 % des radiographies étaient pathologiques. La sérologie VIH a été demandée chez 9 enfants et s'est révélée positive dans 8 cas pour le VIH 1. Dans 32 % (16/50) le diagnostic de la tuberculose a été certain avec la mise en évidence du germe, et dans 68 % il reposait sur des arguments présomptifs. 77 % de sujets tuberculeux confirmés avaient une IDR négative.

L'identification du BK dans notre étude a été réalisée à partir de la coloration de Ziehl-Neelsen. Or cette méthode repose sur la mise en évidence des (BAAR) bacilles acido-alcoolo résistants, et n'est pas spécifique du *Mycobacterium tuberculosis*. Dans notre environnement, où la prévalence du VIH/sida est très élevée (dans notre série, 89% des enfants testés pour le VIH étaient positifs), les pneumopathies dues aux mycobactéries sont aussi très fréquentes, et constituent une source de faux positifs pour le diagnostic de la tuberculose, car elles sont aussi acido-alcoolo résistantes. Par ailleurs, l>IDR, qui est un argument de poids pour le diagnostic de la tuberculose, pose également un problème d'interprétation au sein d'une population qui présente une malnutrition dans 62 % et une infection par le VIH dans 18 %. Ces facteurs étant responsables d'une anergie immunitaire, ils rendent inexploitable le résultat de l>IDR. Ceci expliquerait que 77 % des enfants tuberculeux confirmés avaient une IDR négative. Dans notre étude, le contage tuberculeux retrouvé dans 18 % des cas reste un des éléments les plus fiables d'orientation vers le diagnostic de la maladie, mais l'absence d'enquête familiale dans l'entourage du sujet contact a été un frein au dépistage et à la prise en charge précoce chez ces enfants. L'examen clinique a été enrichissant; 96 % avaient un examen pulmonaire anormal et 85 % des radiographies pulmonaires étaient pathologiques. L'approche diagnostique de la tuberculose de l'enfant, préconisée par l'OMS pour les pays en développement doit être revue car dans ces pays la malnutrition et le sida y sont très répandus, remettant en cause la valeur des examens recommandés. La proportion du VIH au sein des enfants tuberculeux étant très élevée, une recherche systématique du VIH chez tous les sujets suspects de tuberculose devrait être proposée pour une meilleure approche diagnostique et une meilleure prise en charge du patient. Mais en attendant une révision des méthodes diagnostiques de la tuberculose, l'application effective des mesures de dépistage et la prise en charge précoce des sujets contacts devrait permettre une importante réduction de l'incidence et de la mortalité de la tuberculose de l'enfant dans les pays en voie de développement.

La tuberculose cervicale chez l'enfant. À propos de sept observations.

J.-R. Mabilia Babela, C. Samba Louaka,
F. Etokabeka Mkanta & P. Senga

CHU de Brazzaville, Congo.

À partir de sept observations, les auteurs rapportent les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives du mal de Pott chez l'enfant.

L'âge était compris entre 21 mois et 14 ans. Dans 5 cas, le BCG était présent, le contage tuberculeux dans une fois sur sept. Cliniquement, le torticolis était constant, associé à une fièvre et à des adénopathies cervicales (5 cas). Le délai diagnostique se situait entre 2 et 10 mois dans 6 cas. La radiographie révélait une atteinte pulmonaire (6 cas), parfois un abcès rétropharyngé (2 cas), des lésions multi-cervicales dans tous les cas et dorsales dans un cas. La VS était élevée de façon constante; le monostest phlycténulaire 5 fois, et la sérologie VIH négative dans tous les cas. Tous les enfants ont bénéficié d'un traitement anti-tuberculeux associé aux corticoïdes dans 3 cas et immobilisation cervicale. Un cas de tétraplégie a été observé.

La précocité du diagnostic et la parfaite adhésion au traitement constituent le gage d'un bon pronostic.

Éradication de la polio : expérience du Gabon.

Y. Vierin (1) & A. Moussavou (2)

(1) Point focal PCIME.

(2) Comité national des experts de la poliomyélite au Gabon.

Dans le cadre de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (1988), le Gabon, par le biais de l'Organisation mondiale de la santé, a retenu 4 stratégies fondamentales : élever la couverture vaccinale des nourrissons par la vaccination de routine par polio orale (80 % des nourrissons de 80 % des départements sanitaires), journées nationales de vaccination (JNV), surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), campagnes de ratissage. Le principal objectif de la surveillance pour l'éradication de la poliomyélite est d'interrompre totalement la transmission du poliovirus sauvage. La mise en œuvre des stratégies a débuté au Gabon en 1996 par l'organisation de journées locales de vaccination dans la province de l'Estuaire, suivie par l'organisation de JNV en 1998, 1999, 2000 et JNV synchronisées avec le Congo en 2001 et 2002.

La surveillance des PFA a débuté en 1999. Son objectif principal est de détecter au moins 1 cas de PFA non polio par région sanitaire chaque année. À cet effet, des points focaux ont été identifiés à chaque niveau de la pyramide sanitaire : du village au niveau central. Ils envoient des fiches de notification hebdomadaire au niveau hiérarchique supérieur, tout cas de PFA devant être déclaré et étudié. Les indicateurs de performance retenus au Gabon sont :

- taux de PFA non poliomyélitique chez les enfants de moins de 15 ans : 1 / 100 000,
- deux échantillons de selles recueillis dans un intervalle de moins de 24 heures, 14 jours après le début de la paralysie : 80 %.

En 2002, sur 7 cas attendus, 8 ont été détectés dont 0 cas de virus polio sauvage.

Les campagnes de ratissage n'ont pas eu lieu jusqu'à ce jour, du fait de l'absence d'isolement de virus polio sauvage dans les selles recueillies chez les enfants présentant une PFA.

Les infections opportunistes du système nerveux central (SNC) chez l'enfant VIH positif en milieu hospitalier tropical.

Aspects cliniques et radiologiques

L. Adonis-Koffy (1), M. Timite-Konan (1),
A.M. N'Gouan-Domoua (2), M. H. Ake-Assi (1)
& T. K. F Eboua (1)

(1) Service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire

(2) Service de radiologie du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire

Chez l'enfant VIH positif, les principales manifestations neurologiques décrites sont essentiellement des encéphalopathies survenant chez les nourrissons, et dont la pathogénie serait directement liée à l'action du virus sur le SNC. Les infections opportunistes du SNC sont très rares chez l'enfant vivant avec le VIH, et peu d'articles de la littérature en font cas. En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH est une des plus élevées au monde, et par la transmission materno-fœtale, le VIH est rapidement devenu un véritable problème pédiatrique. Les auteurs dans cette étude décrivent les signes cliniques, les étiologies, ainsi que les images tomographiques des infections du SNC chez l'enfant VIH positif au CHU de Yopougon, à Abidjan.

Méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective effectuée dans le service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon, de janvier 1998 à décembre 2001. Tous les enfants VIH positif, âgés de 1 mois à 15 ans, admis pour des signes neurologiques ou ayant présenté un trouble neurologique en cours d'hospitalisation, ont été inclus dans l'étude. L'analyse du liquide céphalorachidien (LCR) ainsi qu'un scanner cérébral, ont été réalisés chez tous les patients.

Résultats :

6 enfants âgés de 3 à 15 ans ont présenté une infection du SNC pendant la période d'étude. L'âge moyen était de 10 ans. Tous les patients avaient une sérologie positive pour le VIH1. Les signes neurologiques recensés ont été un déficit moteur à type d'hémiplégie pour 3 patients, une convulsion pour 3 patients, un trouble sensoriel dans 3 cas (cécité, baisse de l'acuité visuelle, surdité). 3 patients ont présenté un coma. L'examen cyto-bactériologique du LCR a révélé un *Cryptococcus neoformans* dans 1 cas, un *Mycobacterium tuberculosis* dans un autre et une méningite lymphocytaire sans identification du germe dans un dernier cas. Les 3 autres malades avaient un LCR stérile. Le diagnostic de toxoplasmose cérébrale a été posé chez 3 patients, à partir des images du scanner cérébral. La sérologie de la toxoplasmose testée chez ces 3 malades n'a été positive que pour un seul patient. 2 patients ont eu un dosage des CD4 dont les résultats respectifs étaient de 6 % et de 10 %. Le scanner cérébral a mis en évidence :

- un processus expansif non abcédé dans 3 cas, compatible avec une toxoplasmose cérébrale dans 2 cas.
- deux cas d'abcès cérébraux avec réaction oedémateuse inflammatoire péri-abcédaire évoquant une toxoplasmose dans un cas et un tuberculome dans le second cas
- 3 atrophies cortico-sous-corticales dont 2 étaient associées aux images tomodynamométriques précitées et la dernière était isolée.

Conclusion :

Les infections du SNC de l'enfant VIH positif, en milieu hospitalier tropical, concernent essentiellement le grand enfant. Leur présentation clinique est dominée par les paralysies, les troubles sensoriels et les convulsions. Les étiologies, comme celles de l'adulte, sont dominées par la toxoplasmose cérébrale et les méningites bactériennes.

Les images tomodynamométriques prédominantes sont celles des tumeurs et des abcès cérébraux associés dans la majorité des cas à une atrophie cortico-sous-corticale.

Localisation rénale bilatérale primitive du lymphome de Burkitt endémique.

À propos d'un cas au CHU de Yopougon (Abidjan, Côte d'Ivoire).

T. K. F. Eboua (1), G. Diarrasouba (1), L. Adonis-Koffy (1), A. M. Domoua-N'Goan (2), C. Danho (3), A. M. Timite-Konan (1) & M. Sangare (3)

(1) Service de pédiatrie du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(2) Service de radiologie du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

(3) Service d'hématologie et oncologie du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Le lymphome de Burkitt est une hémopathie maligne qui représente le cancer de l'enfant le plus fréquent en Afrique de l'Ouest. Les atteintes maxillo-faciales et abdominales sont les plus fréquentes, constituant ensemble 80 % des localisations. La localisation rénale est assez rare et dans notre expérience l'atteinte rénale bilatérale n'avait jamais été observée.

Les auteurs rapportent le cas d'un lymphome de Burkitt rénal bilatéral et ayant tous les caractères d'une localisation primitive. La rareté de la localisation rénale et le tableau infectieux initial associés à des anomalies urinaires ont fait suspecter à tort une pyélonéphrite. C'est devant la non-réponse du traitement antibiotique et les images radiographiques assez évocatrices que le diagnostic a été suspecté. La confirmation histologique du lymphome de Burkitt a été apportée par la biopsie rénale. Le rein étant a priori un organe dépourvu de tissu lymphoïde, la localisation primitive d'un tel lymphome reste peu compréhensible. Cette localisation, bien que rare, a été décrite par d'autres auteurs et indique de pratiquer une biopsie rénale au moindre doute devant toutes anomalies radiographiques rénales isolées, surtout dans les pays endémiques du Burkitt. L'intérêt de ce cas clinique réside dans le caractère exceptionnel de l'atteinte rénale, à la fois primitive et bilatérale, du lymphome de Burkitt.

Évaluation du statut en fer des mères supplémentées pendant la grossesse et du retentissement sur leur enfant.

I. Mdaghri Alaoui, L. El Menchawy, N. Chabraoui, & Lamdouar-Bouazaoui

Service de néonatalogie et Laboratoire de biochimie, Hôpital d'Enfants, CHU Rabat-Salé, Maroc.

En vue de réaliser une évaluation sur le terrain du statut en fer des mères supplémentées pendant la grossesse et du retentissement d'une éventuelle carence maternelle sur la santé du bébé, une étude prospective a été effectuée dans un centre de santé de la wilaya de Rabat durant une période de trois semaines. La population cible est composée de 50 couples mère - bébé, les mamans ayant été supplémentées en fer au cours de leur grossesse selon la stratégie nationale du ministère de la santé, leur bébé étant âgé de 6 à 12 mois. Les femmes ont bénéficié d'un bilan sanguin comportant l'hémogramme, la ferritinémie, le fer sérique, la capacité de fixation de la transferrine; pour les enfants, seule l'estimation de l'hématocrite fut réalisée.

Les résultats que nous avons tirés de cette étude montrent que malgré le niveau socio-économique moyen ou bas de notre population, 96 % des mères avaient une grossesse suivie dans un centre de santé et 98 % ont eu un accouchement médicalisé.

L'analyse des données biologiques des mères montre que, malgré la stratégie nationale du ministère de la santé concernant la supplémentation en fer, 14 % des mères souffrent d'anémie ferriprive (Hb < 12 g/dl), 45,8 % des mères ont une carence martiale (ferritinémie < 12 ng/ml) et 52 % présentent un taux de fer sérique bas (FS < 60 m/dl). Quant à la prise régulière de la supplémentation en fer, elle a été observée chez 21 femmes pendant une durée d'un mois seulement, avec une durée maximale de 7 mois chez une seule femme.

Quant à l'enfant, les résultats ont montré que 70 % d'entre eux sont anémiques (Ht < 33 %) et que 75 % reçoivent une diversification alimentaire déséquilibrée. Parmi ces enfants anémiques qui sont au nombre de 35, 16 enfants ont leurs mamans carencées en fer. Ceci est en faveur du retentissement du statut de la mère sur l'état de son enfant, d'où l'importance d'une bonne observance de la supplémentation en fer pendant la grossesse et durant toute la durée de l'allaitement maternel.

Morbidité et mortalité néonatale précoce au CHU de Brazzaville : étude des facteurs de risque.

P. Mackoumbou, F. Koukaba & H. F. Mayanda

CHU de Brazzaville, Congo.

But de l'étude :

Identifier les facteurs de risque liés à la morbi-mortalité néonatale précoce en vue d'élaborer des stratégies de prévention pour réduire la morbidité et la mortalité néonatale précoce à Brazzaville.

Patients et méthode :

Une enquête cas-témoins réalisée de septembre 2000 à juillet 2001 a inclus 1234 nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours, admis dans les services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU de Brazzaville. Les paramètres étudiés comprenaient des variables liés aux parents, au suivi de la grossesse, à l'accouchement et au suivi post-natal. L'analyse statistique était unie et multivariée, utilisant des tests de régression logistique et un χ^2 de tendance linéaire avec $p < 0,05$ considéré significatif.

Résultats :

Après stratification des facteurs de confusion, 9 facteurs de morbidité ont été identifiés : bas niveau socio-économique, prématurité, réanimation à la naissance, APGAR < 7 à une minute, transfert du nouveau-né et nombre de consultations prénatales < 4 . Le nombre de consultations prénatales et de fœtus avait une association à tendance linéaire avec la morbidité. Les modèles de mortalité ont mis en évidence 6 facteurs de risque :

- bas niveau socio-économique,
- prématurité,
- suivi de la grossesse sans échographie,
- accouchement par le siège,
- transfert du nouveau spécifique pour le modèle 1,
- détresse respiratoire pour le modèle 2.

L'âge maternel et le nombre de fœtus avaient une liaison à tendance linéaire avec la mortalité.

Conclusion :

Des meilleures conditions de suivi de grossesse et de sécurité à l'accouchement associées à une formation initiale et continue du personnel de santé, ainsi que l'information, l'éducation et la communication avec la communauté, devraient permettre de réduire la morbi-mortalité néo-natale précoce.

Nouveau-nés de mères toxémiques

A. Barkat, M. Serhier, A. Mdaghri-Alaoui & N. Lambouar Bouazzaoui

*Service de néonatalogie et Laboratoire de biochimie, Hôpital d'Enfants, CHU Rabat-Salé, Maroc

Nous nous sommes intéressés au devenir néonatal des grossesses compliquées de toxémie gravidique ; notre objectif étant de cerner la morbidité et la mortalité néonatales chez les nouveau-nés de mères toxémiques hospitalisés au service de néonatalogie, Centre national de référence en néonatalogie, sur une période de cinq ans.

Nous avons ainsi mené une étude rétrospective de tous les dossiers des nouveau-nés de mères toxémiques hospitalisés de 1997 à 2002 ; nous avons recensé 150 cas.

L'âge moyen des mères est de 29 ans ; 19 % sont âgées de plus de 35 ans ; 49 % sont des primipares ; la majorité des grossesses étaient suivies ; la date moyenne de la découverte de la toxémie gravidique est de 33 semaines d'aménorrhées. Un

diabète gestationnel est associé dans 2,6 % ; une pré-éclampsie est observée dans 58,7 % des cas, et une éclampsie dans 9 % des cas.

L'accouchement s'est déroulé par césarienne dans 46 % des cas ; le ratio est équilibré. Une mauvaise adaptation néonatale est constatée dans 15,3 % des cas ; 58 % des nouveau-nés sont hospitalisés au service à la 24^e heure de vie, et l'âge moyen d'admission au service est de 3 jours de vie. Le taux de prématurité est de 63 %, dont 10 % sont de grands prématurés. L'hypotrophie est rencontrée dans 50 % des cas et 8 % des nouveau-nés sont macrosomes. Le taux de mortalité néonatale est de 20 % et 4 % des nouveau-nés ont nécessité un transfert en réanimation néonatale.

L'évolution immédiate est bonne dans 76 % des cas, et sur les 121 survivants un retard des acquisitions psychomotrices est noté dans 1,3 % des cas.

Nouveau-nés de mères diabétiques.

A. Barkat, Z. Serhier, A. Mdaghri Alaoui & N. Lambouar Bouazzaoui

Service de néonatalogie et laboratoire de biochimie, Hôpital d'Enfants, CHU Rabat-Salé, Maroc

Atravers une étude rétrospective, les auteurs ont évalué le pronostic des grossesses associées à un diabète maternel ; l'objectif est d'analyser la morbidité et la mortalité néonatales associées à la lumière des données de la littérature.

Ainsi sont explorés 48 dossiers de nouveau-nés de mères diabétiques hospitalisés au service de néonatalogie, Centre national de référence en néonatalogie, de janvier 1977 à décembre 2002.

L'âge moyen des mamans est de 32 ans ; un diabète gestationnel est présent dans 42 % des cas ; les grossesses sont suivies chez 92 % des parturientes ; 73 % d'entre elles ont bénéficié d'un traitement par insuline. Les complications observées pendant la grossesse avec un pourcentage de 29 % sont à type de toxémie gravidique dans 19% des cas et d'hydramnios dans 8 % des cas. L'accouchement s'est déroulé par césarienne dans 54 % des cas.

Nous relevons 75 % de nouveau-nés à terme, l'âge gestationnel moyen est de 37 SA. 56 % des nouveau-nés sont de sexe masculin et 6% ont eu une mauvaise adaptation néonatale. Le poids de naissance moyen est de 3815 g et le taux de macrosomie est de 60 %. La morbidité néonatale est représentée par l'hypoglycémie dans 68 % des cas, l'ictère chez 58 % de notre population, une infection materno-foetale chez 37,5 % de ces nouveau-nés, une détresse respiratoire dans 33 % des cas et 6 % de malformations. Le taux de mortalité est de 10 %.

Mortalité des enfants de plus de 28 jours au centre mère et enfant de la fondation Chantal Biya de Yaoundé (Cameroun) : aspects épidémiologiques et étiologiques

I. Kago, F. Tietche, P. Doumbe, F. D. Mboka, M. Kobela, G. Tene, M. Nkegoum Ama, M. J. Ateba, M. Monny Lobe & M. Nkam

Centre mère et enfant de la Fondation Chantal Biya, rue Henri Dunan, Yaoundé, Cameroun

Au Centre mère et enfant, le taux de mortalité était de 7,96 % en 1999. 47 % de ces décès concernaient le nouveau-né

victime surtout de la prématurité, des infections et des traumatismes de l'accouchement.

Le but de notre étude était d'analyser les aspects épidémiologiques et étiologiques de la mortalité des enfants de plus de 28 jours d'âge admis dans notre centre.

Du 1^{er} septembre 1999 au 31 août 2000 (12 mois), 6 195 enfants âgés de plus de 28 jours ont été admis dans notre centre. 465 enfants étaient décédés, soit un taux de mortalité de 7,5 %. 263 étaient des garçons (56,56 %) et 202 des filles (43,44%), soit un sexe ratio de 1,3 en faveur des garçons, 404 enfants (86,84 %) étaient âgés de 29 jours à 5 ans et 61 (13,14 %) étaient âgés de plus de 5 ans. Dans le nyctémère, c'est la période de 0 à 8 h qui a enregistré le plus grand nombre de décès: 192 (41,3 %). Le taux de mortalité était significativement élevé chez les enfants de mère illettrée (18,83 %), de mère âgée de moins de 18 ans (13,31 %), de couple désuni (11,44 %) et de parent sans revenu financier (14,63 %). Le taux de mortalité était également élevé lorsque le délai entre le début de la maladie et la consultation dépassait 4 jours (13,43 %). Précisons à ce sujet que 110 enfants (23,65 %) étaient décédés dans notre service des urgences.

Sur le plan étiologique, si nous considérons les deux tranches d'âge, les moins de 5 ans avaient pour causes de décès: l'anémie sévère (36,67 %), la malnutrition (15,83 %), le paludisme (12,67 %), la méningite (12,67 %), les pathologies respiratoires (11,61 %), et la maladie diarrhéique (10,55 %); quant aux enfants de plus de 5 ans, les causes de décès étaient les pathologies malignes (29 %), la méningite (25,6 %), le paludisme (20,9 %), la maladie diarrhéique (12,8 %), l'anémie sévère (7 %) et les néphropathies (4,7 %).

Le taux de mortalité reste élevé au Centre mère et enfant. L'anémie sévère reste la principale cause de décès chez les enfants d'âge préscolaire, tandis que les pathologies malignes, la méningite et le paludisme prédominent chez les enfants d'âge scolaire. Le retard dans la consultation qui est l'un des facteurs aggravant le pronostic nous fait penser qu'une stratégie avancée tant dans les soins préventifs que curatifs reste la seule politique de santé intéressante dans notre pays.

Vivre avec son asthme en Algérie.

B. Bioud (1), A. H. Benahcene (1), F. Djabi (1), A. Lebouazda (1), W. Safsaf (1), M. Mebarki (1), O. Djimli (2) & A. Moumeni (2)

(1) Service de pédiatrie, CHU de Sétif, Algérie.

(2) Service de pneumo-physiologie, CHU de Sétif, Algérie.

L'asthme peut être considéré comme la bronchopathie chronique obstructive dont les répercussions sur la vie courante sont parmi les plus importantes, particulièrement chez l'enfant. Notre travail cherche à analyser les divers aspects du vécu de l'enfant asthmatique dans notre milieu. Pour cela nous avons procédé à une enquête sur une population de 250 enfants asthmatiques, membres de l'association d'aide aux enfants asthmatiques de la wilaya de Sétif. Nous avons utilisé un questionnaire axé sur 4 points: l'asthmatique et sa famille; l'asthmatique dans sa vie sociale (école - rue); la relation médecin-malade; la relation malade - malade au sein de l'association des asthmatiques.

Les parents du jeune asthmatique reconnaissent que la maladie pèse lourd sur le budget familial, ce qui peut se répercuter sur le soutien de la famille au malade. L'asthmatique est obligé parfois de cacher sa maladie pour se prémunir contre tout acte d'ostracisme ou de moquerie. Les conditions de scolarité sont influencées par la maladie: l'absentéisme est cité par tous les patients. La relation soignant/soigné semble jouer un

rôle important dans la prise en charge efficace. Tous nos malades éprouvent le besoin d'une relation soignant/soigné basée sur la compréhension et la bonne écoute de la part du médecin. Plus de la moitié des asthmatiques affirment que l'éducation sur l'asthme les a aidés à mieux vivre leur maladie. L'association peut constituer une alternative de vie sociale en créant un climat d'aide mutuelle et de compréhension entre les jeunes asthmatiques.

Maladie cœliaque et syndrome de Budd-Chiari. À propos d'une observation.

B. Bioud, F. Djabi, R. Fartas, A. H. Benahcene & M. Mebarki

Service de pédiatrie, CHU de Sétif, Algérie.

La maladie cœliaque est très répandue dans le Maghreb arabe. Son diagnostic a été amélioré ces dernières années par le dosage sérique des anticorps anti-gliadine et anti-endomysium. Le cas que nous rapportons est celui d'un enfant âgé de huit ans connu et suivi au service de pédiatrie du C.H.U de Sétif (Algérie) pour maladie cœliaque depuis l'âge de cinq ans et qui a présenté trois ans après une hypertension portale sur syndrome de BUDD CHIARI confirmé par un doppler vasculaire.

Il s'agit d'une observation rare décrite chez une dizaine de malades, tous d'origine maghrébine. Elle semble être due à un déficit en protéines, C et S, de la coagulation. Ainsi l'association maladie cœliaque-thrombose veineuse profonde peut être considérée comme un nouveau syndrome dans la maladie cœliaque.

Faut-il craindre une carence en zinc relative à l'environnement sahélien ?

Le cas de niafunke dans le delta du fleuve Niger, Mali.

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

(1) Runebergstrasse, 6 - S-11429 Stockholm, Suède.

(2) BP 6251, Dakar, Sénégal.

La mortalité infantile atteint 250/1000 au Mali, un des pays les plus pauvres du monde; en milieu rural, la mortalité infantile peut même dépasser ce niveau (JACKS & SALL 2003), dont les causes sont multiples. Le manque d'eau potable, le manque d'assainissement et certaines mauvaises habitudes de sevrage concernant l'allaitement maternel peuvent y contribuer (JACKS & SALL 2003). Un facteur jusqu'ici peu étudié, est l'apport insuffisant et une carence en zinc, oligo-élément nutritionnel très important pour un bon fonctionnement de la défense immunitaire (SALGUEIRO *et al.*, 2000). Des publications antérieures estiment que 70% de la population subsaharienne peuvent être victimes d'une carence en zinc (BROWN *et al.*, 2001).

Le zinc est un oligo-élément nutritionnel qui agit dans un grand nombre de coenzymes. Le zinc facilite le transport actif de la vitamine A (CHRISTIAN & WEST, 1998). Le premier lait maternel, le colostrum, a une teneur très forte en zinc et en vitamine A (MBOFUNG *et al.*, 1984), à condition que la mère soit bien nourrie.

Au Mali, quelques arguments épidémiologiques nous incitent à croire que l'apport nutritionnel de zinc peut être insuffisant. Certains sols ont une teneur faible en zinc, aussi bien la partie immobile, cristalline que la partie accessible pour les plantes (GÄRDESTEDT 2003). Dans le fourrage, la teneur en zinc est d'une manière générale très basse (JACKS *et al.*, 1999). Le riz est en train de remplacer le sorgho et le mil en tant qu'élément de

base dans le régime alimentaire des pays sahéliens, ce qui risque de causer un apport nutritionnel de zinc déficitaire.

Dans le contexte de la présente étude, quelque 35 aliments ont été recueillis et rapportés au laboratoire pour une analyse systématique de la teneur en zinc, fer, cuivre ainsi que d'autres oligo-éléments. De plus, 20 repas complets ont été échantillonnés pour une analyse des mêmes oligo-éléments (mg/kg) ainsi que de leurs valeurs calorimétriques (MJ). L'analyse simultanée des phytates dans ces aliments permet d'évaluer l'absorption intestinale des oligo-éléments précédemment cités (SANDSTRÖM, 1997). Selon la littérature une consommation de l'énergie de 8 MJ par jour est suffisante. Cette consommation donne avec les repas analysés une provision de zinc de 7,8 mg/jour (valeur médiane). Cette provision est basse et de plus les suppositions adaptées sont optimistes. C'est-à-dire que le zinc est probablement un oligo-élément en carence dans la population étudiée. La meilleure source de zinc est la viande et la verdure *Hibiscus subdarifa* localement nommé gombo.

Bibliographie

1. BROWN KH, WUEHLER SE & PEERSON JH - *Food and Nutrition Bulletin*, 2001, 22, 113-125.
2. CHRISTIAN P & WEST KP Jr - *American J Clinical Nutrition*, 1998, 68 (Issue 2 Supplement), 435S-441S.
3. GÅRDESTEDT C - M Sc thesis, 2003, KTH, Stockholm, Suède.
4. JACKS B, TRAORÉ M, PETTERSSON A & JACKS G - *Ecology of Food and Nutrition* 1999, 38, 1-20.
5. JACKS B & SALL M - *IX Asian Congress of Nutrition, New Delhi, 23-27 Feb. 2003*. Abstract Volume: p. 98.
6. MBOFUNG CM, ATINMO T & OMOLOLU A - *Nutr Rep Int*, 1984, 30, 1137-1146.
7. SALGUEIRO MJ, ZUBILLAGA M, LYSIONEK A, CREMASCHI G, GOLDMAN CG *et al.* - *Biol Trace Element Research*, 2000, 76, 193-205.
8. SANDSTRÖM B - *Europ J Clin Nutrition*, 1997, 51 (Suppl. 1), S17-S19.

Erreurs nutritionnelles et déficit en micronutriments.

L. Bouguerra & M. A. Mongalgi

6 passage Tadjakisténe-Ennassr 1, Ariana 2080, Tunisie

Objectif:

Le visage de la malnutrition a changé d'aspect en Tunisie: on ne voit plus de marasme ou de kwashiorkor, mais on dépiste un déficit en micronutriments chez des enfants apparemment bien portants consultant pour une vaccination ou une pathologie banale des voies aériennes supérieures. L'objectif de ce travail est de souligner la fréquence des erreurs nutritionnelles et le déficit en micronutriments.

Méthodologie:

Deux populations d'étude ont été choisies en fonction de l'âge et du motif de consultation:

- population 1: 100 enfants âgés de 6 mois à 2 ans, consultant pour une vaccination;
- population 2: 100 enfants âgés de 3 à 5 ans consultant pour une pathologie bénigne des voies aériennes supérieures. Un examen clinique somatique complet est fait avec recherche d'une pâleur ou d'une décoloration des conjonctives. Les mesures anthropométriques (poids, taille, périmètre brachial) sont reportées sur la courbe de croissance. La biologie demandée: NFS, fer sérique et ferritinémie. L'enquête diététique précise le mode d'allaitement, la qualité de la diversification

alimentaire et les habitudes alimentaires de l'enfant et de sa famille. L'étude statistique utilise le test de χ^2 et les résultats sont significatifs si $p < 0,05$.

Résultats:

Population d'étude 1: 50 % des enfants âgés de 6 mois à 2 ans présentent une carence en fer avec diminution des réserves (30 % une anémie hypochrome ferriprive avérée et 20 % une anémie latente). Le poids est compris entre $-1DS$ et $+1DS$ dans 70 % des cas, 30 % ont un poids $> +2DS$ (ceux là ont eu une introduction précoce du lait de vache et un apport farineux précoce avec des collations de biscuits).

Population d'étude 2: 30% des enfants âgés de 3 à 5 ans présentent une déplétion de la ferritinémie dont 15 % avec une hémoglobine < 12 g/dl donc anémie avérée.

Le poids est dans la fourchette normale de croissance. Des caries dentaires sont notées chez 20 enfants.

Commentaires:

La carence en fer est très fréquente, surtout dans la population 1 (chez les enfants âgés de 6 mois à 2 ans), période de vie où la vitesse de croissance est rapide. Cette carence est infra clinique dans 20 % des cas et elle s'accompagne d'une anémie avérée dans 30% des cas. Cette carence en micronutriments est due aux aléas du sevrage avec introduction précoce d'un lait de vache pauvre en fer, d'où la nécessité de prescrire des laits de suite enrichis en fer et de compléter par un apport en fer, surtout dans la population à risque avec prématurité ou notion de multiparité et absence de supplémentation en fer au cours de la grossesse. La carence en fer est moins fréquente dans la population 2. Sa présence est corrélée avec la survenue fréquente d'infections respiratoires aiguës répétées. Il n'existe aucune prescription de fluor chez ces enfants.

Conclusion

La recherche d'un déficit en micronutriments doit être une priorité en pédiatrie, d'autant plus que pour des raisons économiques, au cours du sevrage, des nourrissons sont mis au lait de vache alors qu'ils devraient bénéficier d'un lait de suite enrichi en fer.

Proposition d'une stratégie de lutte contre l'anémie carencielle de l'enfant et de la femme: à propos de l'expérience de Tunis.

R. Tej Dellagi, R. Tagorti, B. Messoudi, N. Doggui, F. Amara, F. Zouari, F. Ben Salah & F. Riahi*

Service régional des soins de santé de base de Tunis, Tunisie

La lutte contre l'anémie carencielle de l'enfant et de la femme en l'âge de procréer constitue l'un des axes prioritaires de promotion de la santé reproductive pour la prochaine décennie. Les auteurs rapportent la stratégie entamée par le service des soins de santé de base de Tunis dans ce cadre, les principales affections effectuées au cours des 5 dernières années et celles envisagées pour le futur.

Ce programme a comporté:

- une étape de sensibilisation à l'ampleur de ce problème et d'information (rappel des connaissances théoriques en matière d'anémie) en concertation avec les 14 comités techniques des circonscriptions de Tunis;
- puis le diagnostic de situation sur le terrain et un total de 40 visites de supervision ayant pour but de constater et de corriger sur place l'attitude des équipes des centres de santé de base vis-à-vis de la prévention, du dépistage et du diagnostic des anémies de l'enfant et de la femme enceinte. Elles ont été suivies d'un rapport écrit précisant les défaillances décelées et les

actions correctrices, ainsi qu'un document sur la prévention et la prise en charge de l'anémie carencielle de l'enfant ;
 - une prise de décision pour assurer la disponibilité de fer à usage pédiatrique dans les structures de santé de base ;
 - l'organisation des séminaires - ateliers visant un ré-apprentissage des médecins pour la prise en charge de l'anémie de l'enfant et sa prévention ;
 - l'encadrement des équipes périphériques dans des études et recherche dans ce domaine.

D'autres interventions sont nécessaires pour réussir la lutte contre l'anémie carencielle, à savoir l'éducation nutritionnelle de masse de la population et celle des enfants et des adolescents (programme scolaire, club de santé).

L'obésité de l'enfant en milieu hospitalier dakarais : aspects épidémiologiques et problèmes de prise en charge

S. Diouf, A. Ouattara, A. Sylla, C. Moreira, O. Ndiaye, M. G. Sall, M. Sarr & N. Kuakuvi

Service de pédiatrie, Hôpital A.Le Dantec, BP 7304, Soumbédioune, Sénégal

Ce travail, qui s'est déroulé de janvier 2001 à juin 2002, nous a permis d'étudier le profil épidémiologique de l'enfant sénégalais obèse ainsi que les problèmes de prise en charge.

Le recrutement réalisé à partir des services de consultation pédiatrique et à l'occasion des visites scolaires a intéressé 47 enfants présentant une obésité commune avec un IMC > 97^e percentile selon les courbes de Rolland Cachera.

La prise en charge consistait en une motivation de l'enfant couplée à la mise en œuvre d'un régime associé à la pratique d'une activité physique systématique. Les malades qui ne sont pas venus régulièrement au rendez-vous ont été revus à la fin de cette étude afin de préciser les causes de cette irrégularité. L'âge moyen à la prise en charge était de 12,3 ± 2,7 ans.

Une obésité parentale était notée dans 56,8 % des cas et 87,2 % des patients provenaient de famille à niveau socio-économique élevé.

L'absence de petit-déjeuner (21,3 %), la consommation de boissons sucrées (93,3 %), de sucreries (pâtisseries, glaces crèmes...) (93%), le grignotage et la polyphagie (92%) ainsi que la faible consommation de légumes (58,7 %) constituaient des troubles fréquents dans l'alimentation des obèses.

La moyenne du temps passé devant la télévision était de 40 heures par semaine et 29,1 % des enfants n'avaient aucune activité physique et sportive.

Le surpoids moyen était de 26,1 ± 16,9 kg, soit 54,9 ± 12 % du poids théorique pour la taille.

L'indice de Quetelet (P/T²) moyen était de 28,5 ± 6,3 kg/m² plus élevé chez les filles (29,5 ± 6,8) que chez les garçons (26,9 ± 5,2).

L'hypertension artérielle ainsi que l'hypercholestérolémie étaient retrouvés respectivement chez 25,5% et 45% de nos patients.

Avec un recul de 18 mois, la prise en charge de l'obésité commune reste difficile, l'indice de Quetelet n'ayant diminué que chez 15 % des enfants.

Le premier facteur d'échec est constitué par la mauvaise compliance au traitement. Les facteurs d'irrégularité étaient liés aux contraintes du régime.

Au total, l'obésité constitue une pathologie émergente chez l'enfant africain, dans notre sous-région.

La prise en charge difficile nécessite une équipe pluridisciplinaire, la motivation de l'enfant, et une grande implication de la famille.

Létalité de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent au Sénégal

I. Diagne, E. B. Zein, C. Moreira, B. Camara, A. Sylla, N. R. Diagne-Gueye, H. Signate-Sy, A. Diack-Mbaye, O. Ndiaye, S. Diouf & N. Kuakuvi

Centre national hospitalier d'enfants Albert Royer, BP 25755, Dakar-Fann, Sénégal.
 Tél: (221) 825 07 08 / (221) 825 03 08 - Fax: (221) 825 80 05 - E-mail: haroyer@refer.sn

Les connaissances acquises au cours des trois dernières décennies sur les aspects cliniques et les mécanismes physiopathologiques de la drépanocytose font état d'une bonne tolérance relative de la maladie chez les patients sénégalais, en rapport avec l'haplotype Sénégal. Dans le but de contribuer à une meilleure connaissance de la drépanocytose au Sénégal, nous avons mené la présente étude dont les objectifs sont d'évaluer le taux de létalité de la maladie dans l'enfance et l'adolescence, d'identifier les facteurs de risque de décès et de proposer des solutions pour l'amélioration de l'espérance de vie des patients.

Il s'agit d'une étude rétrospective des données cliniques, para-cliniques et évolutives portant sur l'ensemble des dossiers des patients porteurs de syndromes drépanocytaires majeurs (SDM) suivis au Centre national d'enfants Albert Royer de Dakar au cours des douze dernières années (janvier 1991 - décembre 2002). Cette cohorte est constituée d'enfants et d'adolescents dont la maladie a été révélée par ses manifestations cliniques dans la majorité des cas et plus rarement par dépistage systématique dans la fratrie des malades suivis.

Nous avons ainsi répertorié 556 dossiers de patients suivis pendant la période d'étude (1 474 patients - années), parmi lesquels 528 homozygotes SS (95 %), 20 hétérozygotes composites SC (4 %) et 8 hétérozygotes composites Sb thalassémie (1%). L'âge variait de 9 mois à 23 ans (âge moyen = 126 ± 67 mois, médiane = 126 mois) et le sexe ratio était de 1,02. Nous avons enregistré 30 décès, soit 5,4 % des patients et 2 % patients - années. L'âge du décès variait de 14 mois à 23 ans (médiane = 7 ans 9 mois). Chez les patients décédés, la maladie s'est révélée plus précocement (23 ± 31 mois contre 53 ± 32 mois, p < 0,05), les complications infectieuses graves (méningites, septicémies, broncho-pneumonies et ostéomyélites) étaient plus fréquentes (47 % contre 26 %, p < 0,01), ainsi que les épisodes d'anémie aiguë (50 % contre 23 %, p < 0,002). En outre, le nombre d'hospitalisations était en moyenne plus élevé dans ce groupe (2,5 ± 3 contre 1,5 ± 2, p < 0,02). Le décès est survenu à l'hôpital dans 19 cas (63 %) et à domicile ou au cours du transfert vers une structure de santé dans 11 cas (37 %). Parmi les causes de décès identifiées, 70 % étaient liées aux infections et 22 % à l'anémie aiguë.

Ce constat est en faveur d'une forme plus sévère de la drépanocytose chez les patients décédés. Cependant, au vu des circonstances et des principales causes de décès, il apparaît qu'une amélioration sensible de l'espérance de vie des patients peut être obtenue par un diagnostic et un suivi précoce basés sur le dépistage néonatal, une couverture vaccinale anti-bactérienne et une antibioprophylaxie régulièrement suivies, la formation du personnel de santé et la multiplication des centres des suivis. La réalisation de ces conditions passe par la prise en compte de la drépanocytose comme une priorité de santé publique au Sénégal où 10 % de la population est porteur du gène.

Difficultés de prise en charge des enfants drépanocytaires : à propos de 500 cas.

H. Ben Mekhbi

CHU Ben Badis, Constantine, Algérie.

Nous rapportons notre expérience sur les difficultés de prise en charge de la drépanocytose dans le service de pédiatrie de l'hôpital Ben Badis de Constantine de 1982 à 2002.

Matériel et méthode:

500 enfants porteurs de syndromes drépanocytaires majeurs sont suivis au service de pédiatrie. Le diagnostic a été établi sur la base de l'hémogramme et de l'électrophorèse de l'hémoglobine de l'enfant et des deux parents.

Le suivi a porté en fonction de l'âge sur les données anthropométriques, sur les signes cliniques qui sont surtout la fréquence des crises vaso-occlusives et la fréquence des crises de déglobulisation, les antécédents transfusionnels et enfin les complications: post transfusionnelles, emboliques, infectieuses et métaboliques.

Résultats:

Le profil génotypique est de 390 homozygotes SS, soit 78%, 20 hétérozygotes composites SB thal, soit 4 %, et 95% hétérozygotes composites SC, soit 18 %.

La répartition en fonction de l'âge est variable en fonction du syndrome: entre 6 mois et 20 ans pour les homozygotes SS, 2 à 15 ans pour les hétérozygotes composites SB thal et 3 à 18 ans pour les hétérozygotes composites SC. L'âge du diagnostic est en moyenne de 7 mois pour les SS, 2 ans pour les SC et 12 mois pour les SB thal.

L'enquête familiale a montré que 70 % des enfants sont issus de familles de 7 enfants, dont 3 au moins sont malades, de niveau socio-économique modeste et de niveau intellectuel bas: parents analphabètes, enfants en majorité non scolarisés. Tout ceci rend par conséquent le rapport parents-médecin difficile pour la prise en charge ultérieure.

La vaccination n'a été correcte que pour l'hépatite B et pour seulement 50 % des enfants.

Le traitement transfusionnel a été instauré pour un taux d'hémoglobine à 6 g/dl vu les difficultés d'avoir des donneurs sains. Il a été réalisé à base de culots globulaires non déplaquetés, non lavés, non déleucocytés à raison de 1 transfusion tous les 25 jours dès l'âge de 1 an pour 68 % des SS et 10 % de SB thal, 1 transfusion tous les 6 mois et dès l'âge de 1 an pour 50 % des SS et 18 % des SC.

Les échanges transfusionnels ont été réalisés systématiquement chez 80 % des enfants en cas de crise vaso-occlusive résistant au traitement traditionnel anti-douleur et en cas de complications emboliques surtout cérébrales ou pulmonaires. Aucun enfant n'a bénéficié d'une greffe de moelle.

Au cours de l'évolution, 0,3 % d'enfants ont développé une ostéonécrose de la tête fémorale, 2 % un accident vasculaire cérébral aigu, 0,8 % un syndrome thoracique aigu, 0,7 % une lithiase vésiculaire, 3 % une ostéomyélite, 0,7 % un ulcère de jambe, 1,3 % un choc post-transfusionnel, 2 % une hémochromatose hépatique, 7% une dénutrition grave, et enfin il y eu 7 % de décès.

Conclusion:

La drépanocytose est une hémoglobinopathie grave, de prise en charge difficile, d'où la nécessité d'une prévention par l'instauration systématique d'une électrophorèse de l'hémoglobine comme examen pré-nuptial pour chaque couple à risque.

La forme hémiplégique de syndrome de Landau-Kleffner: une nouvelle présentation.

Ali Fawaz

Neuropédiatrie, Université libanaise, Service de pédiatrie, Hôpital Rassoul Al- Aazam, Beyrouth, Liban

But:

Le but de l'abstract est d'une part de décrire une nouvelle forme de syndrome de Landau- Kleffner (SLK): la forme hémiplégique, et d'autre part, d'affirmer l'efficacité des immunoglobulines dans le traitement du SLK et de proposer, pour la première fois, qu'une seule injection des immunoglobulines intraveineuses puisse être suffisante.

Introduction:

Le SLK est caractérisé par une aphasia épileptique acquise avec une atteinte sévère de la compréhension et de l'expression du langage, et une épilepsie associant des pointes électroencéphalographiques à prédominance temporale postérieure activées par le sommeil, contrastant avec des crises épileptiques rares.

Analyse des cas:

Il s'agit d'un garçon droitier de 4 ans et demi avec une histoire familiale et personnelle antérieure normale; plus exactement, il faisait des phrases de trois éléments à 3 ans. À quatre ans et demi, l'enfant commence à avoir une régression aiguë de la parole, puis des crises rares hémicloniques. La parole disparaît complètement après deux mois, à la suite d'un état de mal épileptique fébrile hémiclonique droit qui sera suivi aussi par une hémiparésie droite, une perte totale de l'utilisation de la main droite et un petit fauchage à la marche; puis volontiers il est devenu gaucher. L'enfant présente des troubles de comportement type autistique: il n'exécute pas les ordres, ne s'intéresse pas à l'entourage, ni aux jouets, non plus à la télévision, il est incapable de distinguer ses parents; même la communication non verbale a disparu. Une mégaphagie, une salivation et des troubles sphinctériens sont apparus. Enfin, l'enfant refuse de marcher pendant deux semaines. À noter surtout qu'il ne montre ni ataxie, ni vomissements, ni mouvements anormaux ou d'organomégalies. Après trois mois de maladie et spécialement après la première injection d'immunoglobuline, l'enfant commence à reprendre progressivement la parole et son développement psychomoteur antérieur en commençant au début par la compréhension. À noter, la disparition de l'hémiparésie; un autre point intéressant à noter est que l'enfant est redevenu droitier. L'expression verbale est la dernière à être récupérée. Enfin, l'enfant retourne totalement à la normale après deux mois de traitement; il est actuellement bien scolarisé.

L'EEG intercritique de sommeil montre des pointes et des ondes lentes paroxystiques bitemporales postérieures, mais sans aspect continu des pointes ondes. Les potentiels évoqués auditifs, L'IRM et le scanner cérébraux sont normaux. Egaleme nt la formule et numération sanguines, glycémie, lactate, pyruvate, corps cétoniques, transaminases, acides aminés plasmatiques et urinaires, acides organiques, ponction lombaire y compris les gammaglobulines dans le LCR. En raison de l'amélioration rapide après la première injection d'immunoglobulines, et pour une question financière du côté des parents, l'enfant a reçu uniquement trois injections à un mois d'intervalle à raison de 2 gr/kg/dose chacune.

Discussion:

C'est un nouveau cas de plus qui affirme l'efficacité des immunoglobulines dans le SLK. La particularité de ce cas réside dans l'amélioration rapide après la première injection, et dans la récupération totale de la parole juste après trois injections,

ce qui laisse penser à proposer qu'une seule injection peut être éventuellement suffisante. Mais des études plus larges sont nécessaires.

Le SLK apparaît durant une période de synaptogénèse corticale, quand le circuit fonctionnel de base est en train d'être établi (âge 1-8 ans). D'où l'hémiplégie du cas présent qui peut être expliquée par l'extension des troubles fonctionnels induite par les décharges épileptiques, au-delà des régions temporales. Cette hémiparésie ne peut être expliquée par le phénomène de TODD car :

- la non utilisation de la main droite était complète malgré une préservation de la force musculaire à 4/5 ;
 - elle a duré longtemps (3 mois) ;
 - son amélioration était parallèle à l'amélioration de la parole.
- D'autre part la normalité de l'examen neurologique avant le début et après la fin de la maladie montre que cette hémiparésie est fonctionnelle. La sévérité de la maladie qui est évidente par la présence d'un mutisme complet, d'une absence de communication même non verbale, d'une perte de la marche transitoire causée par les troubles de comportement, d'une hémiparésie complète et de troubles sphinctériens, n'a pas empêché la rapidité de la guérison.

Rôle du pédiatre dans la prise en charge des pathologies chirurgicales malformatives du nouveau-né et du jeune nourrisson.

A. Zouania & A. Boukli-Hacene

Service de chirurgie pédiatrique, C.H.U Oran, Algérie.

La chirurgie des malformations congénitales a évolué cette dernière décennie grâce au diagnostic prénatal et aux progrès de la réanimation néonatale. 168 malades âgés de 1 jour à 2 ans ont subi une chirurgie réparatrice à la Clinique chirurgicale infantile du C.H.U d'Oran entre octobre 2001 et juin 2003. Le sex-ratio est de 1,5.



Nanisme thanatophore

127 enfants présentaient une pathologie ne mettant pas en jeu le pronostic vital: fentes labiales et labio-palatines, malformations du tractus urogénital, pieds bots, polydactylie et syndactylie.

Par contre 41 enfants ont présenté une pathologie lourde mettant en jeu leur pronostic vital: atrésie de l'œsophage, malformations ano-rectales avec occlusion, gastroschisis... avec un taux de mortalité post opératoire se rapprochant de 30 %. La prématurité, le retard au diagnostic et le type de pathologie sont des facteurs aggravants, posant ainsi un problème de santé périnatale.

Ainsi le rôle du pédiatre dans la chirurgie des malformations est devenu incontestable. Hormis la constitution du lien mère-enfant malformé, celui-ci permet alors l'optimisation des fonctions oro-digestives, cardio-respiratoires du nouveau né et du jeune nourrisson.

Une telle collaboration ne peut qu'améliorer le pronostic à court, moyen et long terme de ces affections et de réduire la mortalité post opératoire du nouveau-né et du jeune nourrisson.

Nanisme thanatophore (nt).

À propos d'un cas.

A. Odounlami, R. Moustapha, M. C. Latoundji, P. Yekpe & A. Laleye

Hôpital El Fateh, Pédiatrie, Porto Novo, Bénin

Circonstances de découverte :

- hauteur utérine (HU) excessive à 13 SA (18 cm) : suspicion: Grossesse gémellaire - hydramnios ou malformation. Refus. Échographie précoce ;
- à 21 SA + 3 jours HU = 28 cm : refus écho pour raisons financières et refus de connaître le sexe ;
- 35 SA + 4 jours HU = 38 cm : écho: suspicion de défaut de développement des os longs du corps + excès de LA : refus IVG pour raisons religieuses ;



- 40 SA +6 jours: césarienne décidée pour syndrome de pré-rupture.

Examen clinique à la naissance:

Bébé: sexe féminin. Poids: 4450g. PC: 44cm. Taille: 43 cm. Périmètre thoracique: 38 cm. APGAR 6-7-8.

- crâne volumineux (PC 44 cm) contrastant avec l'extrême brièveté des membres;
- tronc de longueur normale mais très étroit. (PT: 28 cm);
- front haut avec saillie des bosses frontales;
- dépression racine du nez. Les deux yeux un peu saillants (ophtalmie);
- brièveté très marquée des membres qui sont incurvés;
- les téguements sont trop lâches.

Radiologie (par le Professeur Gabriel KALIFA):

- aspect épaissi des parties molles,
- brièveté costale avec extrémités antérieures un peu élargies,
- vertèbres ossifiées mais plates. Aspect en H ou en U (de face),
- brièveté des os longs. Métaphyses élargies et cupuliformes,
- déformation concave des fémurs,
- troubles de ventilation pulmonaire probablement liés aux anomalies de la cage thoracique et au défaut d'ampliation.

Au total, ensemble des signes évocateurs d'une dysplasie thanatophore.

Évolution:

Mortelle en moins de 12 heures dans un tableau de détresse respiratoire (cyanose-polypnée-tirage-crise d'apnée)

Génétique

Mère âgée de 25 ans. Elle a 2 enfants dont l'aîné est vivant et bien portant. Père jeune, sans notion de consanguinité.

Pour Martine LE MERRER, collaboratrice du Pr. Pierre MAROTERAUX à qui revient la description princeps de cette ostéochondro-dysplasie, le nanisme thanatophore apparaît de façon isolée.

Diagnostic différentiel: surtout avec l'achondrogenese.

Nanisme plus marqué 23 à 28 cm. Poids varie de 1 à 3 kg. Absence ossification rachis, sacrum et bassin.

Conclusion :

Le NT fait partie des ostéochondrodysplasies létales. Cause parfois d'avortement ou de mort in utéro. La survie ne dépasse guère que quelques heures à quelques jours. Il est dû à des mutations du gène FGFR 3 et on en distingue 2 types: type I et type II. Pas de risque d'atteinte d'autres enfants dans la fratrie.

