

RENCONTRES FRANCO-AFRICAINES DE PÉDIATRIE COMPTE RENDU DE LA JOURNÉE (7 octobre 1995, Paris)

Organisateurs : Pr. Jean BADOUAL & Pr. Dominique GENDREL

Thème : Infections respiratoires

Le purpura rhumatoïde chez l'enfant

A propos de 125 cas

Par B. SLAOUI, A. HABZI, F. SOUAHIL,
A. ABOUSSAAD, K. ZRIKEM & M. BOUGRINE (*)

Le purpura rhumatoïde est la plus fréquente des vascularites de l'enfant. Cette maladie de système touche essentiellement la peau, le tube digestif et le rein. L'évolution est le plus souvent bénigne. Cependant, le pronostic vital peut être engagé par certaines localisations, principalement rénales et digestives.

Les auteurs rapportent 125 cas de purpura rhumatoïde colligés sur une période de 10 ans. L'âge de ces enfants est compris entre 3 et 14 ans. La maladie est survenue dans 50 % des cas après une infection ORL.

Les manifestations cutanées sont constantes. L'atteinte articulaire a été notée chez 75 % des malades. L'atteinte digestive a été notée dans 66 % des cas. Cette atteinte digestive simulait un abdomen chirurgical dans 8 % des cas et s'est manifestée par une hémorragie digestive haute et/ou basse dans 20 % des cas. Une néphropathie a été retrouvée chez 20 % des malades dont 3 avaient un syndrome néphrotique.

L'attitude thérapeutique a associé le repos et les mesures symptomatiques. La corticothérapie a été prescrite chez 7 enfants dont 3 avaient une atteinte rénale.

L'évolution était favorable chez la majorité des patients avec guérison des signes cliniques en moyenne au bout de 10 jours et disparition de l'atteinte rénale en moins de 6 mois, hormis un enfant qui a développé une insuffisance rénale terminale.

Histiocytose sinusale bénigne ou maladie de Destombes-Rosai-Dorfman

A propos d'un cas

Par B. SLAOUI, R. CHAMI, A. RIFKI,
A. IRAQI & M. BOUGRINE (*)

Les auteurs rapportent un cas d'histiocytose sinusale bénigne chez une fillette de 3 ans. Cette enfant présentait depuis 6 mois une volumineuse adénopathie latéro-cervicale gauche ferme, indolore non inflammatoire, accompagnée de signes de compression veineuse et d'un syndrome de Claude-Bernard-Horner. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire fait d'une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, une vitesse de sédimentation accélérée et une hypergammaglobulinémie. L'intradermoréaction à la tuberculine était négative. La radiographie du thorax était normale.

Ce tableau clinique a fait évoquer une affection maligne (maladie d'Hodgkin) ou une tuberculose ganglionnaire. L'étude histologique du paquet ganglionnaire a révélé une prolifération histiocytaire associée à des cellules plasmocytaires, sans aucun signe de malignité. L'évolution après exérèse chirurgicale était marquée par une guérison totale et l'absence de récurrence. La maladie de Destombes-Rosai-Dorfman fait partie des réticulo-histiocytoses, qui sont caractérisées cliniquement par une atteinte multiviscérale et pluritissulaire, et histologiquement par une prolifération de cellules histiocytaires. Cette affection d'étiologie inconnue a une évolution favorable spontanément ou après exérèse chirurgicale.

(*) Pédiatrie II, Hôpital d'enfants, CH Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.

(*) Pédiatrie II, Hôpital d'enfants, CH Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.

L'intoxication au pétrole chez l'enfant

A propos de 34 cas

Par B. SLAOUI, Z. JOUHADI, A. ABOUSSAAD,
F. SOUHAIL, K. ZRIKEM & M. BOUGRINE (*)

L'intoxication au pétrole ou ses dérivés est fréquente chez l'enfant. Sa gravité est essentiellement en rapport avec sa toxicité pulmonaire. Toutefois des manifestations extrarespiratoires de gravité variable peuvent être observées.

L'analyse rétrospective de 34 dossiers colligés en 5 ans dans le service de pédiatrie II de l'hôpital d'enfants a permis de dégager les éléments suivants : 70 % des enfants ont un âge compris entre 1 et 4 ans, l'intoxication est accidentelle dans tous les cas, le produit ayant été transvasé dans des bouteilles de consommation alimentaire.

Les manifestations cliniques sont dominées par les signes respiratoires, digestifs et neurologiques.

Les signes respiratoires sont à type de toux (84 %), de polypnée (44 %) et de cyanose (3 cas).

Les signes digestifs sont représentés par les vomissements (80 %), les douleurs abdominales (20 %) et l'hypersialorrhée (23 %). Une obnubilation a été notée chez 10 nourrissons et une hypotonie chez 7 nourrissons. Un syndrome fébrile a été retrouvé chez 20 enfants.

La radiographie pulmonaire initiale a révélé une atteinte alvéolaire des lobes moyens et inférieurs droits dans 52 % des cas. Les radiographies de contrôle ont mis en évidence des images bulleuses dans 3 cas et un épanchement pleural liquidien dans un cas.

L'évolution à moyen et long terme est favorable, sans séquelles cliniques ni radiologiques. Toutefois, des décès par intoxications au pétrole sont rapportés dans la littérature. Ces décès sont secondaires à un œdème lésionnel pulmonaire.

La prévention de ces incidents repose sur l'éducation sanitaire et le conditionnement approprié des produits à usage domestique.

(*) Pédiatrie II, Hôpital d'enfants, CH Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.

Les infections respiratoires aiguës basses de l'enfant

A propos de 320 cas à Casablanca

Par M. OUMLIL, N. MIKOU, M. ITRI
& H. HADJ KHALIFA (*)

Les infections respiratoires aiguës (IRA) basses de l'enfant occupent une large part des consultations en pédiatrie. Cette étude rétrospective rapporte l'analyse de 320 cas d'IRA basses chez l'enfant à Casablanca durant une période de 5 ans (du 1^{er} janvier 1987 au 31 décembre 1991).

Ainsi, les IRA représentent 5 % de l'ensemble des hospitalisations durant la même période. Elles prédominent chez le nourrisson (76 % des cas). Les enfants sont issus de milieu défavorisé (92 %); 61 % des IRA ont été observées en saison hiverno-printanière. L'analyse clinique, bactériologique et radiologique a permis d'identifier :

- 19 broncho-pneumopathies bactériennes dont 18 accompagnent un rachitisme carenciel, 5 une cardiopathie congénitale, 11 un reflux gastro-œsophagien et 6 un corps étranger bronchique,
- 82 bronchiolites virales,
- 27 pneumonies franches lobaires aiguës,
- 20 staphylococcies pleuropulmonaires.

L'antibiothérapie a constitué l'essentiel du traitement dominé par les β -lactamines. L'évolution est généralement favorable. Cependant, nous déplorons 6 décès secondaires à la gravité du tableau clinique initial. Enfin, la prévention dans notre contexte semble essentielle, basée sur l'éducation sanitaire, l'amélioration des conditions de vie, d'hygiène et la lutte contre le rachitisme carenciel.

(*) Service de pédiatrie III, Hôpital d'enfants, CH Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc.

Staphylococcie pleuro-pulmonaire

A propos d'un cas chez le nouveau-né

Par A. E. AKAFFOU, F. AMON TANOH-DICK,
B. E. LASME, O. KOFFI & D. KANGAH (*)

Observation d'un nouveau-né de race noire, de sexe masculin, admis à J22 de vie dans le service de néonatalogie du CHU de Yopougon à Abidjan, pour détresse respiratoire et ictère.

Les antécédents révèlent que l'accouchement a eu lieu à domicile, au terme d'une grossesse non suivie. Par ailleurs, les parents signalent une éruption cutanée vésiculeuse apparue une semaine après la naissance.

La symptomatologie pulmonaire a débuté 2 jours avant l'admission sur un mode aigu.

L'anamnèse, l'examen clinique et les images radiographiques nous ont orientés vers le diagnostic de staphylococcie pleuro-pulmonaire, qui a été confirmée par la mise en évidence d'un staphylocoque méti-sensible à l'hémoculture.

Une antibiothérapie à base de flucloxacilline et ampicilline a été instituée selon les données de l'antibiogramme.

L'évolution a été marquée par la survenue à moyen terme d'une complication mécanique à type de pneumothorax ayant nécessité une exsufflation et par des troubles hématologiques à type d'anémie sévère traitée par 3 transfusions itératives.

La guérison clinique et biologique est intervenue après 29 jours d'hospitalisation et l'enfant a été rendu à ses parents.

(*) Néonatalogie, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères ivoiriennes vis-à-vis des infections respiratoires aiguës (IRA) dans la commune de Yopougon

Par P. FASSINOU, L. Y. ADONIS,
E. EHUA-AMANGOUA, C. BADJO-ASSAMOI,
R. CAMARA & A. M. TIMITE-KONAN (*)

En Côte d'Ivoire, les infections respiratoires aiguës (IRA) occupent le troisième rang parmi les causes de mortalité en milieu hospitalier pédiatrique. L'un des aspects de la lutte contre les IRA est l'information, l'éducation et la communication (IEC). Les messages ne seront efficaces que s'ils reposent sur une connaissance des savoirs, des attitudes et des pratiques des populations vis-à-vis des IRA.

Méthodologie. — Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive, qui s'est effectuée dans deux villages de la commune de Yopougon : Andokoi, village Attié et Beago, village Ebrié. L'enquête s'est déroulée dans la période du 27 février au 29 avril 1993. Elle s'est faite en deux phases :

— phase 1 : exploration qualitative à l'aide d'un groupe de discussion dirigée;

— phase 2 : enquête transversale, connaissance, attitude et pratique (CAP).

Résultats. — Cette étude a révélé que 75 % des mères étaient alphabétisées; elles vivaient dans des conditions socio-économiques modestes. Leurs connaissances vis-à-vis des IRA en général et des signes de gravité en particulier étaient insuffisantes. Le traitement immédiat était la principale attitude adoptée par les mères lors des IRA (75,2 % des cas).

Les principaux recours thérapeutiques étaient :

- l'automédication traditionnelle : 82,8 %;
- l'herboriste : 44,1 %;
- le dispensaire : 34,9 %;
- le féticheur : 12,4 %;
- l'automédication biomédicale : 8,5 %;
- la pharmacie : 3,1 %;
- le médecin privé : 2,3 %.

Le traitement traditionnel était essentiellement à base de kaolin et de plantes, il durait 5 jours.

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

Pleuropneumopathies chez le nourrisson et l'enfant au CHU de Yopougon

A propos de 62 cas

Par L. Y. ADONIS, R. CAMARA, E. EHUA AMANGOUA,
F. DICK AMON TANO, A. M. N'GOAN, P. FASSINOU,
N. ELENGA & A. M. TIMITE-KONAN (*)

En vue de préciser les aspects actuels des pleuropneumopathies vingt ans après l'étude de KONAN sur les pleuropneumopathies bulleuses, nous avons mené une étude rétrospective descriptive dans le service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon du 1^{er} janvier 1991 au 30 juin 1995.

Résultats. — Nos cas comprenaient 62 enfants âgés de 1 mois à 14 ans. La tranche d'âge la plus concernée était celle des sujets âgés de 0 à 23 mois, 45 cas soit 72 % des sujets.

Au plan clinique, les signes d'appel étaient essentiellement la dyspnée dans 32 cas, soit 52 % des patients, la fièvre dans 31 cas, soit 48 % des patients et la toux dans 20 cas, soit 32 % des sujets. La matité n'a été constatée que dans 45 cas, soit 72 % des sujets.

Au plan radiologique, on notait 27 images bulleuses, soit 44 % des radiographies.

Au plan étiologique, chez 26 sujets, soit 41 %, un germe a été identifié :

- 15 staphylocoques dorés,
- 8 pneumocoques,
- 3 *Hemophilus influenzae*.

Il est à noter que nous avons eu 2 pleuropneumopathies bulleuses dues au pneumocoque. Nous n'avons pas eu de pleuropneumopathies bulleuses à bacille Gram négatif dans l'étude de KONAN en 1974. Nous avons enregistré 3 décès, soit 5 %.

Conclusion. — Les pleuropneumopathies concernent essentiellement le nourrisson. Les étiologies retrouvées sont classiques. Il faut penser à une étiologie pneumococcique éventuelle devant une image de pleuropneumopathie bulleuse.

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

Maturation pulmonaire fœtale du Noir africain

Étude préliminaire

Par TIETCHE, J. NGONGANG, A. TOKAM,
E. MBONDA, G. WAMBA, G. TENE, I. KAGO,
E. TETANYE & J. MBEDE (*)

La maladie des membranes hyalines est fréquente chez le prématuré de race blanche d'âge gestationnel inférieur à 35 semaines, mais rare chez le prématuré

noir africain de même âge gestationnel. Ce dernier aurait-il une avance de maturation pulmonaire? Notre but était d'établir la chronologie de la maturation pulmonaire chez le fœtus noir africain par l'étude du rapport lécithine/sphingomyéline (L/S) dans le liquide gastrique des prématurés de différents âges gestationnels.

Les prématurés d'âge gestationnel inférieur à 35 semaines ont été inclus (groupe d'étude). Ceux ayant un âge incertain ou chez qui existaient des facteurs pouvant accélérer ou retarder la maturation pulmonaire pendant la grossesse ont été exclus. Le liquide gastrique était prélevé à la naissance en vue de la détermination du rapport L/S. La valeur minimale de ce rapport dans le poumon mature a été établie chez un groupe de nouveau-nés normaux à terme (groupe témoin).

Trente-quatre prématurés d'âge gestationnel variant de 27 à 34 semaines et 40 nouveau-nés témoins ont été recrutés. Le rapport L/S était $\geq 1,5$ chez 95 % des témoins, déterminant ainsi la valeur seuil de la maturation pulmonaire dans notre population. Cette valeur était franchie à 30,1 semaines chez les prématurés. Une détresse respiratoire était présente chez 3 prématurés ayant un rapport L/S $< 1,5$, mais était absente chez tous ceux ayant un rapport $\geq 1,5$. La comparaison de notre courbe du L/S à différents âges gestationnels avec celle de GLUCK sur le liquide amniotique a permis de chiffrer l'avance de maturation pulmonaire chez le fœtus noir africain par rapport au caucasien à 3 semaines.

Cette avance expliquerait la rareté de la maladie des membranes hyalines chez le prématuré noir africain.

(*) Yaoundé, Cameroun.

Infections respiratoires aiguës chez l'enfant

Analyse critique de la qualité de la prise en charge
par le personnel paramédical à Yaoundé

Par P. NDENBE, M.-Th. ABENA OBAMA
& T. EKOE (*)

Une enquête prospective portant sur 13 personnels paramédicaux a permis d'évaluer la prise en charge de 339 enfants âgés de 0 à 5 ans atteints d'une IRA dans 5 centres de santé et PMI de Yaoundé de juillet à septembre 1993. Les résultats ont montré que :

Pour l'examen clinique :

- l'anamnèse était insuffisante et incomplète dans 98 % des cas,
- 46 % des enfants ont bénéficié d'un examen mettant à nu le thorax,
- le tirage sous-costal a été recherché dans 32 % des cas,

— la fréquence respiratoire a été comptée chez 32 %.

Pour les prescriptions médicamenteuses :

— 52 % des cas bénins ont reçu des antibiotiques alors que 15 % seulement ont eu une prescription appropriée dans ce groupe,

— 34 % de pneumonies simples et 15 % de pneumonies graves n'ont pas reçu d'antibiotiques. De plus, aucun cas grave n'a été référé pour un meilleur suivi,

— les prescriptions médicamenteuses contre la toux étaient constituées de 50 % d'antitussifs et 25 % de mucomodificateurs,

— la prescription des bronchodilatateurs et des corticoïdes était erronée dans 70 % des cas.

Quant aux conseils, seule la moitié des parents a bénéficié d'au moins un conseil de prévention ou hygiénodietétique.

Le coût moyen d'une ordonnance a été de $2\,591 \pm 1\,519$ F CFA (avant la dévaluation).

Enfin, l'interview du personnel paramédical a montré que la respiration rapide était considérée comme un signe de pneumonie par 61,5 % des infirmiers, tandis qu'un seul d'entre eux (7,6 %) a considéré le tirage sous-costal comme signe de pneumonie.

Les insuffisances relevées au cours de cette enquête ont permis d'intensifier la formation du personnel paramédical sur la prise en charge des IRA.

(*) Université de Yaoundé I, Cameroun.

Étude du coût moyen de traitement ambulatoire des infections respiratoires aiguës de l'enfant de 0 à 5 ans à Yaoundé

Par M. S. ESSENGUE, M.-Th. ABENA OBAMA,
M. O. MEKONGO, I. NSANGOU & T. EKOE (*)

Cette étude prospective a permis d'analyser et d'évaluer le coût du traitement ambulatoire de 251 enfants de 0 à 5 ans atteints d'une IRA de juillet à octobre 1994. Les enfants ont été répartis en 2 groupes : « A » selon le protocole OMS et « B » de manière empirique. Les coûts d'un épisode d'IRA dans les 2 groupes ont été comparés aux revenus des ménages dans un groupe de 106 malades appariés.

Le coût moyen du traitement d'un épisode dans le groupe B a été de $6\,525 \pm 3\,405$ F CFA contre $3\,950 \pm 2\,330$ F CFA dans le groupe A.

Si l'on considère qu'en mars 1994 les revenus moyens mensuels par ménage étaient de 88 000 F CFA dans l'administration publique, 89 000 F CFA dans le secteur privé formel et 29 000 F CFA dans le secteur privé informel, et qu'ils n'ont subi aucune modification, le coût du trai-

