

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

Quinzièmes rencontres franco-africaines de pédiatrie.

Réunion commune de l'Association des pédiatres de langue française
et des Sociétés africaines de pédiatrie
au cours des Journées parisiennes de pédiatrie 2001.

Samedi 13 octobre 2001, Faculté de médecine de Paris

Organisateurs : D. GENDREL & C. DUPONT

Manuscrit n°2375. "Sociétés correspondantes". Reçu le 16 novembre 2001. Accepté le 13 décembre 2001.

L'emphysème lobaire géant. (À propos de 3 observations)

**A. Habzi, S. Mouatassim, M. S. Lahbabi,
A. Bouharrou, T. Najdi, N. Nejarri & S. Benomar**

Service de néonatalogie et soins intensifs de l'hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

L'emphysème lobaire géant (ELG) est une cause rare de détresse respiratoire. Il est caractérisé par une distension alvéolaire homogène intéressant le plus souvent un lobe pulmonaire. Nous en rapportons trois cas, colligés au service de néonatalogie et soins intensifs: un nouveau-né âgé de 27 jours, et deux nourrissons âgés respectivement de 4 et 6 mois. Le critère d'inclusion est basé sur l'existence de signes respiratoires associés à une distension emphysémateuse à la radiographie thoracique. La symptomatologie clinique a comporté une gêne respiratoire avec, à la radiographie, un emphysème lobaire géant du lobe supérieur droit dans deux cas et lobaire supérieur gauche dans un cas. La prise en charge a consisté en une oxygénothérapie et une lobectomie. L'évolution ultérieure est favorable. L'emphysème lobaire géant est une pathologie inhabituelle, mais non exceptionnelle. La symptomatologie clinique est polymorphe, allant d'une latence totale jusqu'au tableau de détresse respiratoire sévère. La radiographie représente un élément essentiel du diagnostic. La TDM permet de mieux localiser l'emphysème, de chercher une éventuelle étiologie et de distinguer l'ELG d'une autre lésion. L'atteinte bilatérale est rare. Le traitement est chirurgical et consiste le plus souvent en une lobectomie.

Détresses respiratoires néonatales par inhalation du liquide amniotique. (À propos de 67 cas)

**A. Habzi, S. Benomar, A. Bouharrou, T. Najdi,
N. Nejarri & M. S. Lahbabi**

Service de néonatalogie et soins intensifs de l'hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

Le syndrome d'inhalation du liquide amniotique est un facteur important de morbidité et de mortalité néonatale. Il représente actuellement une pathologie propre aux pays

du tiers-monde où les grossesses ne sont pas suivies et les accouchements souvent non médicalisés.

Nous rapportons une série de 67 cas, répartis en 28 filles et 39 garçons, et colligés sur une période de 5 ans (1996-2000). Nous avons inclus tous les nouveau-nés nés dans un contexte méconial ou de liquide amniotique teinté et présentant une détresse respiratoire avec un aspect radiologique d'inhalation. L'accouchement a eu lieu par voie basse dans 54 cas, aidé par instrument dans 23 cas, et par césarienne dans 13 cas. Le liquide amniotique était méconial dans 30 cas et teinté dans 37 cas. L'APGAR à la première minute était < 3 dans 14 cas, entre 3 et 7 dans 26 cas. Une réanimation à la naissance a été effectuée dans 37 cas. Le poids de naissance était compris entre 1800 et 4600 g, avec une moyenne de 3100 g. L'analyse du terme a révélé 7 post-termes et 5 prématurés. Une broncho-aspiration a été réalisée dans 30 cas. La symptomatologie à l'admission a montré constamment des signes respiratoires associés à des signes neurologiques dans 48 cas. La radiographie thoracique a montré constamment des images d'inhalation. Le bilan biologique a objectivé une hypoglycémie chez 15 nouveau-nés, une hypocalcémie chez 10 nouveau-nés et une CRP positive dans 20 cas. La prise en charge thérapeutique a comporté une assistance ventilatoire chez 32 nouveau-nés présentant une inhalation massive et une bi-antibiothérapie chez tous les nouveau-nés. L'évolution immédiate était marquée par le décès de 35 nouveau-nés (52 %). L'évolution à moyen terme a été appréciée chez 20 enfants: 16 étaient normaux et 4 présentaient un retard psychomoteur.

Le syndrome d'inhalation du liquide amniotique est une pathologie grave qui a disparu dans les pays développés. Elle représente dans notre contexte un problème quotidien des salles de travail. L'étiologie est dominée par la souffrance néonatale. La symptomatologie est caractérisée par la détresse respiratoire sans intervalle libre, dont l'intensité dépend de l'importance de l'inhalation. La prise en charge est purement symptomatique. La gravité de l'affection, sa quasi disparition de la pratique obstétricale des pays développés souligne l'intérêt de la prévention, basé sur une meilleure surveillance des

grossesses et la médicalisation de l'accouchement. Il nécessite une prise en charge précoce et adaptée. Enfin, une meilleure collaboration entre néonatalogue et obstétricien est capitale.

Syndrome de détresse respiratoire transitoire. (À propos de 40 cas).

A. Habzi, S. Benomar, A. Bouharrou, T. Najdi, N. Nejarri & M. S. Lahbabi

Service de néonatalogie et soins intensifs de l'hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

La détresse respiratoire transitoire représente une cause fréquente de gêne respiratoire à la naissance. Elle est secondaire à un excès de liquide intra-alvéolaire. Les facteurs prédisposant incluent la prématurité, l'asthme maternel, l'asphyxie intra-utérine et l'accouchement par césarienne. L'évolution est pratiquement toujours bénigne.

Nous rapportons une série de 40 cas répartis en 16 filles et 24 garçons, et colligés sur une période de 5 ans (1996-2000). Nous avons inclus tous les nouveau-nés présentant une tachypnée à la naissance ayant évolué favorablement de façon rapide, avec négativité du bilan para-clinique. L'accouchement a eu lieu par césarienne dans 24 cas et par voie basse dans 16 cas, aidé par instrument dans 3 cas. L'APGAR à la première minute était diminué (entre 3 et 7) dans 10 cas. Une réanimation à la naissance a été effectuée dans 8 cas (aspiration, oxygénation). Le poids de naissance était compris entre 1 800 et 5 200 g, avec une moyenne de 2 950 g. Onze nouveau-nés étaient prématurés. La symptomatologie à l'admission a comporté constamment des signes respiratoires. La radiographie a comporté une diminution de la transparence dans 10 cas, un syndrome interstitiel dans un cas et a été interprétée comme normale dans 28 cas. La prise en charge thérapeutique a comporté une oxygénothérapie et une kinésithérapie. Une bi-antibiothérapie (céphalosporine de 3^e génération + aminoside) a été prescrite chez 15 nouveau-nés dans la crainte d'une infection néonatale et a été arrêtée devant la négativité du bilan infectieux. La rétrocession des signes respiratoires a été en moyenne de 3 jours.

La détresse respiratoire transitoire représente actuellement la cause la plus fréquente des détresses respiratoires néonatales dans les pays développés. Son incidence est de 10 à 15 pour 1 000 naissances. Dans notre contexte, elle pose le problème de diagnostic différentiel avec l'infection néonatale. La négativité du bilan infectieux permet de redresser la situation. Le traitement est purement symptomatique. L'évolution est très souvent favorable. Le soutien ventilatoire par pression positive dans les voies aériennes dès la naissance doit se généraliser, pour écarter l'évolution clinique souvent très favorable. Ceci souligne l'intérêt d'une meilleure collaboration entre néonatalogue et obstétricien.

Connaissances, attitudes et pratiques des généralistes en matière d'infections respiratoires aiguës dans la région de Sétif (Algérie)

B. Bioud¹, A. H. Benahcene¹, K. Belgoufi¹, Z. Benarab¹, S. Laouamri², M. Hamdi Cherif² & O. Djimli³

1. Service de pédiatrie, CHU de Sétif, Algérie

2. Service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU de Sétif, Algérie

3. Service de pneumo-phtisiologie, CHU de Sétif, Algérie

Le programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) de l'enfant en Algérie a été mis en

place dans le but de réduire la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, tout en assurant l'amélioration de la qualité du diagnostic et du traitement de ces affections. L'objectif de ce travail est d'évaluer les attitudes, les connaissances pratiques, les comportements d'aide des généralistes en matière d'IRA. Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale par entretiens semi-directifs enregistrés auprès des généralistes de la région de Sétif. Soixante entretiens ont pu être exploités. Les résultats montrent que, même si les réponses obtenues ont probablement tendance à s'approcher de ce que les médecins généralistes pensent être les réponses "idéales", la plupart des médecins généralistes affirment connaître l'existence du programme national de lutte contre les IRA, sans pour autant respecter un arbre de décision en ce qui concerne la prise en charge et le traitement. Les difficultés rencontrées par ce programme sont d'ordre organisationnel, concernant surtout la non-implication au programme des personnels de statut d'exercice privé. La redynamisation du programme national s'impose avec comme corollaires de réussite : communication, formation et évaluation.

Les infections néonatales par pneumocoque. À propos de six observations

A. Habzi, S. Benomar, A. Bouharrou, T. Najdi, N. Nejarri & M. S. Lahbabi

Service de néonatalogie et soins intensifs de l'hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

Les infections néonatales sont encore au premier rang des causes de mortalité néonatale. Les études épidémiologiques montrent constamment la prédominance du streptocoque B et de l'*E. coli*. Toutefois, certains agents inhabituels peuvent infecter le nouveau-né. Parmi eux le pneumocoque (PNO), qui reste une bactérie rare mais particulièrement redoutable. Nous en rapportons six cas colligés sur une période de dix ans. Le but de cette étude est d'analyser le profil épidémiologique et évolutif sous traitement des infections néonatales dues au PNO.

La symptomatologie est dominée par la détresse respiratoire, observée chez tous les nouveau-nés. Le PNO a été isolé au niveau du LCR dans cinq cas et au niveau sanguin dans un cas. Le PNO identifié chez nos malades a toujours été sensible aux antibiotiques classiques. L'évolution a été marquée par le décès dans quatre cas. L'incidence des infections à pneumocoque est faible en période néonatale, ne rendant compte que de 2 à 5 % des septicémies observées à cette période de vie. Dans les infections materno-fœtales à PNO, la mère est souvent asymptomatique, et le prélèvement vaginal est souvent négatif. La découverte d'un PNO dans la flore vaginale de la femme enceinte, où il est un hôte inhabituel, doit faire entreprendre un traitement par β -lactamine pour prévenir l'atteinte néonatale. La confirmation de l'infection néonatale impose le traitement maternel, car elle reste exposée au risque d'une infection foudroyante du post-partum. Les infections à pneumocoque ont un profil clinique, biologique et radiologique comparable à celui des infections dues au streptocoque B. Les sérotypes les plus fréquemment observés chez le nouveau-né sont les sérotypes 3, 6, 7, 8 et 19. La résistance aux antibiotiques voit sa fréquence augmenter régulièrement. Elle dépend du site et du sérotype. Malgré l'antibiothérapie et les moyens actuels de réanimation respiratoire et hémodynamique, le pronostic demeure péjoratif, avec une lourde mortalité liée à la virulence du germe, à l'immaturité du terrain sous-jacent et au retard diagnostique souvent noté.

Les salmonelloses graves du nourrisson. À propos de sept observations

A. Habzi, S. Benomar, A. Bouharrou, T. Najdi,
N. Nejarri & M. S. Lahbabi

Service de néonatalogie et soins intensifs de l'hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

Les salmonelloses représentent un problème de santé publique dans les pays sous-développés. Les bactériémies sont plus fréquentes chez le nourrisson et l'exposent aux risques de septicémie et/ou de méningite. Nous rapportons une série de sept observations de salmonellose grave du nourrisson (septicémie : cinq cas ; septicémie + méningite : un cas ; méningite : un cas) colligées sur une période de 5 ans. Le but de cette étude est de préciser le profil épidémiologique, bactériologique et évolutif sous traitement des salmonelloses graves, et de mettre en exergue l'intérêt capital de la prévention et de la surveillance épidémiologique.

L'âge de nos patients était compris entre 40 jours et 10 mois, avec une moyenne de 4 mois. Tous nos patients présentaient des conditions hygiéniques précaires et des facteurs de risques : malnutrition (cinq cas), cardiopathie congénitale cyanogène complexe (un cas) et brûlure (un cas). Le tableau clinique a comporté un syndrome infectieux dans cinq cas, des troubles digestifs avec déshydratation dans trois cas, associés à des signes neurologiques dans deux cas (coma, convulsions). L'hémoculture a confirmé la septicémie à *Salmonella* Typhi dans cinq cas et à *Salmonella* Enteritidis dans un cas. La ponction lombaire a confirmé la méningite à *Salmonella* Typhi dans deux cas. L'étude de la résistance a objectivé une résistance à l'ampicilline dans deux cas et une résistance au cotrimoxazole dans un cas. La prise en charge a comporté une réhydratation, la mise sous bi-antibiothérapie à base de céphalosporine de 3^e génération associée à un aminoside. L'assistance respiratoire a été indiquée dans trois cas. Nous avons déploré trois décès.

Les salmonelloses représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité infantiles. L'incidence des formes septicémiques varie de 5 à 7,5 %, celle des formes méningitiques varie entre 0,9 et 1,65 %. La confirmation est bactériologique par l'isolement du germe à l'hémoculture et/ou au niveau du LCR. L'existence d'infection par salmonelle multi-résistante justifie le recours à une céphalosporine de 3^e génération en première intention. Le pronostic de ces formes graves est péjoratif avec un taux de mortalité de 40 à 60 %. La prévention reste un élément capital. La lutte contre le péril fécal et les carences nutritionnelles, avec surveillance des porteurs sains, représente un pôle important de cette prévention.

Septicémie : à propos de quatorze cas

S. Barro, O. Teyib & O. Ahmed

Hôpital Militaire, Nouakchott, Mauritanie

Objectifs

Déterminer le rapport entre étiologies et tableaux cliniques de septicémie ou de choc septique et les associations éventuelles.

Patients et méthodes

Étude rétrospective de quatorze cas de tableaux cliniques de septicémie et de chocs septiques enregistrés entre janvier 1999 et février 2000.

L'âge oscille entre 9 heures et 2 mois. L'échantillon est constitué par autant de garçons que de filles.

Les examens complémentaires utilisés sont essentiellement l'hémoculture, l'étude du liquide céphalorachidien, l'uroculture, la coproculture. D'autres examens accessoires ont été effectués : hémogramme, PCR, ionogramme, ECBU, KOP.

Résultats

Quatre hémocultures se sont révélées positives (*Salmonella*, streptocoque, staphylocoque, *Corynebacterium*).

L'étude du liquide céphalorachidien a permis de mettre en évidence deux cas de méningites (*Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus agalactiae*).

L'uroculture et la coproculture ont objectivé respectivement une infection urinaire par *E. Coli* et une gastro-entérite par *Salmonella enterica* Enteritidis.

Conclusion

Dans la plupart des cas, les tableaux cliniques de septicémie ou de choc septique restent muets du point de vue diagnostico-étiologique. Dans notre étude, seuls six patients avaient une étiologie déterminée (43 %).

Profil bactériologique et antibiothérapie de première intention dans les infections du nouveau-né à terme au Centre mère et enfant de la Fondation Chantal Biya de Yaoundé (Cameroun)

I. Kago, F. Tietche, M.G.F. Guemnaing Ngayap,
P. Doumbe, G. Tene, M. Monny Lobe & M. Nkam

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

Notre étude avait pour but de réactualiser l'écologie bactérienne des infections du nouveau-né à terme de notre service, afin de proposer une antibiothérapie de première intention adaptée.

De janvier 1997 à octobre 2000 (46 mois) 101 cas d'infection bactérienne ont été colligés chez les nouveau-nés à terme admis dans notre service.

Dans 39 cas (38,6 %) il s'agissait d'infection néonatale précoce et, dans 62 cas (61,4 %), il s'agissait d'infection néonatale tardive.

Nous avons isolé 57 cas d'infection urinaire (56,4 %), 37 cas de méningite (36,6 %) et 7 cas de septicémie (6,9 %).

Les bacilles Gram négatif étaient prédominants : 61 cas (60,4 %) contre 40 cas de cocci Gram positif (39,6 %).

Les germes les plus fréquents étaient :

- *Klebsiella pneumoniae*: 25 cas (24,7 %),
- Streptocoque B : 20 cas (19,8 %),
- *Escherichia coli* : 18 cas (17,8 %),
- Pneumocoque : 12 cas (11,9 %),
- Streptocoque D : 6 cas (5,9 %).

L'étude de la sensibilité de ces bactéries aux antibiotiques a montré que seule la triple association céphalosporine de 3^e génération + ampicilline + aminoside couvrait 98 % des germes isolés, ceci en raison de la présence de streptocoque D dans notre flore bactérienne néonatale. Nous proposons donc cette triple association comme antibiothérapie de première intention, association qui sera réduite à une bi-thérapie après réception de l'antibiogramme.

Actualités sur la résistance aux antibiotiques en Afrique

P. Imbert

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital d'instruction des armées Bégin, 69 Avenue de Paris, 94163 Saint Mandé, France

Pendant un demi-siècle, les antibiotiques ont permis de lutter efficacement contre les infections bactériennes. Cependant, depuis une décennie, de nombreux travaux effectués dans les pays en voie de développement, de rigueur méthodologique certes inégale, font craindre une extension rapide des résistances tant pour les infections communautaires, que pour les infections nosocomiales.

Quelques exemples issus d'Afrique illustrent l'acuité de ce problème: résistance à l'ampicilline, au cotrimoxazole et au chloramphénicol pour la majorité des entérobactéries: 80 % des *Escherichia coli* en Afrique de l'Est, plus des 2/3 des shigelles à Madagascar, au Rwanda et en Afrique du Sud; résistance croissante à la pénicilline de *Streptococcus pneumoniae* dans de nombreux pays; doublement en 10 ans de la résistance à l'isoniazide, et description des multirésistances du bacille de Koch en Ethiopie; infections nosocomiales multirésistantes, dont l'incidence est sous-estimée.

Cette situation résulte de nombreux facteurs, dont certains sont spécifiques aux pays en développement: mauvaise utilisation des antibiotiques par les professionnels de santé et par la population, qualité sub-optimale des médicaments, défaut d'hygiène dans les structures de soins, insuffisances du diagnostic bactériologique et de la surveillance des résistances.

Les conséquences en terme de morbidité et de mortalité sont dramatiques pour les populations défavorisées dont l'accès aux traitements antibiotiques de deuxième intention est limité.

Tuberculose de la paroi thoracique révélée par un abcès froid: à propos de deux cas

V. Brousse, P. Imbert, I. Sermet-Gaudelus, A. S. Ka, G. Nosedá, P. Gérardin & G. Lenoir

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital d'instruction des armées Bégin, 69 Avenue de Paris, 94163 Saint Mandé, France

Les tuberculoses sous-cutanées sont une manifestation rare de la tuberculose, notamment chez l'enfant. Nous rapportons deux cas de tuberculose de la paroi thoracique révélée par un abcès froid préthoracique chez des enfants africains.

Observation 1:

Une fille de 14 ans, d'origine congolaise, est admise à l'hôpital Necker pour une tuméfaction sous-mammaire gauche apparue 3 mois plus tôt. L'échographie révèle un aspect d'abcès. Le scanner thoracique va montrer une collection liquidienne en bissac avec une composante sous-pectorale, un pertuis transthoracique sans atteinte osseuse et une composante intrathoracique refoulant le parenchyme pulmonaire. Les BK tubages sont négatifs. L'IDR à la tuberculine mesure 18 mm. Après échec d'une ponction percutanée, une biopsie chirurgicale a été réalisée et a montré une lésion granulomateuse tuberculoïde avec caseum. La sérologie VIH était négative. L'évolution sous quadrithérapie antituberculeuse est favorable.

Observation 2:

Un enfant sénégalais de 7 ans a été admis à l'Hôpital principal de Dakar pour une voussure préthoracique droite apparue 7 jours plus tôt dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre vespérale. L'IDR à la tuberculine et la recherche de BAAR au direct sont négatives. L'échographie a confirmé l'abcès, dont la ponction, puis la biopsie, n'ont pas été contributives. Sous antibiothérapie IV par oxacilline et gentamicine, l'état clinique s'est aggravé avec apparition d'hémoptysies fébriles. La radiographie et le scanner thoracique ont montré une masse médiastino-pulmonaire apparue depuis l'entrée, en communication avec l'abcès cutané, sans lésion osseuse. Une biopsie chirurgicale transcutanée de la masse endothoracique a révélé un tissu

nécrotique aspécifique associé à quelques granulomes épithélioïdes, sans BAAR visibles. La sérologie VIH était négative. L'évolution sous quadrithérapie antituberculeuse a été rapidement favorable.

Commentaires

La tuberculose sous-cutanée représente moins de 1 % des tuberculoses. La localisation à la paroi thoracique, exceptionnellement rapportée chez l'enfant, et l'absence d'atteinte pulmonaire ou osseuse associée, font discuter la porte d'entrée et le mode de dissémination. L'évolution, parfois galopante comme dans ce cas, peut en imposer pour une affection maligne. En cas de négativité des recherches de BAAR à l'examen direct, le traitement antituberculeux d'épreuve peut s'avérer nécessaire. Le diagnostic sera le plus souvent confirmé par l'histologie ou par les cultures.

Méningite tuberculeuse (à propos de 3 cas)

H. Masri, A. Fawaz, A. Cheitani, A. Mohanna & H. Yazbeck

Hôpital Rassoul, Beyrouth, Liban

La méningite tuberculeuse reste la conséquence la plus sérieuse d'une infection par mycobactérie. Elle est de plus en plus rencontrée, surtout chez les immunodéprimés (VIH+). Dans notre hôpital, 3 cas se sont succédés sur une période de 18 mois.

Observation 1

Sara, 4 ans, s'est présentée dans un tableau de convulsions avec un coma stade II (fièvre; signes neurologiques, trouble de la conscience), consécutif à une gastro-entérite qui a traîné pendant 20 jours malgré les traitements institués. La ponction lombaire a révélé une glycorachie basse, une lymphocytose à 92 % avec une hyperprotéinorachie. Le bilan sanguin était en faveur d'une infection bactérienne sévère. Le CT scan cérébral montrait une dilatation du système ventriculaire, et secondairement étaient associés des lésions ischémohémorragiques. Malgré le traitement par 4 antituberculeux avec une corticothérapie IV, l'amélioration a été lente et progressive. Sara a quitté l'hôpital avec une cécité.

Observation 2

Ibrahim, 3 ans, admis dans un état de coma stade I (fièvre; pas de signes spécifiques; pas de signes neurologiques) avec une raideur méningée. Sa maladie traînait depuis 15 jours sans signes évidents. La ponction lombaire a révélé une lymphocytose avec un taux de glucose très bas et un ratio glucose LCR/sérum très bas, une hyperprotéinorachie. Le CT scan cérébral a montré une visibilité des cornes temporales évoquant une dilatation ventriculaire, une prise de contraste occipito-pariétale gauche gyriforme faisant suspecter une lésion infectieuse. Quatre heures après son admission, son état clinique s'est détérioré, il a présenté une hémiplegie gauche avec ophtalmoplégie. Le même traitement a été donné: 4 antituberculeux avec une corticothérapie IV. Ibrahim est sorti un mois après avec, comme séquelle, une hémiplegie gauche avec ophtalmoplégie à droite.

Observation 3

Fatima, 3 ans, s'est présentée en état de convulsion consécutif à un tableau d'infection respiratoire non amélioré par les traitements. La radio pulmonaire a montré une pneumonie lobaire droite. La ponction lombaire a révélé une lymphocytose avec un taux de glucose normal. Le CT scan cérébral a montré une dilatation ventriculaire, avec une prise de contraste gyriforme cingulaire droite compatible avec une lésion infectieuse (mycobactérie). IDR: positive.

Malgré le traitement, Fatima a quitté le service avec une séquelle d'hémiplegie droite et une paralysie faciale gauche.

Ce qui est à retenir:

1. une histoire familiale de tuberculose présente dans les trois cas, ce qui est le premier facteur de risque;
2. une hyponatrémie secondaire à un syndrome de perte de sel plutôt que SIADH;

3. le jeune âge et la prédilection de certains enfants dans la famille ;
4. les séquelles durables et graves dues à un retard de traitement: importance du dosage de la PCR, la thalidomide qui diminue le risque de mortalité en agissant sur le TNF (sous expérience) ;
5. le fait que chaque enfant venait d'une région différente ;
6. les signes de mauvais pronostic qui sont un stade III à la présentation (signes neurologiques majeurs avec coma et convulsions), un taux bas de glucose dans le LCR, un ratio LCR/sérum glucose bas, un taux de protéine du LCR élevé, des anomalies au CT scan cérébral.

En conclusion, une méningite tuberculeuse devrait être détectée plus précocement et surtout prévenue par un vaccin ou une IDR chaque année.

Nécessité d'un diagnostic précoce dans les méningites purulentes de l'enfant : à propos de 100 cas

H. Ben Mekhbi

Centre hospitalier universitaire Ben Badis, Constantine, Algérie

Les méningites purulentes représentent les premières causes d'hospitalisation et un problème majeur de santé publique en Algérie de par leurs risques épidémiques, leurs séquelles invalidantes et leur mortalité élevée.

L'objectif de notre étude est double :

- connaître le profil épidémiologique de 1000 cas de méningites purulentes observées chez les enfants âgés de 1 mois à 15 ans dans la ville de Constantine ;
- essayer de savoir si le dosage séquentiel de la PCR est un critère majeur dans la décision d'arrêt thérapeutique et prédictif de l'apparition des complications et des séquelles.

Matériel et méthodes :

De 1980 à 2000, mille enfants âgés de 1 mois à 15 ans ont été hospitalisés pour des signes cliniques de méningite.

Une ponction lombaire a été pratiquée à J1, J2, J5 et J7, avec, concomitamment et aux mêmes dates, le dosage de la PCR dans le sang et le LCR.

Parallèlement, ont été pratiqués une hémoculture, une recherche d'antigènes solubles, une échographie trans-fontanelle et/ou un scanner cérébral.

Résultats :

Les méningites purulentes sont fréquentes: 10 % des hospitalisations du service des maladies infectieuses affectent le plus souvent le nourrisson de sexe masculin entre 5 et 18 mois, avec une distribution selon les mois assez uniforme, entre 8 à 10 en moyenne.

Les agents responsables n'ont pu être identifiés que chez 30 % des malades et, par ordre de fréquence, il s'agissait de méningocoque type A et C, d'*Haemophilus* type b, de pneumocoque, beaucoup plus exceptionnellement de staphylocoque, de pyocyanique et d'entérobactéries.

La durée du traitement à base d'ampicilline, d'ampicilline associée au thiophénicol, ou de klaforan, a été fonction de la normalisation de la PCR et de la VS, des résultats biochimiques et bactériologiques du LCR et de l'apyrexie.

Ainsi, pour les formes d'évolution favorable, la durée a été de 7 jours pour le pneumocoque et l'*Haemophilus*, 5 jours pour le méningocoque, 7 à 10 jours pour les formes à germes non identifiés. Dans les formes d'évolution défavorable, nous déplorons: 1 % d'abcès cérébraux, 0,6 % d'hypotension intracrânienne, 22% d'hydrocéphalie, 0,2% de surdité, 0,3% de

cécité centrale, 0,4 % d'ataxie, 5% d'épilepsie, 2 % d'hémiplégie, 4,8 % de retard psychomoteur, 1 % de rechutes, 0,5 % de récidives, 3 % de décès. Mais dans cette forme, trois faits essentiels sont à souligner :

- le délai entre le début de la symptomatologie et la réalisation de la ponction lombaire a été en moyenne de 6 jours ;
- la PCR élevée chez 80 % d'enfants, et ceci tout au long de l'évolution, avec persistance ou reprise de la fièvre ;
- 20 % des enfants avaient des résultats cliniques et biologiques identiques à ceux des enfants qui ont évolué favorablement, surtout en ce qui concerne la cinétique de la PCR. Ceci suggère que l'apparition de complications et de séquelles est contemporaine de la phase précoce de la méningite et n'est pas due à la persistance des agents ou de l'inflammation.

Conclusion :

Si, dans les méningites diagnostiquées précocement, la normalisation de la PCR reste souvent un critère majeur d'une bonne évolution, elle ne l'est plus dans les formes diagnostiquées en retard où les altérations méningées et cérébrales se sont déjà constituées et ont évolué pour leur propre compte, d'où la nécessité absolue d'une ponction lombaire au moindre doute, en attendant la généralisation de la vaccination contre les principaux agents.

Place de l'*Haemophilus influenzae* dans les méningites bactériennes de l'enfant à Antananarivo, Madagascar

N. Ravelomanana¹, R. Migliani², J. Clouzeau³, J. W. Decusser², J. Rasamoelisoa⁴, H. Raobijaona⁵, J. A. Dromigny², T. Rasolonavalona², P. Pfister² & J. F. Roux²

1.Hôpital des Enfants Tsaralalana,Madagascar.

2.Institut Pasteur de Madagascar

3.Centre hospitalier Soavinandriana,Madagascar.

4.Service de pédiatrie Marfan,CHU Befelatanana,Madagascar.

5.Service de pédiatrie A,CHU Befelatanana,Madagascar.

L'*Haemophilus influenzae* figure encore parmi les principaux agents bactériens responsables de méningites dans de nombreux pays. À Madagascar, aucune étude d'ensemble sur la répartition des différents agents bactériens des méningites n'a été réalisée.

C'est pourquoi une étude prospective multicentrique incluant les quatre principales structures hospitalières d'Antananarivo a été coordonnée par l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM), de juin 1998 à juin 2000. L'objectif de cette étude était d'étudier chez l'enfant la répartition des agents bactériens responsables de méningites et leur sensibilité aux anti-infectieux.

Étaient inclus dans l'étude les enfants de moins de 15 ans des deux sexes qui présentaient à l'admission ou au cours du séjour un syndrome infectieux posant l'indication d'une ponction lombaire. Deux tubes de liquide céphalo-rachidien pour les examens cytotabactériologiques et biochimiques étaient envoyés à l'IPM dans les meilleurs délais.

Résultats :

- 160 enfants sur les 830 inclus (16 %) sont diagnostiqués comme atteints de méningites bactériennes (134 confirmées et 26 probables suivant les critères cliniques et cytochimiques).
- l'*Haemophilus influenzae* représente la deuxième cause de méningite bactérienne (32 %) après le *Streptococcus pneumoniae* (34 %).

Les autres agents responsables sont :

- *Neisseria meningitidis* (7 %),
- *Mycobacterium tuberculosis* (5 %),
- Entérobactéries (2 %),
- *Cocci* Gram + (2 %),

- *Staphylococcus aureus* (1 %),
- *Acinetobacter* (1 %).

Les méningites dues à *Haemophilus influenzae* ont été mises en évidence dans 96 % des cas chez les moins de 2 ans. Les souches identifiées sont toutes de type b, sensibles aux céphalosporines de 3e génération et aux quinolones, mais avec des niveaux de résistance non négligeables vis-à-vis de la gentamicine (22 %), de l'amoxicilline (29 %) et plus élevés pour le chloramphénicol (42 %).

L'évolution de ces maladies est sévère, avec une létalité élevée à 28,6% et un fort pourcentage de séquelles à 31,4%. Cette importance de l'*Haemophilus influenzae* de type b comme agent causal des méningites bactériennes suggère l'introduction dans le PEV du vaccin conjugué anti-*Haemophilus influenzae* b qui a démontré son efficacité dans tous les pays où il a été utilisé.

Méningites à *Haemophilus influenzae* type b. Notre expérience à l'hôpital pédiatrique d'Owendo

J. Koko, A. Moussavou, D. Gahouma, S. Batsieleli & D. Dufillot

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

Les méningites dues à *Haemophilus influenzae* type b (HIB) demeurent une pathologie fréquente chez l'enfant africain, avec un pronostic toujours redoutable.

Objectifs:

Préciser la place et l'importance de ces infections chez l'enfant gabonais.

Patients et méthodes:

Étude rétrospective de tous les dossiers d'enfants hospitalisés pour méningites dues à *H. influenzae* b, du 1^{er} janvier 1989 au 31 décembre 1993.

Résultats:

Au total, 104 méningites, toutes étiologies confondues, ont été observées durant la période d'étude. Les méningites dues à *H. influenzae* b occupaient la deuxième place avec 36 cas (34,6 %), derrière les formes à pneumocoques (42 cas: 40,4%). Vingt-six enfants (72%) avaient moins de 1 an et six (17%) entre 1 et 5 ans. De nombreuses souches bactériennes étaient résistantes aux antibiotiques usuels: 42,8 % à l'ampicilline, 28,6 % au chloramphénicol et 9,5 % au céfotaxime. La létalité était de 31,4 %, et 91 % des décès concernaient les enfants de moins de 1 an. Le taux de séquelles à la sortie était de 5,7 %.

Conclusion:

Pour diminuer la morbidité et la mortalité dues aux méningites par *H. influenzae* b au Gabon, un accent particulier doit être mis sur la vaccination anti-*H. influenzae* b, désormais seul moyen efficace de prévention.

Les formes graves de la fièvre boutonneuse méditerranéenne. Expérience du service de pédiatrie III, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

I. Ait Sab, K. Maani, I. Bourouda, J. Hachim, N. Mikou, A. Abkari, M. Itri & H. Hadj Khalifa

Unité d'hémo-oncologie pédiatrique, Service de pédiatrie III, Hôpital d'Enfants, Centre hospitalier Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

La fièvre boutonneuse méditerranéenne se traduit habituellement par une fièvre élevée et une éruption évocatrice, avec parfois un chancre d'inoculation. Elle est généralement

bénigne. Les manifestations neurologiques et rénales sont graves et rares, et les observations suivantes les illustrent.

Observation 1

H. R., âgée de 3 ans et demi, hospitalisée en pédiatrie III, au mois de juin 1999, dans un tableau de coma fébrile, précédé de signes digestifs et d'un état de mal convulsif. Le coma était stade I, la fièvre à 39° avec hypotonie, aréflexie, aphasie et une escarre noirâtre au niveau du poignet droit. Le diagnostic d'une méningite a été éliminé par l'étude du LCR. La TDM cérébrale était également normale. Étant donné la présence de l'escarre noirâtre, le diagnostic d'une rickettsiose compliquée d'une atteinte neurologique a été évoqué et confirmé par la sérologie positive pour *Rickettsia conorii* 1/40 et à 1/80 après 15 jours. L'IRM cérébrale montre des lésions séquellaires d'ischémie pouvant rentrer dans le cadre d'une vascularite. L'enfant a été mis sous thiamphénicol, corticothérapie, phénobarbital et rééducation. Il ne persiste actuellement qu'une légère hypotonie.

Observation 2

La petite A.F., âgée de 5 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, résidant à la campagne, est admise en décembre 2000 dans le service de pédiatrie III pour coma fébrile avec état de choc. Le début a été brutal: fièvre à 39°C, somnolence, vomissements et rectorragies abondantes. À l'admission, on a retrouvé un collapsus cardio-vasculaire avec un purpura extensif pétéchial aux membres inférieurs, sans raideur méningée, une hématurie et une protéinurie. Le diagnostic d'un purpura fulminans a été évoqué et une réhydratation réalisée avec une antibiothérapie à base d'amoxicilline à 150 mg/kg/j. L'analyse du LCR n'a pas retrouvé d'anomalies. L'hémoglobine était à 4 g/100 ml, avec une thrombopénie à 95 000 éléments/mm³, et des GB à 23500 éléments/mm³. La fonction rénale a montré une insuffisance rénale aiguë avec un taux d'urée à 2,9g/l et une créatininémie à 36mg/l. La protéinurie était à 60mg/kg/jour avec une hyperuricémie à 132mg/l et des LDH à 1234 UI/l. Le TS était allongé. À noter que le reste du bilan infectieux était normal. Devant l'apparition d'un syndrome œdémateux avec une ascite, une pleurésie, une hyperleucocytose, une hyperuricémie et une infiltration nodulaire des deux reins, le diagnostic d'une leucose aiguë a été suspecté. Le myélogramme a retrouvé une moelle riche sans blastes. Après 15 jours d'évolution, on a assisté à une correction de l'hémogramme et du syndrome infectieux, mais persistance de l'insuffisance rénale indiquant une PBR, qui a permis de diagnostiquer une glomérulonéphrite post-infectieuse à prolifération endocapillaire hématologique. La sérologie de *Rickettsia conorii* est revenue positive à 1/160. Sous antibiothérapie, l'évolution a été favorable avec récupération totale de la fonction rénale.

La première observation illustre la gravité de l'atteinte neurologique avec signes déficitaires secondaires à une vascularite cérébrale. La seconde démontre que le sepsis grave d'origine rickettsienne a causé une insuffisance rénale aiguë avec atteinte hématologique. Ces lésions de vascularite semblent être secondaires à une prolifération des rickettsies dans l'endothélium vasculaire.

La leishmaniose viscérale en Algérie

B. Bioud¹, A. H. Benahcene¹, L. Saoudi¹, Z. Benarab¹, S. Laouamri², M. Hamdi Cherif², H. Benkhalifa³ & A. Touabti³

1. Service de pédiatrie, CHU de Sétif, Algérie

2. Service d'épidémiologie, CHU de Sétif, Algérie

3. Service de parasitologie, CHU de Sétif, Algérie

LEMAIRE décrit le premier cas de leishmaniose viscérale en Algérie, en 1921, chez un nourrisson de 14 mois originaire de la région de Sétif. Cependant, peu d'études épidémiologiques ont été consacrées à cette région où cette maladie est en pleine recrudescence. L'extension de l'endémie s'est faite selon une progression allant des régions montagneuses du nord vers la zone des hautes plaines. Une enquête rétrospective, réalisée dans le service de pédiatrie du CHU de Sétif, a permis de recenser 395 cas de leishmaniose viscérale infantile durant la période 1988-1997. Le diagnostic était aisé devant le tableau classique d'une splénomégalie fébrile et anémiant chez un nourrisson généralement dénutri. À noter la grande fréquence des manifestations respiratoires

dans notre série. Tous les patients associaient un syndrome inflammatoire d'importance variable avec l'atteinte d'au moins une lignée sanguine. Le diagnostic a été confirmé presque toujours par le médullogramme, associé généralement à la positivité de la sérologie. Le test thérapeutique était d'un grand recours dans certains cas. Le Glucantime® reste un traitement efficace de la leishmaniose viscérale en première intention. La stibio-intolérance et la stibio-intoxication sont restées exceptionnelles dans notre série avec quelques cas de stibio-résistance. Mais la prévention doit rester la première priorité en luttant à la fois contre le phlébotome et le réservoir canin. Ces réalités diagnostiques, thérapeutiques et bien sûr prophylactiques font de la leishmaniose viscérale un réel problème de santé publique.

Prise en charge du priapisme drépanocytaire par l'étiléfrine : particularités pédiatriques

A. Dodji Gbadoe, Y. Atakouma, A. Dogba, W. Ayewadan, K. Tatagan-Agbi & J. Kossi Assimadi

Unité d'infectiologie et d'onco-hématologie, Service de pédiatrie, CHU-Tokoin, BP 8881, Lomé, Togo.

Objectif :

Évaluer l'efficacité de l'étiléfrine en injection intra-caverneuse (IIC) et par voie orale dans le traitement du priapisme de l'enfant drépanocytaire.

Patients et méthodes :

Onze enfants drépanocytaires âgés de 2 ans et demi à 15 ans ont été traités avec de l'étiléfrine pour priapisme aigu (PA) (6 patients), priapisme intermittent chronique (PIC) (4 patients), ou PA compliquant un PIC (1 patient). Les PA ont été traités par des IIC d'étiléfrine suivies par un traitement oral de 0,5 mg/kg/j pendant un mois du même produit pour prévenir les récurrences. Les PIC ont été traités par de l'étiléfrine par voie orale pendant un mois, associé, si nécessaire, à des IIC. Dans les PIC, en cas de non rémission ou de rechute après rémission, le traitement a été poursuivi ou reconduit jusqu'à un mois après l'arrêt des crises.

Résultats

Le délai pré-thérapeutique des PA a été relativement court pour tous les patients (moins de 28 heures). Une détumescence immédiate a toujours été obtenue chez tous les enfants après IIC, et aucun n'a rechuté. Aucun petit moyen n'a été mentionné pour arrêter les épisodes de PIC à domicile pour tous les enfants. La guérison du PIC a été obtenue chez tous les enfants après 1 à 6 mois de traitement.

Conclusion

Comparativement à nos publications antérieures chez l'adulte, l'efficacité de l'étiléfrine dans la prise en charge du PA et du PIC drépanocytaire semble meilleure chez l'enfant. Si le succès constant des IIC peut être relié au court délai pré-thérapeutique habituel chez l'enfant, rien ne semble expliquer les bons résultats en bas âge du traitement oral des PIC.

Les maladies métaboliques à expression neurologique

K. Maani, M. Itri, J. Zerhouni, N. Mikou & H. Hadj Khalifa

Unité d'hémo-oncologie pédiatrique, Hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

Les neuropathies d'origine métabolique constituent un groupe d'affections héréditaires hétérogènes. Elles sont rares mais graves.

Nous nous proposons d'étudier le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif de ces affections, à travers une étude rétrospective de 40 enfants, âgés de 15 jours à 15 ans, suivis en pédiatrie III pour un retard psychomoteur dans 20 cas, une régression psychomotrice dans 20 cas, des crises convulsives dans 13 cas. L'origine métabolique a été suspectée devant l'existence d'une consanguinité parentale dans 16 cas, de cas similaires dans la famille dans 11 cas. Le diagnostic a été orienté par l'existence d'une dysmorphie dans 20 cas, une organomégalie dans 18 cas, une atteinte oculaire dans 8 cas, des signes de rachitisme dans 2 cas. Ainsi une phénylcétonurie a été suspectée devant une régression psychomotrice précoce et un phénotype clair, et confirmée par une hyperphénylalaninémie, et une hyperglycinémie, elle-même confirmée par la chromatographie des acides aminés sanguins et urinaires dans 1 cas. Une maladie de Tay Sach a été retenue dans 2 cas devant une régression psychomotrice précoce, avec hypersensibilité au bruit, cécité et tache rouge cerise, et confirmée par l'activité effondrée des hexosaminidases. Une leucodystrophie métrachromatique a été suspectée devant une régression psychomotrice à l'âge de 3 ans avec tétraplégie spastique, une démyélinisation linéaire de la substance blanche et confirmée par l'activité effondrée de l'arylsulfatase A chez deux frères. Une glycogénose a été suspectée dans 7 cas devant l'association d'une hépatomégalie et des lésions évocatrices à la ponction biopsie du foie. Le myélogramme effectué devant un retard psychomoteur associé à une splénomégalie isolée dans deux cas et à une hépatomégalie avec cataracte et dysmorphie dans trois cas a permis de retenir le diagnostic de mucopolysaccharidose dans trois cas, une maladie de Gaucher dans un cas et une maladie de Niemann Pick dans un cas. Une tyrosinémie congénitale est retenue dans trois cas devant des crises convulsives avec hépatosplénomégalie et signes de rachitisme et enfin une galactosémie congénitale a été suspectée devant l'association retard psycho-moteur, hépatomégalie et cataracte et confirmée par l'effondrement de l'activité de la galactosyl transférase dans trois cas. L'évolution sous régime de restriction spécifique a permis une amélioration des signes cliniques dans la phénylcétonurie et la normalisation de la fonction hépatique dans la galactosémie congénitale. Quatre enfants sont décédés.

Les neuropathies d'origine métabolique sont graves. L'amélioration de leur pronostic dépend des possibilités d'un diagnostic et d'un traitement précoce et adapté et, à défaut, d'un dépistage anténatal ciblé sur une population à risque.

Le diabète du nourrisson de moins de 6 mois. À propos de 2 observations

F. Jennane, F. Souhail, B. Slaoui & F. Dehbi

Service de pédiatrie générale, unité de diabétologie infantile, Hôpital d'enfants, CH Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Le diabète insulino-prive est certainement l'endocrinopathie la plus fréquente chez l'enfant. Elle reste exceptionnelle avant l'âge de 6 mois, caractérisée par un tableau clinique souvent trompeur, exposant le malade au risque accru d'acidocétose révélatrice.

Nous rapportons les observations de deux nourrissons âgés respectivement de 3 mois et 3 mois 1/2. Le premier a été hospitalisé pour une forte suspicion de méningite purulente avec déshydratation ; le deuxième, dans un tableau de détresse respiratoire fébrile avec des signes de déshydratation sévère. En fait, les deux nourrissons étaient en acidocétose diabétique et

le diagnostic a été redressé par l'hyperglycorachie dans le premier cas et par l'absence de troubles digestifs expliquant la déshydratation sévère dans le deuxième. En plus de l'âge exceptionnel de révélation du diabète insulino-prive chez nos deux malades, nous soulignons à travers ces deux observations 3 particularités du diabète chez le nourrisson:

- les difficultés de diagnostic du fait du polymorphisme clinique, ce qui est à l'origine de l'acidocétose révélatrice,
- les difficultés thérapeutiques du fait du retard de diagnostic,
- les particularités de prise en charge nutritionnelle du fait du risque accru d'accidents aigus, en l'occurrence l'hypoglycémie.

Les conséquences de la malnutrition fœtale

B. Jacks

Pharmacien, Runebergsgatan 6, Stockholm, Suède

Introduction

La plupart des embryons humains ont le potentiel de devenir des individus avec des vies longues et saines. Cependant, dès le moment de la conception, des effets défavorables de l'environnement commencent à limiter ce potentiel. Le retard de croissance intra-utérine causé par la pauvre nutrition maternelle est un facteur limitant important.

Les effets sur les enfants

Ils concernent la carence en fer, en acide folique, en iode et en vitamine A. Les risques liés à une carence en fer au cours de la grossesse sont :

- pour la mère: anémie pendant la grossesse avec pâleur, fatigue, palpitations, essoufflement; anémie survenant après la grossesse du fait des pertes de sang au cours de l'accouchement;
- pour l'enfant, fragilité pendant la vie fœtale; naissance prématurée; poids de naissance trop bas; placenta trop grand par rapport au bébé, d'où un risque d'hypertension artérielle à l'âge adulte; anémie, fragilité et mortalité accrue dans les premiers mois de la vie.

Les risques liés à une carence en acide folique sont:

- pour la mère: anémie, raccourcissement de la durée de la grossesse, hémorragies, fausse couche;
- pour l'enfant: malformation du tube neural (*Spina bifida*), taille et poids de naissance trop faibles, naissance prématurée, fragilité dans les premiers jours suivant la naissance.

La carence en iode au cours de la grossesse risque de déclencher un avortement spontané et peut causer la survenue d'altérations du cerveau avec déficit intellectuel. Quand la carence en iode au cours de la grossesse est compensée, la répartition du QI sera normale. Cependant, le QI ne peut pas être corrigé par le supplément post-natal d'iode.

Un apport en vitamine A insuffisant pendant la grossesse peut causer un avortement spontané et des malformations congénitales et, chez le nourrisson puis l'enfant, des troubles oculaires, une cécité et des infections microbiennes.

Un apport en vitamine A excessif pendant la grossesse peut causer des malformations congénitales, des nausées et maux de tête chez la mère et, chez le nourrisson puis l'enfant, des altérations hépatiques.

Les effets sur la vie adulte

Le faible poids à la naissance puis à l'âge de 1 an augmentent le risque de maladies chroniques lors de la vie adulte, comme l'hypertension, les maladies coronariennes, le diabète de type 2. La santé et la bonne nutrition des femmes sont particulièrement importantes puisque ce sont les femmes qui fondent les conditions d'une vie longue et saine pour leur descendance, grâce à leur capacité à optimiser la croissance de leurs enfants.

Le fœtus "apprend" son futur environnement au travers de sa mère. L'effet de la famine est plus marqué si la femme en souffre durant le dernier trimestre de la grossesse. C'est la période de la grossesse où le gain de poids du fœtus est le plus important.

L'association d'un mauvais environnement intra-utérin (révélé par un retard de croissance à la naissance) et d'un futur style de vie d'abondance relative (révélé par une "relative obésité") semble être le facteur de risque le plus important pour développer un diabète.

La prévention est fondamentale

Les mesures préventives doivent commencer avant que la grossesse ne se présente. Fournir un supplément nutritif à la mère pendant la grossesse est important, mais souvent insuffisant. Améliorer la nutrition et le niveau de santé des femmes fécondes empêchera les dommages à leur progéniture. Ceci doit commencer avant la conception pour assurer le meilleur environnement pour le fœtus.

Les sages-femmes favorisent-elles l'allaitement maternel?

B. Bioud¹, A. H. Benahcene¹, K. Belgoufi¹, Z. Benarab¹, S. Laouamri² & M. Hamdi Cherif²

1. Service de pédiatrie, CHU de Sétif, Algérie

2. Service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU de Sétif, Algérie

Les sages-femmes jouent un rôle important dans le choix que font les femmes sur le mode d'alimentation de leur enfant, non pas uniquement en période périnatale, mais aussi durant la grossesse et après la naissance, aux centres de PMI. L'objectif de notre travail est d'étudier les attitudes et les connaissances pratiques des sages-femmes en matière d'allaitement maternel. Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale par entretiens semi-directifs avec 52 sages-femmes travaillant dans la région de Sétif (Algérie). Les résultats montrent que, même si à l'unanimité les sages-femmes connaissent la primauté du lait maternel, elles se trouvent, pour la majorité d'entre elles, incapables de résoudre les petits problèmes que peut poser l'allaitement maternel. Ainsi, pour s'assurer une collaboration efficace et active des sages-femmes en vue de promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, une formation pratique à l'accompagnement de l'allaitement maternel s'impose, de même que l'intégration de l'éducation en matière d'allaitement, comme devant obligatoirement faire partie de l'enseignement donné aux professionnels de santé.

Croissance pondérale des nouveau-nés de faible poids de naissance.

Suivi en soins externes pédiatriques au centre médical

Paul VI (analyse rétrospective à propos de 75 cas).

J.-M. Baziomo¹, S. Traore¹, G. Ilboudo², S. Kima¹ & J. E. Surgou³

1. Centre médical Paul VI, Ouagadougou, Burkina Faso

2. Inspection de la Santé (Ministère de la santé), Ouagadougou, Burkina Faso

3. Laboratoire de l'aag-yonre, Ouagadougou, Burkina Faso

L'exercice de la médecine dans le tiers-monde, et en particulier en zone tropicale, ne peut se faire sans une adaptation des techniques médicales aux réalités socio-économiques et culturelles des populations. Le contact étroit entre la mère et son enfant nécessite d'être sauvegardé parce qu'il procure de la chaleur et constitue une source de stimulation indispensable au bon développement de l'enfant. La surveillance des nouveau-nés de

faible poids de naissance en soins externes montre une bonne croissance pondérale avec un poids moyen supérieur à 2 500 g à la sixième semaine de vie postnatale. La croissance est plus lente chez les enfants de poids de naissance inférieur ou égal à 1 500 g. Cette prise en charge peut être une méthode complémentaire à l'unité de néonatalogie équipée de couveuses, quand le nouveau-né n'a pas un très faible poids de naissance (PN \leq 1 500 g), sans pathologie respiratoire et/ou neurologique. Elle favorise le contact permanent de l'enfant avec sa mère et contribue à la promotion de l'allaitement maternel et au bon développement psychomoteur de l'enfant.

La constipation chez l'enfant.

À propos de 138 cas

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

Service de pédiatrie III, Hôpital d'Enfants, Centre Hospitalier Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

La constipation est un syndrome fréquent en pédiatrie. Elle représente 5 % des consultations de pédiatrie générale et 25 % des consultations de gastro-entérologie.

Sur une période de 11 ans (janvier 1990-décembre 2000), nous avons colligé 138 cas, suivis à la consultation de gastro-entérologie de l'hôpital d'enfants Ibn Rochd.

Le but de ce travail était d'étudier les aspects cliniques et évolutifs des patients consultant pour constipation chronique dans notre hôpital. L'âge de nos patients variait entre 1 mois et 14 ans, les enfants représentant 62,3 % et les nourissons 37,7 %. Le sex-ratio était de 1,2. Les symptômes par ordre de fréquence étaient : les selles dures, les douleurs à la défécation, les efforts expulsifs, l'encoprésie, les douleurs abdominales et les rectorragies dans respectivement 72,4%, 52,9 %, 34,8 %, 19,6 %, 18,8 % et 5,7 % des cas. L'émission méconiale était normale dans 86 % des cas. Un facteur déclenchant a été retrouvé dans 62,3 % des cas. L'examen clinique a trouvé un ballonnement abdominal dans 31,8 % des cas, une fissure anale dans 9,4 % des cas et une hypotrophie dans 2,1 % des cas. L'ASP a été demandé dans 26,8 % des cas et le lavement baryté dans 12,3 % des cas. La manométrie ano-rectale n'a été réalisée que chez 1 patient. Le traitement a comporté des conseils hygiéno-diététiques dans tous les cas, des laxatifs dans 86,2 % des cas et une psychothérapie dans 7,9 % des cas. Une prise en charge chirurgicale a été indiquée dans 3,6 % des cas.

L'évolution a été favorable dans 89 cas. 15 patients présentent toujours une constipation et 34 patients ont été perdus de vue. Les facteurs prédictifs d'une mauvaise réponse au traitement ont été identifiés. L'interrogatoire et l'examen clinique représentent les piliers de la prise en charge d'un enfant constipé. Les examens para-cliniques ne sont demandés qu'en cas de suspicion d'une cause organique ou en cas d'échec du traitement. La constipation fonctionnelle est de loin la plus fréquente.

Les complications hématologiques de l'hépatite virale. (À propos de trois cas)

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

Unité d'hémo-oncologie pédiatrique, Hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

L'hépatite virale A est fréquente en milieu pédiatrique, elle est en règle bénigne. Des complications d'ordre hémato-

logique surviennent exceptionnellement au décours de cette affection.

Nous rapportons trois observations d'hépatite virale A compliquée d'anémie hémolytique aiguë auto-immune, chez des enfants âgés respectivement de 2 ans et demi et de 11 ans, et d'une aplasie médullaire chez un garçon de 2 ans. Dans les trois cas, le début a été progressif par un syndrome grippal associé à un ictère cutanéomuqueux d'allure cholestatique dans les deux derniers cas, suivi, 15 jours après, par la survenue brutale d'une hémolyse aiguë dans les deux premiers cas et d'un syndrome d'insuffisance médullaire complet dans le troisième cas. L'examen clinique à l'admission a retrouvé, à côté de l'ictère et de la pâleur des urines porto dans les deux premiers cas, une fièvre à 39 °C et des ecchymoses dans le troisième cas.

La numération formule sanguine faite à l'admission retrouve une anémie sévère à 3 g/100 ml, normochrome, macrocytaire dans les deux premiers cas, une pancytopenie dans le troisième cas. Une anémie hémolytique auto-immune a été retenue dans les deux premiers cas devant le test de Coombs positif et la négativité du bilan d'anémie hémolytique constitutionnelle. Le diagnostic d'aplasie médullaire a été confirmé sur les données de la biopsie ostéo-médullaire.

L'origine post-hépatitique virale A a été retenue sur les données cliniques, la positivité des IgM et l'hépatite virale A.

Dans les trois cas, une transfusion de culot globulaire a été instituée en urgence. Une corticothérapie à la dose de 2 mg/kg/j a été entreprise dans les deux premiers cas. L'évolution a été marquée par la survenue d'autres accidents d'hémolyse aiguë mal tolérés nécessitant des transfusions sanguines itératives, puis par le décès dans un tableau d'infection nosocomiale à staphylocoque dans le 1er cas. L'évolution a été rapidement favorable sous corticothérapie avec un recul de 6 mois dans le 2e cas. Dans le 3e cas, un traitement par cyclosporine a entraîné une augmentation de la lignée blanche avec diminution des besoins transfusionnels après un mois de traitement.

Les complications hématologiques de l'hépatite virale sont rares, mais sévères, ce qui justifie la nécessité d'un traitement précoce et adapté ainsi que des mesures préventives, notamment par la vaccination.

L'anémie hémolytique auto-immune

K. Maani, M. Ninia, J. Hachim, A.A. Bousfiha, N. Mikou & H. Hadj

Unité d'hémo-oncologie pédiatrique, Hôpital d'enfants, Casablanca, Maroc

L'anémie hémolytique auto-immune se manifeste essentiellement chez le jeune enfant : elle relève d'étiologies multiples.

Nous nous proposons de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection à travers une étude rétrospective de 8 cas colligés dans le service de pédiatrie III sur une période de 5 ans. Il s'agit de 5 garçons et 3 filles âgés de 18 mois à 12 ans, hospitalisés pour une hémolyse d'installation brutale dans 7 cas et progressive dans deux cas. L'anamnèse retrouve un ictère cholestatique avec syndrome grippal survenu 4 jours à 3 mois auparavant dans trois cas, des adénopathies cervicales évoluant depuis 2 ans avec altération de l'état général dans un cas, et des broncho-pneumopathies à répétition dans un cas. L'examen clinique retrouve une splénomégalie (trois cas), associée à une hépatomégalie et à des adénopathies périphériques (un cas). Dans les autres cas,

l'examen est normal. L'hémogramme fait à l'admission retrouve une anémie sévère (taux d'hémoglobine < 4 g/100 ml), normochrome macrocytaire régénérative (5 cas) et normochrome normocytaire dans les autres cas. Le test de Coombs est positif dans tous les cas. Le bilan étiologique a permis de retenir une hépatite virale A (2 cas), une maladie de Hodgkin (un cas), un déficit immunitaire combiné (un cas), un lupus (un cas). Dans trois cas, l'étiologie reste indéterminée. Le traitement a consisté en une transfusion de culot globulaire phénotypé associée à la corticothérapie dans tous les cas, et au traitement étiologique de l'affection causale. L'évolution est favorable (6 cas), défavorable avec décès (2 cas). L'anémie hémolytique auto-immune reste rare chez l'enfant. Elle est secondaire à une pathologie sous-jacente dans plus de 50 % des cas, ce qui impose une recherche étiologique et un traitement adapté.

Prise en charge (PEC) de l'enfant infecté par le VIH. Expérience du service de pédiatrie du CHU de Yopougon à Abidjan (Côte d'Ivoire).

A. M. Timite-Konan¹, P. Fassinou¹, R. Coulibaly¹, I. Adonis Koffy¹, M. I. Ake Assi¹ & I. Nigue²

1. Service de pédiatrie médicale, CHU de Yopougon, 01 BP 632, Abidjan 01.
2. Service de biostatistique, UFR Sciences médicales, 01 BP V 166, Abidjan.

L'infection par le VIH, fléau mondial, est un lourd fardeau pour l'Afrique. La Côte d'Ivoire est le pays le plus atteint en Afrique de l'Ouest. La prévalence dans la population générale est de 10 % et de 7 % à 13 % chez la femme enceinte, selon la zone, rurale ou urbaine. En 1998, dans le cadre de l'initiative du Ministère de la santé publique (MSP) ONU sida, huit centres de référence pour le traitement anti-rétroviral (ARV) ont été identifiés. Le service de pédiatrie du CHU de Yopougon est l'unique centre de référence pour l'enfant dans le cadre de cette initiative.

Les objectifs de notre travail étaient de :

- décrire les modalités de prise en charge dans ce centre,
- préciser les difficultés qui se sont présentées à nous dans le contexte africain.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive sur une cohorte ouverte de 233 enfants suivis du 1/9/98 au 20/7/01. Chaque enfant dispose d'un dossier où sont consignés les données épidémiologiques, les données cliniques et biologiques (CD4, charge virale, bilan pré- thérapeutique), le traitement et le suivi.

Les malades ont été recrutés selon trois modalités: référence interne au sein du CHU de Yopougon, enfants référés des structures publiques ou privées, enfants dépistés par différents projets.

Les protocoles thérapeutiques ARV employés étaient la bi-thérapie associant deux analogues nucléosidiques et, depuis janvier 2000, la trithérapie composée de deux analogues nucléosidiques et un inhibiteur de protéase. La mise sous ARV répond à des critères cliniques biologiques et socio-économiques.

Ainsi 124 enfants ont été mis sous ARV, les 109 autres étaient sous cotrimoxazole uniquement.

Organisation de la prise en charge

Les différentes activités sont le dépistage, le suivi clinique des nouveau-nés et nourrissons de mères séropositives pour le VIH, le suivi clinique et biologique des enfants VIH positif.

Les différents partenaires qui contribuent financièrement et matériellement sont le projet Retro-CI du CDC d'Atlanta pour les examens de laboratoire, le projet Enfant de l'ANRS, le Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI).

Résultats du suivi:

Données épidémiologiques:

- l'âge moyen des 233 enfants était de 78,28 mois \pm 46. Celui des 124 sous ARV était de 77,75 mois \pm 48,78;
- pour le sexe, nous avons 54,5 % de garçons et 45,5 % de filles dans la population générale;
- le mode de transmission était essentiellement vertical. Le type de virus était le VIH 1 pour 232 enfants et le VIH 2 pour un malade;
- la durée du suivi a été de 6 mois ou plus pour 81 patients, soit 34,7 %.

Données cliniques et bio-cliniques:

- pour la population générale, 18,6 % étaient au stade clinique A, 34,4%, au stade B et 34,6% au stade C. Le déficit immunitaire était modéré pour 31,6 % (71/225) et sévère pour 45,3 % (102/225). Les sujets sous ARV avaient un déficit immunitaire sévère dans 57 % des cas avec CV élevée supérieure à 5,10 log 10;
- pour les données thérapeutiques des sujets sous ARV, quatre malades seulement étaient sous bithérapie, tous les autres étaient sous trithérapie;
- l'évolution des 233 sujets a été marquée par 35 décès (15 %) et 17 perdus de vue (7,3 %).

Difficultés rencontrées :

Elles concernaient le personnel, le matériel, les médicaments, les parents et leurs familles. Elles étaient les suivantes :

- l'insuffisance du personnel et une certaine réticence des infirmiers à s'impliquer; l'absence d'assistante sociale et de psychologue était un handicap sérieux,
- les ARV et le petit matériel avaient une disponibilité variable,
- l'implication de l'administration hospitalière était faible,
- les difficultés d'observance des prescriptions et le choix du type d'alimentation du petit nourrisson étaient liés à l'environnement psychosocial et aux moyens limités des parents.

Conclusion

La prise en charge de l'infection par le VIH de l'enfant avec mise sous traitement ARV dans nos pays d'Afrique subsaharienne est possible. Les résultats sont encourageants. Cependant des difficultés diverses dues à notre contexte socio-économique et à l'implication insuffisante des autorités administratives sont rencontrées. Toute ouverture d'un centre de PEC devrait en tenir compte.

Syndrome de Kasabach-Merritt. À propos d'un cas

I. Ait Sab, K. Maani, J. Hachim & H. Hadj Khalifa

Unité d'hémo-oncologie pédiatrique, Service de pédiatrie III, Hôpital d'enfants, Centre hospitalier Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Le syndrome de KASABACH-MERRITT est une affection très rare du nourrisson. Il se définit par une thrombopénie majeure, un syndrome de coagulopathie de consommation intravasculaire associés à l'augmentation brutale de la taille d'un hémangiome.

Nous rapportons l'observation d'un nourrisson masculin: B.A., âgé de 2 mois, présentait dès la naissance une lésion bleuâtre au niveau de l'épaule gauche. À l'âge de 30 jours, il apparaît une augmentation brutale du volume de la lésion avec des signes inflammatoires locaux. Le diagnostic d'un abcès est évoqué et une ponction est pratiquée, laquelle s'est compliquée d'un saignement abondant.

À son admission, le 30 mars 2001, dans le service de pédiatrie III, le nourrisson était en état de choc avec une masse violacée infiltrée de l'épaule gauche. Ce tableau évoquait d'emblée le syndrome de Kasabach-Merritt. L'hémogramme montrait une anémie à 4 g/100ml, une thrombopénie à 9 000/mm³, des leucocytes à 11 700/mm³. L'hémostase était perturbée avec une CIVD, un TS allongé et une élévation du taux des produits de dégradation de la fibrine (PDF). Le nourrisson a été transfusé en urgence par culot globulaire et culot plaquettaire, et a même nécessité des transfusions itératives. L'échographie et la TDM de la masse étaient en faveur d'un hématome des parties molles. La recherche d'autres localisations angiomateuses était négative. Le nourrisson a été mis sous corticothérapie à la dose de 2 mg/kg/jour et l'évolution a été marquée par une amélioration nette sur le plan local et général.

Cette observation illustre les difficultés diagnostiques du syndrome de Kasabach-Merritt lorsque la lésion vasculaire prend un aspect inflammatoire. Elle met en évidence la gravité de l'affection pouvant engager le pronostic vital. Elle relate aussi l'effet bénéfique du traitement par la corticothérapie générale.

La gestion d'une anémie sévère à 4 grammes d'hémoglobine chez un nourrisson de 18 mois face à un refus de transfusion avec décharge exprimée par écrit par les parents. À propos d'un cas.

A. Odounlami, J. M. Migan, S. Chitou & Makaya

Service de pédiatrie de l'Hôpital El fateh à Ouando Porto-Novo (Bénin)

L'enfant S. Timothée, âgé de 18 mois, est admis dans le service pour fièvre, anémie sévère et coma réactif. Le bilan sommaire à l'entrée (GE: goutte épaisse – DP: densité parasitaire – TH: taux d'hémoglobine et NB: numération blanche) a permis de poser le diagnostic de paludisme grave avec anémie sévère.

Traitement entrepris en raison du refus de transfusion:

- oxygénothérapie à 3 l/mn
- celestène injectable 1 ampoule en urgence
- abord veineux avec haemacel – glucose à 10% 500ml/jour + électrolytes pour apport calorique, effet de diurèse osmotique pour éviter l'hémodilution;
- mise en place d'une sonde nasogastrique pour gavage et apport martial sous forme de Ranferon – 12^e sirop, à raison de 2 cuillères à café 3 fois par jour (association de fer – acide folique – vitamine B12 – sorbitol);
- couverture antibiotique
- traitement antipaludéen par Plasmotrim 50 mg[®] (dérivé de l'artémisine) sur 5 jours.

Évolution clinique et biologique:

- sortie du coma à J3: réclame à manger
- enlève sa sonde gastrique dans la nuit du 3e au 4e jour. Reprise de l'alimentation per os. Enfant capable de s'asseoir tout seul et de communiquer avec son entourage. Arrêt de la perfusion et prescription d'oxygène.
- Au bout de 3 semaines, recoloration des téguments avec reprise du jeu et de la déambulation.

Évolution des examens biologiques

	JO	J2	J7	J14	J21
GE	+		-	+	+
DP	purée de trophozoïtes	-	HP/mm ³	2 400 HP/mm ³	4 200
T x Hb	4,1 g/dl	2,6	4,3	6,2	10,7
NB	7,9 x 10 ⁹		24,36	7,40	6

Conclusion

Évolution clinique favorable avec amélioration continue du taux d'hémoglobine au bout de 3 semaines sous Ranferon-12 sirop[®].

La transfusion est d'une efficacité remarquable en cas d'anémie sévère de l'enfant mais la déclaration d'un professeur d'hématologie nous vient à l'esprit: "La transfusion, c'est la décision la plus grave qu'un médecin puisse prendre dans sa journée de travail".

L'étude de ce cas se poursuit à l'heure actuelle et va s'étendre sur trois mois.

Indications et impact des nouvelles thérapies dans le syndrome néphrotique de l'enfant africain. Expérience du CHU de Yopougon à Abidjan

L. Adonis-Koffy¹, E. S. Ehua Amangoua¹, A. M. Timite-Konan¹ & D. Gnionsahé²

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

Introduction

Le syndrome néphrotique (SN) de l'enfant africain, du fait de son évolution défavorable sous corticothérapie et immunosuppresseurs, a été longtemps au-delà de toute thérapeutique, soumis uniquement à un traitement symptomatique. Depuis une dizaine d'années, le profil clinique, biologique et évolutif de cette affection s'est modifié et s'apparente au SN de l'enfant occidental. De ce fait, les conduites thérapeutiques se sont également modifiées.

L'objectif de cette étude est d'analyser les indications et les résultats des nouveaux protocoles thérapeutiques sur le SN de l'enfant africain: notamment, l'utilisation de bolus de méthylprednisolone, de lévamisole, de cyclophosphamide et de corticothérapie *a minima* au long cours (0,3 à 0,5 mg/kg 1 jour/2 pendant 18 mois à 2 ans).

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive longitudinale, effectuée sur une cohorte d'enfants suivis pour SN de janvier 1991 à juin 2001. Les nouveaux protocoles ont été introduits dans la prise en charge dès l'année 1996. À partir d'un suivi clinique et biologique régulier, l'évolution de l'affection a été analysée.

Résultats

Soixante enfants ont été suivis pour SN, soit une moyenne de six enfants par an. Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,6. La tranche d'âge des 5 à 10 ans est prédominante, représentant 60 % de l'effectif; 75 % des sujets étaient cortico-sensibles à la corticothérapie initiale, 16 % cortico-résistants d'emblée, 7 % sont actuellement à la première phase du traitement ne permettant pas de juger de la cortico-sensibilité, et 2 % ont eu une rémission spontanée. Après la première phase du traitement (60mg/m²/j pendant 1 mois), nous avons eu 11 perdus de vue.

Concernant les nouveaux protocoles, six patients ont reçu un bolus de méthylprednisolone dont l'indication était: dans deux cas, une insuffisance rénale compliquant un SN inaugural; dans deux cas une persistance de la protéinurie après 6 semaines de corticothérapie à 60mg/m²; enfin, pour un sujet, l'indication était une corticodépendance à haut seuil de corticothérapie. Nous avons obtenu une rémission totale pour 5 patients et un échec thérapeutique.

Cinq enfants ont reçu du lévamisole. L'indication était une corticodépendance avec de nombreuses rechutes. Le traitement a été rapidement arrêté chez un patient qui a présenté une neutropénie. Nous avons obtenu trois rémissions totales, dont

deux enfants complètement guéris actuellement, et un échec chez un sujet qui a eu une mauvaise observance thérapeutique. Enfin, la corticothérapie *a minima* au long cours a été préconisée chez huit enfants ayant des rechutes précoces à l'arrêt du traitement. Les résultats sont satisfaisants, car sept d'entre eux sont en rémission totale, dont un guéri depuis 1996. Un seul présente encore des épisodes de protéinurie massive au décours d'épisodes infectieux.

Le cyclophosphamide a été utilisé chez quatre patients dont deux étaient corticorésistants et deux corticosensibles partiels, avec des signes d'intolérance de la corticothérapie. Nous avons obtenu, dans les deux premiers cas, un échec thérapeutique, tandis que les deux autres présentent actuellement une réduction notable de la protéinurie, mais sans rémission complète.

Conclusion

L'utilisation de bolus de méthyl prednisolone, de lévamisole et de corticothérapie *a minima* a permis d'obtenir des rémissions durables dans les proportions respectives suivantes: 83%, 60% et 87,5%. Par contre, le cyclophosphamide s'est révélé inefficace dans les cas de corticorésistance. Ces résultats devraient encourager l'utilisation de ces protocoles en cas de persistance de la protéinurie au traitement classique. Néanmoins, la réalisation de biopsies en cas de corticorésistance faciliterait le choix thérapeutique, ce qui permettrait d'améliorer les résultats.

Phéochromocytome. À propos d'un cas

S. Ziat, M. S. Ladj, F. Fernini, Y. Aouabed, H. Boudiaf, S. Guers, N. Hamadouche, N. Baghdali, M. Sari-Ahmed & M. Achir

Service de pédiatrie, CHU Birtraria, Alger, Algérie

Les étiologies de l'hypertension artérielle (HTA) chez l'enfant sont dominées par les causes rénales et réno-vasculaires (jusqu'à 80 % des cas selon les séries). Les causes endocriniennes ne représentent que 1 à 8 % des étiologies. Nous rapportons le cas d'une adolescente âgée de 13 ans présentant une HTA confirmée. L'enquête étiologique a abouti au diagnostic de phéochromocytome. La cure chirurgicale a permis la normalisation des chiffres tensionnels.

Où en est le rhumatisme articulaire aigu en Algérie?

B. Bioud¹, A. H. Benahcene¹, A. Kara², S. Laouamri³, M. Hamdi Cherif³ & M. S. Issad⁴

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

2. Service de cardiologie, CHU de Sétif, Algérie.

3. Service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU de Sétif, Algérie.

4. Service de cardiologie, CHU de Beni-Messous, Alger, Algérie.

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) demeure un problème de santé publique majeur dans les pays en voie de développement, comme en témoigne le nombre encore élevé des hospitalisations pour crise de RAA et/ou pour cardite rhumatismale dans les services de cardiologie et de pédiatrie. Cela a justifié la mise en place, en 1990, en Algérie, d'un programme national de lutte contre le RAA, axé sur la prévention primaire et secondaire et sur la prise en charge des cas de RAA. Dans le cadre de l'évaluation du programme, une enquête épidémiologique de type transversal, portant sur le dépistage actif des cardiopathies rhumatismales dans la population scolarisée des deux secteurs sanitaires de Sétif et d'Ain Oulmène

(wilaya de Sétif) et concernant un échantillon représentatif de 6 415 élèves, montre que la prévalence de ces affections est estimée à 1,8 pour 1 000, sans différence statistiquement significative avec les enquêtes précédentes, notamment celle menée au niveau de ces deux secteurs en 1989. D'après les données obtenues, les résultats peuvent être qualifiés de modestes et une redynamisation du programme est nécessaire.

Bilan des transferts d'enfants sénégalais pour chirurgie cardiaque à l'étranger de 1987 à 1997

V. Brousse, P. Imbert, F. Kieffer, P. Mbaye, A.S. Ka, M. Thiam, P. Gerardin & D. Sidi

Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital d'instruction des armées Bégin, 69 Avenue de Paris, 94163 Saint Mandé, France

Objectif:

Évaluer le devenir des enfants atteints de cardiopathie et transférés à l'étranger pour chirurgie cardiaque. Définir les meilleures indications chirurgicales.

Méthodes:

Enquête rétrospective réalisée en 1999, à partir du registre de Terre des Hommes, des enfants transférés entre 1987 et 1997 de l'Hôpital Principal de Dakar à l'étranger. Reconvocation systématique des enfants dont le suivi était incomplet pour réévaluation clinique, radiologique ou échographique.

Résultats:

En 10 ans, 168 enfants ont été transférés, dont 19 sont décédés en période péri-opératoire (cardiopathies (C) congénitales: 11, C. rhumatismales: 8). Parmi les 149 enfants revenus au Sénégal, 15 avaient été récusés et 134 ont eu des suites opératoires immédiates simples.

Le devenir ultérieur de ces 149 patients était connu chez 126 enfants régulièrement suivis au moment de l'enquête, avec un recul moyen de 5,6 ans. Le résultat était bon dans 82 cas, dont 47 C. congénitales et 35 C. acquises, ou médiocres (séquelles neurologiques ou cardiovasculaires) dans 15 cas, dont 4 C. congénitales et 11 C. acquises. Un décès tardif a été noté 29 fois, dont 5 C. congénitales et 24 C. acquises. Les 23 autres enfants étaient perdus de vue, parmi lesquels 18 C. congénitales considérées comme guéries et 5 C. rhumatismales opérées (aucune par prothèse valvulaire). Au total, les résultats étaient meilleurs pour les C. congénitales que pour les C. acquises: décès immédiat ou tardif moins fréquent (18,8 *versus* 38,6 %, $p = 0,003$) et résultats meilleurs à moyen terme (bons résultats: 55,5 *versus* 42,2 %), perdus de vue exclus. Au sein des cardiopathies rhumatismales, les insuffisances mitrales pures traitées par prothèse mécanique étaient grevées d'une mortalité plus élevée (6 décès, 50 %) qu'après plasty mitrale (2 décès, 13 %).

Conclusion:

Ces résultats plaident pour une amélioration de la prise en charge en amont de la cure chirurgicale: dépistage précoce des cardiopathies congénitales et prophylaxie du rhumatisme articulaire aigu. La gravité du pronostic s'explique aussi par des délais d'attente du transfert souvent importants après confirmation de l'indication chirurgicale. Cet inconvénient serait au mieux levé par des missions chirurgicales du Nord opérant localement à intervalles réguliers dans des centres spécialisés, en attendant la mise en place d'une véritable relève locale logistique et humaine.

Étude rétrospective des urgences

H. Masri & B. Gerbaka

Hôpital Rassoul, Beyrouth, Liban

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique effectuée dans les départements d'urgence de plusieurs hôpitaux libanais au cours de l'année 1999. L'étude réalisée à l'hôpital Rassoul avait pour but essentiel :

1. d'apprécier la fréquence des accidents selon l'âge, ainsi que leurs causes favorisantes et le taux de mortalité et de morbidité ;
2. de tirer des recommandations en terme de prévention secondaire et d'améliorer la prise en charge hospitalière.

Le chiffre à retenir est celui des accidents de la voie publique (AVP), dont le taux arrive à 20 %, avec un risque d'hospitalisation > 70 % quel que soit l'âge du patient, ainsi qu'un taux élevé de fractures et de traumatismes crâniens, mais une mortalité non significative. Il est à noter que le risque d'accidents a doublé si l'âge > 18 ans.

Les recommandations suivantes ont été proposées :

1. améliorer l'efficacité des programmes organisés par le ministère de la santé à propos de la prévention des accidents ;
2. faire des affichages pertinents et convaincants pour les conducteurs sur les autoroutes ;
3. informer le citoyen à travers les journaux et les programmes télévisés ;
4. éduquer les enfants dans les programmes scolaires dès le bas âge ;
5. diminuer la taxe douanière des outils nécessaires pour la prévention des traumatismes lors des AVP (casques pour les motards, sièges autos pour les bébés,...) ;
6. augmenter l'amende en cas de non-respect du code de la route.

Maladie de Chediak-Higashi. À propos d'une observation

H. Boudiaf¹, Y. Aouabed¹, H. Hmadouche¹,
S. M. Ladj¹, S. Ziat¹, F. Fernini¹, N. Baghdali¹,
S. Guers¹, M. Sari Ahmed¹, M. Achir¹, N. Zidani²
& M. Belhani²

1. Service de pédiatrie, CHU Birtraria, Alger, Algérie

2. Service d'hématologie, CHU Beni Messous, Alger, Algérie

La maladie de Chediak-Higashi est une affection héréditaire rare de transmission autosomique récessive. La survenue, à un moment donné de l'évolution de la maladie, d'une phase d'aggravation appelée phase accélérée en fait l'originalité et surtout la gravité.

Nous rapportons l'observation d'une fillette âgée de 2 ans, issue d'un mariage consanguin, avec notion de deux décès dans la fratrie dans un tableau similaire. Le diagnostic de maladie de Chediak-Higashi a été porté lors d'une phase accélérée.

Cette observation rappelle l'évolution toujours fatale en l'absence de traitement particulier et souligne l'intérêt d'un diagnostic anténatal.

Localisation sous-cutanée du lymphome de Burkitt. À propos d'un cas au CHU de Yopougon, à Abidjan (Cote D'ivoire)

L. Adonis-Koffy¹, D. Sawadogo², N. Elenga²,
A.M. Timite-Konan¹ & A. Sangare²

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

2. Service d'hématologie, CHU de Yopougon, BP 632, Abidjan 21, Côte d'Ivoire

Le lymphome de Burkitt est le cancer le plus fréquent de l'enfant en Afrique de l'Ouest. Les deux localisations les plus fréquentes sont maxillo-faciale et abdominale. Les auteurs décrivent l'observation d'une localisation sous-cutanée d'un lymphome de Burkitt.

Observation

L'enfant D.Y.C, âgé de 7 ans, vivant dans une zone rurale forestière de la Côte d'Ivoire, a été adressé au service de pédiatrie du CHU de Yopougon pour une altération de l'état général, une fièvre au long cours et une tumeur abdominale.

Le début de la symptomatologie a été brutal. L'affection évoluait depuis 1 mois et aurait débuté par une douleur abdominale sans trouble du transit. Puis est apparue une distension progressive de l'abdomen, auxquels se sont associés des œdèmes des membres inférieurs et une fièvre vespérale.

Les antécédents étaient sans particularité, et l'examen à l'admission a mis en évidence une fièvre à 38 °C, un état cachectique (18 kg pour 7 ans) et des conjonctives peu colorées. L'examen de l'abdomen a retrouvé une hernie ombilicale et une distension abdominale. Il y avait une importante hépatomégalie.

L'examen spléno-ganglionnaire a révélé des petites adénopathies cervicales et inguinales, ainsi qu'une splénomégalie de type II selon la classification de Hackett. À l'examen cutanéomuqueux, on notait une tumeur para-vertébrale sous-cutanée, fluctuante, sensible mais non inflammatoire. Au plan des investigations, l'hémogramme a montré une anémie normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 7,7g/dl, des leucocytes à 4900/mm³ avec 63% de lymphocytes. Il s'agissait d'une anémie régénérative, car le taux de réticulocytes était de 53%. La radiographie du rachis a montré une densification des parties molles sans spondylodiscite. L'échographie abdominale a mis en évidence d'importantes formations hyperéchogènes, intrahépatiques et rétropéritonéales, de même qu'un foie et qu'une rate augmentés de volume évoquant un lymphome hépato-ganglionnaire. La ponction de la tumeur paravertébrale a ramené un liquide séro-sanglant contenant de nombreux lymphoblastes, dont certains vacuolés évoquaient des cellules de Burkitt. Deux ponctions de la masse abdominale ont révélé la présence également de cellules de Burkitt, confirmant le diagnostic. Le myélogramme était normal, il n'y avait pas d'envahissement de la moelle par les cellules de Burkitt et la radiographie pulmonaire était normale, permettant de classer ce lymphome de Burkitt au stade III de la classification de Ziegler.

Le traitement a consisté en l'application du protocole CMA (cyclophosphamide, méthotrexate, aracytine). L'évolution a été spectaculaire avec une disparition totale de la tuméfaction paravertébrale et de la tumeur abdominale après la deuxième cure.

Conclusion

L'intérêt de cette observation réside dans le caractère exceptionnel de cette localisation du lymphome de Burkitt qui pourrait, dans notre contexte, égarer vers d'autres maladies infectieuses chroniques, notamment un abcès de Pott, et retarder la prise en charge.