

XVIII^e Rencontres Francophones de Pédiatrie

Med Trop 2006; **66** : 133-134

Les XVIII^e Rencontres Francophones de Pédiatrie, Réunion commune de l'Association des Pédiatres de Langue Française et du Département de Pédiatrie de l'Hôpital Saint Vincent de Paul (organisateur : D. Gendrel, J. Laugier, C. Dupont), se sont déroulées les 8-9 octobre 2004 à Paris. Cette réunion a comporté comme chaque année une première journée consacrée à des séminaires Nord-Sud de vaccinologie et de nutrition, et une deuxième journée dédiée à une séance de communications orales et affichées, dans le cadre des Journées Parisiennes de Pédiatrie.

Séminaire Nord-Sud de vaccinologie

Il avait cette année pour thème les infections invasives à pneumocoque et à hémophilus.

Le programme était libellé sous forme de questions.

Y a-t-il des sérotypes de pneumocoques plus fréquents en Afrique ? (F. Denis)

Oui, on retrouve la plupart des types inclus dans le vaccin heptavalent, mais aussi des types absents en particulier le type 1 qu'on retrouve dans 23,5 à 35 % des infections invasives, et le 5 dans 9,7 à 11,2 % des cas.

Quelle protection donnent les vaccins anti-hémophilus et anti-pneumococciques ? (R. Teyssou, P. Saliou)

La prépondérance du type b d'*Haemophilus influenzae* avec une létalité et un taux de portage plus importants que pour les autres types, et la fréquence des infections à *Haemophilus* avant l'âge de deux ans aboutissant à une mortalité évaluée par l'OMS de 400 000 à 700 000 chaque année, sont rappelées. Les vaccins d'abord polysaccharidiques simples avaient une efficacité insuffisante chez les moins d'un an et sur le portage. Ils sont devenus efficaces chez les enfants à partir de deux mois depuis la conjugaison du polysaccharide à une protéine et la réduction du portage est évaluée à au moins 60 %.

L'étude récente *versus* placebo de Klugman (*NEJM* 2003; 349 : 1341-8) en Afrique du Sud montre une efficacité protectrice du vaccin heptavalent conjugué qui atteint 83 % chez les sujets VIH négatifs et 65 % chez les séropositifs.

Partage d'expériences

Plusieurs représentants de pays ont partagé leur expérience : Maroc, hôpital de Casablanca, Mauritanie, laboratoire national de la santé, Sénégal, Hôpital Albert Royer, Cameroun, Côte d'Ivoire et Mali. En commun, on note la fréquence et la gravité des méningites à Hib (létalité : 7 %,

séquelles : 28 %), puis des méningites à pneumocoque (létalité : 25 %, séquelles fréquentes).

Discussion générale sur les vaccins anti-hémophilus et anti-pneumococciques

• Le coût ? (S. Affif)

Au Maroc, le secteur privé et les pédiatres en particulier interviennent pour 4 % dans la couverture vaccinale de base. Ils proposent un calendrier vaccinal très proche du calendrier vaccinal français voire plus sophistiqué.

Si le vaccin pneumo heptavalent n'est pas encore disponible ni sur le marché privé ni sur le marché public, le vaccin Hib est inclus depuis peu au calendrier officiel et est vendu 19,87 euros.

• Le problème des rappels (J. Gaudelus)

Une analyse de la situation au Royaume-Uni montre que l'impact de la vaccination Hib en 3 doses 2, 3 et 4 mois sans rappel a abouti à une diminution de l'incidence des infections invasives de 22,4 pour 100 000 en 1992 à 0,65 en 1998, puis une réascension à 4,58 en 2002. L'utilisation de vaccins combinés à composante coquelucheuse acellulaire n'a pas provoqué de modification de l'efficacité du vaccin Hib en Allemagne, ni en France. Les Pays-Bas ont observé une augmentation de l'incidence avec un schéma avec rappel à 11 mois. Pour le vaccin pneumococcique heptavalent conjugué, l'efficacité démontrée dès la deuxième dose a fait penser que les rappels pouvaient être inutiles, mais les taux d'anticorps déclinent rapidement après le schéma primovaccinal et l'effet sur le portage n'est important qu'après rappel. Les rappels sont donc indispensables, pour tous pour le vaccin Hib et pour le vaccin pneumococcique heptavalent conjugué, puis avec le vaccin pneumococcique 23 valent pour les enfants à risque.

Séminaire de nutrition

Cette année, il a d'abord concerné le thème « Nutrition et développement cérébral ».

P. Gressens (France) a tout d'abord dressé les bases physiologiques du développement cérébral normal du nourrisson en montrant le rôle d'un neurotransmetteur tout à fait essentiel : le glutamate, dont l'excès ou la carence conditionnent le phénomène de mort neuronale programmée, très précoce puisque débutant *in utero* en fin de grossesse. Le développement cérébral dépend également de beaucoup de facteurs endogènes (génétiques) ou exogènes (par exemple,

l'effet bénéfique de la bêtaméthasone chez le prématuré, mais délétère des corticoïdes en période postnatale, et surtout le rôle majeur des interactions avec l'environnement dans la plasticité cérébrale). A. Lapillonne (France), dans un exposé passionnant, a ensuite développé le rôle également essentiel des acides gras (AG) dans le développement cérébral. Il a bien montré l'importance, dans la composition des membranes cellulaires neuronales, des AG polyinsaturés à longue chaîne (AGPI-LC), dont les précurseurs sont les fameux oméga-3 et oméga-6, nécessaires à la synthèse d'acide arachidonique et surtout de DHA, indispensable au développement neuronal (rétine et cortex notamment) pendant la première année de vie. Leur synthèse endogène est insuffisante pendant cette période. La source naturelle est le lait maternel, riche en AGPI-LC, alors que les laits 1^{er} et 2^e âge actuels en contiennent peu. C'est pourquoi l'auteur recommande que les enfants de petit poids de naissance, qui naissent avec des réserves faibles en DHA, bénéficient de laits artificiels enrichis en AGPI-LC comme le sont les laits pour prématurés, pendant toute la première année de vie. Ces recommandations pourraient s'étendre à l'ensemble des laits maternels et concerner tous les nouveau-nés et nourrissons non nourris au sein. Quant à conseiller une supplémentation en oméga-3 à toutes les femmes enceintes, il n'y a qu'un pas... que les scientifiques n'ont pas encore franchi ! J. Haddad (Liban), tout en retenant à son compte cet autre avantage du lait maternel par rapport aux formules infantiles, a mis en perspective l'apport nutritionnel du développement cérébral avec l'influence du milieu environnemental, dont toutes les études montrent l'importance capitale pour un développement psychomoteur optimal.

Enfin, pour terminer cette session, une table ronde tout à fait passionnante a permis à divers acteurs de terrain d'exposer leurs travaux en matière de nutrition pédiatrique dans les pays du Sud. A. Maherzi (Tunisie) nous a appris qu'il n'y avait plus de malnutrition grave ni de carence en iode en Tunisie, mais qu'émergeait à l'opposé un problème d'obésité infantile. S. Diouf (Sénégal) a montré des résultats significatifs en terme de réduction de la prévalence de la malnutrition grave dans la banlieue de Dakar grâce à l'Institut de pédiatrie sociale. La prise en charge de la carence martiale reste néanmoins difficile. Enfin, O. Guifo (Cameroun) a rapporté une étude très intéressante sur l'identification de facteurs de risque de malnutrition dans la ville de Yaoundé, ayant permis de définir des actions de prévention.

Séance de communications libres

Elle a débuté par une superbe conférence du Docteur M. Diop (Sénégal) sur « Les urgences pédiatriques extrahospitalières : une expérience à Dakar ». L'orateur a relaté la triple activité pédiatrique de SOS-Médecins de Dakar et de Saly (Petite Côte) dont il est le fondateur et le Président : soins d'urgence à domicile, transport simple ou médicalisé de type SMUR et évacuation sanitaire. Plusieurs points forts sont à retenir de cette expérience unique en Afrique intertropicale : l'absence de sélection des appels, la qualité des équipements, l'existence de protocoles de soins rigoureux, l'absence de décès pré-hospitalier malgré une gravité des cas comparable à celle observée par un SMUR francilien et la viabilité de cette organisation strictement africaine après plus de 10 ans d'existence. Les pathologies sont surtout infectieuses en bas âge, la proportion de traumatismes augmentant avec l'âge. De nombreuses hospitalisations, notamment pour asthme, ont pu être évitées et les patients hospitalisés ont bénéficié d'un bon conditionnement en amont. Assurément, cette expérience qui améliore la qualité des soins pré-hospitaliers des enfants sénégalais, voyageurs ou expatriés, constitue un vigoureux plaidoyer pour une extension aux autres pays africains.

Puis, des thèmes divers ont été abordés en communication orale : l'incompatibilité érythrocytaire fœto-maternelle, à propos de 180 cas (A. Barkat, Maroc) ; l'influence du régime sans gluten sur la croissance de l'enfant atteint de maladie coeliaque (H. Ben Mekhbi, Algérie) ; croissance et devenir neuro-psychologique des enfants anciennement mal nourris (L. Bouguerra, Tunisie) ; les enfants de la rue : à propos de 100 cas à Cocody et au plateau (D. Diomande, Côte d'Ivoire) ; les rapatriements sanitaires vers la France (F. Sorge, France) ; l'insulinothérapie chez l'enfant diabétique à Constantine (Z. Boudarda, Algérie) ; et enfin, surveillance de la rougeole au Cameroun (F. Nguéfa ck Dongmo, Cameroun).

Cette séance très riche, qui a suscité de nombreux débats, passionnés à propos de la communication sur les enfants de la rue, témoigne de la qualité des travaux sélectionnés pour ce congrès. Parallèlement étaient exposées des communications affichées sur des thèmes divers de pédiatrie, traitant notamment d'infectiologie (méningites, tuberculose) et de nutrition.

Cette année encore, les Rencontres Francophones de Pédiatrie ont permis, grâce au nombre élevé de participants du Nord et du Sud, des échanges riches sur la santé de l'enfant dans les pays en développement ■

N. GUERIN, P. IMBERT

Groupe de Pédiatrie tropicale de la Société Française de Pédiatrie