

Communications affichées

Session « Pédiatrie »

CAP 01

Importance de la fièvre hémorragique de Crimée Congo dans l'hygiène de la mère et de l'enfant en Iran

Chinikar S¹, Mirahmadi R¹, Moradi M¹, Ghiasi M¹, Khakifirouz S¹, Sadat Varai F¹, Solaimani MA¹, Zehi AH²

1. Laboratoire des Arbovirus et fièvres hémorragiques virales (Laboratoire de Référence Nationale), Département de virologie, Institut Pasteur d'Iran

2. Centre de soins de Zahedan

■ Correspondance : sadeghchinikar@yahoo.com

La fièvre hémorragique de Crimée Congo (CCHF) est une zoonose transmise par les tiques avec une mortalité chez l'homme qui peut atteindre 50%. Son agent est le virus du CCHF appartenant au genre *Nairovirus* et à la famille *Bunyaviridae*. Dans le cycle de transmission de la maladie, les tiques font à la fois office de vecteur et de réservoir. La maladie CCHF est transmise par morsure de tiques infectées, en manipulant les organes ou le sang du bétail infecté et de façon nosocomiale. *Méthodes.* Depuis l'émergence du CCHF en Iran en 1999, la maladie est considérée comme un problème majeur de santé publique et après la fondation du laboratoire des Arbovirus et des fièvres hémorragiques virales à l'Institut Pasteur d'Iran en tant que laboratoire national de référence, les sérums de patients probables ont été testés depuis juin 2000 jusqu'à nos jours par Elisa pour les anticorps anti CCHF (IgM et IgG) et par RT-PCR (Real time) ou sur gel d'agarose pour l'analyse moléculaire. *Résultats.* Nos résultats sérologiques et moléculaires démontrent que le nombre respectif de cas probables, confirmés et mort par CCHF est : 2 062, 785, et 112. Parmi les cas confirmés, 77,5% sont des hommes et 22,5% sont des femmes. L'âge moyen des femmes est compris entre 20 et 40 ans. Le nombre d'enfants de moins de 6 ans infectés est de 6, soit 0,7% du nombre de cas confirmés. *Conclusion.* En ce qui concerne la distribution selon le sexe, on voit que l'infection par CCHF est plus prévalente chez les hommes que chez les femmes, ce qui est dû à la contribution masculine aux professions à risque tel que travailleur d'abattoir, bouche... Comme cette maladie a été rapportée pouvoir se transmettre de mère à enfant en Turquie et comme en Iran les femmes et les enfants sont une grande partie de la population, bien qu'on n'ait pas eu de cas de transmission en Iran il faut être très vigilant.

■ Mots-clés : Fièvre Crimée Congo. Mère-enfant. Iran.

CAP 02

Contribution de la PCR en temps réel pour le diagnostic de la leishmaniose viscérale infantile dans l'Est Algérien

Mihoubi I, Frahtia K, Gassem N, De Monbrison F, Picot S, Berchi S, Louadi K

Université Mentouri de Constantine, Route d'Ain El Bey, Constantine, Algérie

■ Correspondance : mihoubii@yahoo.fr

La leishmaniose viscérale (LV) est une maladie parasitaire qui constitue un problème de santé publique. C'est la forme la plus grave des leishmanioses car elle est mortelle en l'absence de traitement. Elle touche environ 540 personnes par an en Algérie, principalement en Kabylie où elle est responsable de 6% de décès. C'est une maladie qui touche principalement l'enfant et dont le diagnostic est basé sur l'examen direct avec la mise en évidence de parasites dans la moelle osseuse et en partie sur la sérologie. La biologie moléculaire, plus rapide et plus sensible a montré son apport dans le diagnostic de la LV. Le but de notre travail est d'évaluer la contribution de la Polymerase Chain Reaction en temps réel (RT-PCR) dans le diagnostic de la LV en zone d'endémie. Les résultats obtenus montrent que sur les 108 échantillons analysés, 32 sont positifs en PCR en temps réel (29,6%) alors que l'examen microscopique et la sérologie sont positifs, respectivement, dans 24% (26 patients) et 25,9% (28 patients) des cas. La méthode de PCR en temps réel a donc permis d'augmenter le nombre de patients détectés de 26 à 32, soit un gain de plus de 20% par rapport aux méthodes microscopiques. Compte-tenu de l'évolution défavorable de cette maladie, toute amélioration des méthodes de diagnostic apporte un bénéfice médical direct.

■ Mots-clés : Leishmaniose viscérale. PCR en temps réel. Diagnostic. Algérie.

Communications affichées

CAP 03

Mourir avant l'âge d'un mois : des risques inégalement partagés

Rémy G

Comité des Bouches du Rhône pour l'Unicef

■ Correspondance : gmremy@free.fr

Selon l'OMS, dans le monde, en 2008, parmi 1 000 enfants nés vivants, 26 décèdent avant l'âge d'un mois (40 % de la mortalité dans l'enfance). Près de 85 % des décès résultent d'infections graves, d'une asphyxie ou d'une prématurité ; l'insuffisance pondérale est impliquée dans 60 à 80 % des décès néonataux. Les risques de mourir avant l'âge d'un mois sont très partagés par les pays en développement. La santé et la mortalité maternelles sont reconnues déterminantes : des soins appropriés pourraient éviter près des 2/3 des décès maternels et néonataux. Ceux apportés lors de l'accouchement (hygiène, présence d'un soignant qualifié, accès à des soins d'urgence) tiennent une place critique. Nombre d'autres mesures influent également : avant la grossesse (espacer les naissances, limiter la fécondité des adolescentes) et pendant celle-ci (consultations prénatales, prévention et traitement des infections, complément nutritionnel), lors de la période post-natale. Un accès inégal à ces soins est au centre des disparités géographiques et inégalités sociales de la mortalité maternelle et néonatale. Il renvoie en particulier au nombre et à la répartition des infrastructures sanitaires et des personnels de santé, à l'application des mesures reconnues efficaces, à l'accent mis sur la qualité des soins. Mais il est aussi l'effet de phénomènes d'exclusion sociale. Les progrès obtenus jusqu'à présent concernent surtout les citadins et les fractions de la population les plus riches, et aussi les plus instruites : ils sont plus à même d'utiliser les moyens et services proposés. Des progrès ultérieurs significatifs impliquent une ferme volonté politique, une « gouvernance » de la santé appropriée, un soutien financier renforcé. Mais aussi, pour l'Unicef, privilégier les actions en faveur des populations défavorisées est une condition pour à la fois combler le fossé qui les sépare du reste de la population et accélérer les progrès.

■ Mots-clés : Pays en développement. Mortalité néonatale. Disparités géographiques. Inégalités sociales.

CAP 04

Une mission pédiatrique militaire de soutien sanitaire des enfants adoptés en Haïti

Imbert P, Mornand P, Coste L, Hornez G

Service de maternité-pédiatrie, Hôpital militaire Bégin, Saint-Mandé, France

■ Correspondance : patrick.imbert@santarm.fr

En décembre 2010, la France et Haïti ont convenu, compte tenu du nombre élevé d'enfants ayant finalisé les procédures d'adoption et d'un contexte local défavorable (épidémie de choléra et séquelles du séisme survenu en janvier 2010), de les rapatrier ensemble. Une opération interministérielle a été décidée, incluant notamment le ministère de la Défense et des Anciens Combattants. *Objectifs et moyens.* Les objectifs étaient : assurer l'accompagnement médical des enfants lors du trajet du retour en France, leur administrer une prophylaxie du choléra par azithromycine, et répondre aux questions des parents adoptifs. L'équipe sanitaire interministérielle a comporté pour chacune des deux rotations aériennes, une équipe pédiatrique de l'hôpital Bégin et une convoyeuse militaire de l'air. Les ressources en matériels et médicaments ont été assurés par le Service de santé des armées et par le Ministère de la Santé. *Résultats.* A l'aller, une zone d'isolement a été définie dans l'avion pour les soins, les sanitaires ont été équipés pour l'hygiène des enfants et l'élimination des déchets, et une information sur l'hygiène a été donnée aux parents. Les soins ont été effectués parfois en Haïti, surtout pendant le vol du retour. Au total, parmi les quarante enfants annoncés comme malades, une dizaine par rotation a nécessité des soins pour des affections diverses, certains ayant nécessité un isolement prophylactique. Aucun choléra ou paludisme n'est survenu. Les personnels pédiatriques ont eu un rôle de réassurance important. Les informations médicales recueillies avant et pendant le vol ont été transmises à l'équipe médicale ayant pris le relais à l'aéroport d'arrivée en France. *Conclusions.* Cette mission pédiatrique militaire, la première depuis la mise en place du Dispositif santé de veille opérationnelle en 2008, a été très valorisante pour tous les personnels, médicaux et paramédicaux. En revanche, les lots pédiatriques militaires devront être réévalués pour ce type de mission.

■ Mots-clés : Adoption internationale. Opération extérieure. Armée. Haïti.

Faisons le point sur la vaccination à La Réunion

Dassa B¹, Bernède-Bauduin C¹, Polycarpe D², Nguyen AD², Derkasbarian M³, Vilain P^{1,4}, Rachou E¹

¹ Observatoire Régional de la Santé Réunion (ORS)

² Agence de Santé Océan Indien (ARS-OI)

³ Médecin généraliste libéral, membre de l'URPS

⁴ Cellule de l'InvS en région océan Indien (Cire-OI)

■ Correspondance : b.dassa@orsrun.net

De part sa situation géographique et ses caractéristiques sociodémographiques, l'île de La Réunion est exposée au risque de résurgence de maladies infectieuses dont certaines sont évitables par la vaccination. En l'absence de données récentes, deux enquêtes ont été réalisées afin d'évaluer la couverture vaccinale de la population réunionnaise et les pratiques médicales relatives à la vaccination. *Méthodes.* Une enquête par sondage en grappes a été réalisée en 2009 auprès de 1 004 enfants, adolescents et jeunes adultes répartis selon 4 tranches d'âge : 24-59 mois, 7-8 ans, 14-15 ans et 19-28 ans. Les informations sur les vaccinations reçues ont été recueillies sur un questionnaire standardisé à partir des carnets de santé. Par ailleurs, une enquête transversale sur les représentations, attitudes et pratiques à l'égard de la vaccination des enfants de moins de 6 ans a été menée par voie postale auprès d'un échantillon aléatoire de 245 médecins libéraux généralistes et pédiatres en 2011. *Résultats.* En 2009, la couverture vaccinale chez les 24-59 mois était de 96 % pour les vaccinations DTPolio et coqueluche et de 77 % pour la vaccination anti-pneumococcique. Le schéma vaccinal pour la coqueluche, le ROR et le BCG était complet pour plus de 90 % des 7-8 ans. La couverture vaccinale pour la coqueluche était de 72 % chez les 14-15 ans et de 49 % chez les 19-28 ans. Près de 92 % des 14-15 ans avaient reçu deux doses du vaccin ROR. En 2011, 93 % des médecins enquêtés étaient favorables à la vaccination tout en émettant des réserves sur les vaccins BCG, hépatite B et méningite C. Tous les médecins répondants ont déclaré proposer la vaccination ROR aux moins de 6 ans et la moitié indique réaliser la vaccination BCG. *Discussion/Conclusion.* L'enquête de couverture vaccinale a mis en évidence une couverture vaccinale élevée pour les primo-vaccinations obligatoires, notamment chez les plus jeunes. Néanmoins, des retards dans l'application du calendrier vaccinal ont été observés chez les adolescents et les jeunes adultes. Par ailleurs, l'enquête auprès des médecins réunionnais a révélé des opinions et des pratiques médicales favorables à la vaccination malgré des doutes émis sur certains vaccins. Ces résultats devraient permettre la mise en place d'actions en lien avec les médecins, les sages-femmes et les autres acteurs institutionnels (PMI, santé scolaire) afin d'améliorer la couverture vaccinale. Un dispositif d'enquête périodique pourrait permettre de suivre le statut vaccinal de la population réunionnaise, d'évaluer l'impact de ces actions et de mieux mobiliser les acteurs de santé.

■ Mots-clés : Couverture vaccinale. Médecin. Maladies infectieuses. Enfant. Pratiques médicales. La Réunion.

La prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME) : les leçons du passé pour améliorer l'avenir

Rey JL, Milleliri JM, Ott D, Barbe S, Rogerie F, Saliou P.

Association GISPE, Marseille

■ Correspondance : jean-loup.rey@wanadoo.fr

La TME représente 5 à 10 % des cas d'infections à VIH dans la population générale mais plus de 90 % des cas infantiles. Les organisations internationales ont décidé de supprimer d'ici 2015 toute nouvelle infection par cette voie. La PTME est un exemple d'intervention de santé publique avec son intérêt, ses difficultés et ses risques : c'est pourquoi il est important d'y réfléchir. *Le passé.* La stratégie de base est l'essai européen ACTG076-ANRS024, des simplifications ont été testées et appliquées dans les pays en développement ou « à ressources limitées », puis sont apparus la névirapine en dose unique, des stratégies avec bi ou tri thérapie et actuellement une trithérapie pendant la grossesse et la durée d'allaitement de l'enfant. Mais les questions de fond demeurent : que prévient-on : la seule transmission, l'infection de l'enfant ou de la mère, la maladie chez l'enfant ? quelle place pour la mère et pour la femme (négligée le plus souvent) ? *Stratégie actuelle en 4 étapes.* 1. prévenir la transmission du VIH chez les femmes, et les grossesses non désirées ; 2. fournir à toutes les femmes enceintes au moins une CPN ; 3. tester pour VIH toutes les femmes enceintes consultantes et fournir un « conseil » de qualité ; 4. accompagner toutes les femmes enceintes infectées par VIH vers une intervention de PTME. *L'avenir.* Ce sera de nouveaux moyens de prévention et un nouveau statut pour la femme. Il faudra refondre et développer la politique de la santé de la mère et de l'enfant (SMI) et/ou santé de la reproduction (SR). Il faudra revoir le fonctionnement des centres dédiés à la SMI, réformer leur organisation, prévoir un rôle pour tous les centres de santé, réviser les conditions de travail des acteurs de santé. Il sera nécessaire de réévaluer tout le bilan biologique prénatal et d'innover pour tester contre VIH toutes les femmes consultantes. Enfin il faut que toutes les femmes dépistées aient accès à un traitement ARV, mais où ? par qui ? comment ? *Au total.* Il faut innover (comme Jamot il y a 70 ans), être plus mobiles et plus flexibles, oublier ses acquis et habitudes pour travailler en équipe, abandonner ses préjugés. Il faut surtout reconnaître à la femme sa place, primordiale.

■ Mots-clés : Prévention. Transmission VIH mère enfant. Santé publique.

Les facteurs de risque du décès au cours du paludisme grave chez l'enfant en milieu hospitalier guinéen

Diallo MP, Sow MS, Kasse D

CHU de Conakry, Guinée

■ Correspondance : bapathediallo@yahoo.fr

Le paludisme demeure la plus grande endémie parasitaire à travers le monde. En Guinée, le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes enceintes. L'influence des facteurs d'ordre sociodémographique, clinique sur le risque de décès n'a pas été documentée dans le pays. Dans le but de déterminer l'importance des facteurs de risque du décès au cours du paludisme grave de l'enfant, une étude d'observation descriptive et analytique a été réalisée dans les services de pédiatrie de quatre hôpitaux régionaux (un par région naturelle du pays) et dans les deux hôpitaux nationaux du CHU de Conakry pendant les 12 mois de l'année 2008. Ont été inclus dans cette étude, tous les enfants âgés de 0-15 ans hospitalisés pour paludisme grave selon la définition de l'OMS, quelle que soit l'évolution. Les cas de paludisme associé à d'autres pathologies pouvant occasionner le décès du patient ont été exclus. Les variables relatives aux facteurs sociodémographiques (âge, sexe), cliniques (pâleur, convulsion, coma, hyperthermie) ont été collectées et analysées avec les Logiciels Epi Info 3.5.1 et SPSS 16.0. Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008, 2 304 enfants de moins de 15 ans ont été admis dans les hôpitaux régionaux et nationaux du pays pour paludisme grave parmi lesquels 1 410 sont des garçons vs 1 070 filles, soit un sex-ratio (H/F) de 1,32 ; nous avons recensé 321 cas à l'hôpital National Donka, 373 cas à l'Hôpital National Ignace Deen, 306 cas à l'Hôpital de Kamsar, 500 cas à l'Hôpital de Kankan, 237 à Labé et 566 à N'Nzérékoré. Environ 50 % avaient entre 1 à 5 ans ; *Plasmodium falciparum* était l'unique espèce retrouvée. Les symptômes généraux et fonctionnels signalés à l'interrogatoire étaient retrouvés dans les proportions suivantes : fièvre (97 %), asthénie (56 %), vomissements (44 %), convulsions (34 %), douleur abdominale (16 %), pâleur (20 %), frissons (15 %), diarrhées (10 %). Les signes physiques les plus fréquents étaient représentés par la pâleur des téguments, 59 % (n=1953) ; l'hépatomégalie, 2 % (n=1 668), la splénomégalie, 16 % (n=1 959). Les formes cliniques les plus retrouvées étaient les convulsions, 45 % (n=1865), le coma, 26 % (n=1 866), l'ictère 21 % (n=1 946), et l'anémie 15 % (n=1 859) cas. La létalité globale était de 221 soit 9,6 %. Les deux hôpitaux régionaux de Kankan en Haute Guinée et de N'Nzérékoré en Guinée Forestière contribuaient à plus de 50 % des décès avec respectivement 24 % et 31 %. Les facteurs significativement associés au décès étaient l'âge de [1 à 5] (p=0,01), le coma (p=0,03), les convulsions (p=0,001), l'anémie (p=0,0001), l'ictère (p=0,018). Le sexe et l'hyperthermie supérieure à 40°C n'étaient pas significativement associés au décès. En régression logistique les facteurs significatifs étaient l'anémie, le coma et les convulsions. Les critères de gravité de l'OMS restent d'actualité dans le contexte guinéen.

■ Mots-clés : Paludisme. Létalité. Facteurs de risque. Guinée.

Endémicité et transmission du paludisme de l'enfant et l'adolescent, milieu urbain vs milieu rural, en République du Congo Brazzaville

Akiana J, Mokondjimobe E, Loumouamou Nkodia MY, Bokilo Dzia-Loufoundzou A, Ontsira EN,

Dia I, Parra HJ, Faye O

Service Epidémiologie Moléculaire et Parasitaire, Direction de la Médecine Préventive et des Essais Cliniques au Laboratoire National de Santé Publique, Brazzaville, République du Congo

■ Correspondance : jakiana2000@yahoo.fr

Les données actuelles illustrent que le paludisme reste encore un lourd fardeau en santé publique dans les pays africains dont le Congo. La mise en œuvre des politiques de lutte antipaludique exige de disposer des évidences scientifiques nouvelles, des déterminants épidémiologiques renouvelés ou des indicateurs paludométriques actualisés. Jusqu'en 2005, il nous a été donné de constater, malheureusement, dans le contexte du Congo, que les données sur l'endémicité et la transmission du paludisme dataient de 1989 voire 1985. L'essai d'actualisation de ces données en 2005 et en 2010, lors de passages transversaux en saison sèche ou en saison des pluies indiquait que les taux de prévalence en population et/ou la morbidité en milieu hospitalier étaient bas par rapport aux données antérieures et quelque soit la saison. Il est apparu nécessaire d'apprécier l'endémicité et la transmission en couplant la collecte des indices parasitologiques et entomologiques en milieux urbain et rural, lors d'un passage transversal en saison pluvieuse. *Méthode.* Les présents résultats proviennent d'une étude prospective sur deux sites en milieu urbain à Pointe-Noire (Camps militaire 31 juillet, Quartier Ndakassoussou) et sur un site en milieu rural (District de Tchiamba Nzassi). 100 enfants de moins de 15 ans par site ont fait l'objet d'une Goutte Epaisse (GE) et d'un interrogatoire contenu dans un questionnaire épidémiologique standard. Chacun des sites a constitué un point de capture d'anophèles sur appât humain et de collecte de la faune anophélienne résiduelle du matin. Les GE ont été colorées au GIEMSA rapide et lues sur 200 champs microscopiques. Les anophèles ont été identifiés grâce aux clés morpho-anatomiques et par les techniques biomoléculaires alors que l'infection palustre chez l'anophèle a été recherchée par la PCR. *Résultats.* 300 enfants ont eu une GE. Le taux d'infection par site a été de 11 % en milieu rural et de moins de 5 % en milieu urbain. Les GE positives n'ont révélé que les infections à *Plasmodium falciparum* et

Communications affichées

aucune autre espèce n'a été observée. Les anophèles observés sur nos sites d'étude ont été *Anopheles Gambiae*, *Anopheles funestus*, *Anopheles mouchetti* et *Anopheles melas*, à des densités relativement faibles. Le taux d'infection entomologique a été quasi nul. **Conclusion.** Les résultats ci-dessus montrent que l'endémicité et la transmission du paludisme sont en baisse significative. La prise en charge des cas de paludisme par des traitements à base des dérivés d'artémisinine associée au niveau élevé d'utilisation des moustiquaires imprégnées serait les déterminants majeurs dans cette baisse de la transmission et dans la modification de l'endémicité du paludisme aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural au Congo Brazzaville.

■ **Mots-clés :** Paludisme. Plasmodium. Sensibilité. Spécificité. Congo-Brazzaville.

CAP 09

Tolérance, immunogénicité et confirmation de dose pour un vaccin inactivé contre l'encéphalite japonaise, Ixiaro[®], IC51, chez des enfants philippins âgés de 3 à 12 ans

Dubischar-Kastner K¹, Kadlecck V¹, Sablan Jr B², Fay Borja-Tabora C³, Gatchalian S⁴, Eder S¹, Schuller E¹, Taucher C¹, Westritschnig K¹, Klade C¹

1. Intercell AG, Campus Vienna Biocenter3, Vienna, Austria

2. Department of Pediatrics, University of the Philippines Manila, Philippine General Hospital

3. Research Institute for Tropical Medicine, Department of Health, Philippines

4. University of the Philippines, Manila

■ **Correspondance :** dieter.gniel@novartis.com

Ixiaro[®], un vaccin contre l'encéphalite japonaise (EJ), cultivé sur cellules Vero et inactivé, fabriqué par Intercell AG, est enregistré chez l'adulte à une dose de 6 µg/0,5 mL. Ixiaro[®] est actuellement étudié pour une utilisation en pédiatrie. Une Phase II chez des enfants indiens de 1-3 ans avait montré qu'une demi dose de 3 µg/0,25 mL pouvait être utilisée dans cette classe d'âge. La dose à utiliser chez les enfants de 3 à < 12 ans n'a pas encore été confirmée. **Objectif.** Confirmer la dose adaptée d'Ixiaro[®] chez les enfants de 3 à < 12 ans. **Méthodes.** Etude de Phase III, randomisée, ouverte et contrôlée dans un pays endémique à l'EJ (Philippines) avec recherche de dose pendant la phase initiale. Au cours de cette phase, 200 enfants âgés de 3 à < 12 ans ont été randomisés en deux groupes, un groupe recevant la dose d'Ixiaro[®] complète (6 µg/0,5 mL), l'autre groupe recevant la demi-dose (3 µg/0,25 mL) à J0 et à J28. Les titres NT ont été mesurés par PRNT à J56. Les effets indésirables (EI) locaux et systémiques ont été recherchés activement jusqu'à J7 et passivement jusqu'à J56. Principaux résultats: 100 enfants ont été randomisés dans le groupe à dose 0,5 mL et 101 enfants dans le groupe à 0,25 mL. Les données démographiques (âge moyen 7,6 ans) et l'immunité initiale contre les flavivirus (Anticorps spécifique (PRNT) du virus de l'EJ chez 14 %, IgG DEN1-4 (ELISA) chez 51 %) ont montré une bonne distribution entre les deux groupes étudiés. Les taux de séroconversion (TSC) à J56 ne diffèrent pas significativement entre une dose de 0,25 mL (95,9 %) et une dose de 0,5 mL (100,0 %, p = 0,058). Une dose de 0,5 mL conduit à une MGT significativement supérieure (214) versus une dose de 0,25 mL (111, ratio MGT de 1,92) à J56. Aucun EI grave, lié à la vaccination n'a été observé. Les EI locaux ont été rapportés dans 22,8 % du groupe 0,5 mL et dans 16,0 % du groupe 0,25 mL, dans 20,8 % et dans 25,0 % pour les réactions systémiques, respectivement. La réaction systémique la plus fréquente a été la fièvre (14 % dans le groupe 0,5 mL et 21 % dans le groupe 0,25 mL). Les EI étaient majoritairement bénins. **Conclusion.** Les deux doses d'Ixiaro[®] testées ont présenté des profils de tolérance comparables. Parce que les TSC sont meilleurs et que les MGT sont significativement supérieures, la dose adulte complète a été retenue pour la suite du développement dans ce groupe d'âge.

■ **Mots-clés :** Encéphalite japonaise. Vaccin Ixiaro. Philippines.

Syndrome de Pallister Killian A propos d'un cas observé dans le département de pédiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar

Nakoulima AD, Fall K, Birindwa A, Seye MN, Thiakane M, Ka AS

Département de Pédiatrie, HIA Hôpital Principal de Dakar, Dakar- Sénégal

■ Correspondance : kasidy@refer.sn

Le syndrome de Pallister Killian ou tétrasomie 12p est la plus fréquente des tétrasomies autosomales mais son incidence reste faible, inférieure à 1/10 000 naissances. Il a été décrit pour la première fois par Pallister en 1977 et Tescher- Nikola en 1981. Les personnes atteintes présentent une dysmorphie faciale caractéristiques, des malformations viscérales et/ou cardiovasculaires ainsi qu'un profond retard mental. Son mécanisme de survenue reste encore inconnu, l'âge maternel constitue un facteur de risque. Nous en rapportons la première observation au Sénégal et la troisième en Afrique. Il s'agit d'un nourrisson de 22 mois de sexe masculin aux antécédents de naissance à terme par voie basse présentant un retard psychomoteur marqué avec absence de tenue de tête, de station assise et debout. L'examen clinique retrouve un syndrome dysmorphique avec une dolichocéphalie, une microphthalmie, une implantation basse des oreilles, des narines antéversées, un hypertélorisme. On note la présence de macules hypochromiques larges prédominant au niveau de l'extrémité céphalique. Un souffle de cardiopathie congénitale non cyanogène est noté et une cryptorchidie bilatérale. L'échocardiographie révèle la présence d'une communication interventriculaire avec une sténose valvulaire pulmonaire moyennement serrée avec un anévrysme du septum interauriculaire. Le caryotype sanguin par technique de marquage RHG avec résolution de 450 à 550 bandes retrouvait une formule chromosomique faite d'une mosaïque cellulaire constituée d'une lignée majoritaire normale 46, xy et d'une lignée présentant une tétrasomie 12p sur environ 3 % des cellules étudiées. Le syndrome de Pallister Killian ou tétrasomie 12p est une affection héréditaire extrêmement rare qui survient de façon sporadique sur des individus sans antécédents familiaux particuliers. Le syndrome dysmorphique qui le caractérise est typique et doit faire pratiquer un examen cytogénétique afin d'élaborer un conseil génétique adéquat. Le pronostic fonctionnel des enfants qui ne décèdent pas *in utero* est grevé par un retard psychomoteur profond.

■ Mots-clés : Tétrasomie 12p. Syndrome Pallister Killian. Sénégal.

Problématique du sous-dosage des médicaments dans les pays en développement : exemple d'une tuberculose cérébro-méningée

Fall K, Nakoulima AD, Seye MN, Diouf CT, Thiakane M, Ka AS

Département de Pédiatrie- Département d'Imagerie Médicale, Hôpital Principal de Dakar- Sénégal

■ Correspondance : kasidy@refer.sn

La tuberculose du système nerveux central, rare dans les pays développés, est encore fréquente dans nos régions. Chez l'enfant, la difficulté est non seulement diagnostique, mais également thérapeutique : accès aux antituberculeux, présentations pédiatriques non disponibles, compliance au traitement et suivi. Il s'y ajoute la question de la qualité des produits pharmaceutiques en circulation dans les pays en développement. Cette observation en est une parfaite illustration. Il s'agit d'un garçon de 8 ans, pesant 22 kg, vivant en Mauritanie, sans antécédents pathologiques particuliers, à la vaccination à jour hormis le ROR. Il a été hospitalisé en Mauritanie puis dans une clinique de la place où il était traité pour une méningite non spécifique. Il est reçu dans notre service le 07/01/2010 pour fièvre persistante, céphalées et altération de l'état général, évoluant depuis environ trois semaines. L'examen physique retrouve un syndrome méningé, une somnolence et une adynamie. Au bout de quelques jours apparaissent une amnésie antérograde, un mâchonnement, une ptose de l'œil gauche et un syndrome cérébelleux. La ponction lombaire ramènera un LCR clair « eau de roche » dont l'étude cytologique révèle 16 leucocytes dont 92 % de lymphocytes. L'étude chimique montre une protéinorachie à 1,07 g/L et une glucorachie à 0,6 g/L. La recherche de BAAR dans les crachats, les urines et le LCR était négative. L'intradermo-réaction à la tuberculine était lue à 20 mm. Une IRM faite en urgence montre un aspect d'encéphalite tuberculeuse avec tuberculomes de la substance blanche profonde pariétale gauche, pachyméningite et miliaire du cervelet. Une tri-antibiothérapie antituberculeuse a donc été instaurée le 09/01/2010 dans le cadre d'une très probable méningite tuberculeuse, selon le schéma 2 RHZ/8 RH, associée à une corticothérapie. L'évolution initiale est favorable. L'enfant sort après environ deux mois et demi de traitement avec des antituberculeux d'une durée d'un mois, fournis par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose. Au bout de trois semaines, Mouhamed fait une rechute avec des troubles du comportement ainsi qu'une déviation de la tête vers la droite. Il est évacué en France en juillet 2010 où une IRM faite en urgence retrouve une hydrocéphalie associée à plusieurs tuberculomes de la base du crâne. Le bilan effectué montre alors des taux faibles d'isoniazidémie (= 0,3 mg/L) et de rifampicinémie (= 0,8 mg/L). Le dosage des médicaments fournis par le PNT retrouve des taux faibles de principe actif. Une quadrithérapie antituberculeuse est alors introduite pour une durée de 4 mois suivie d'une bithérapie pour 8 mois, associée à une corticothérapie. L'évolution est favorable avec une éléva-

Communications affichées

tion de la rifampicinémie à 18,8 mg/L et de l'isoniazidémie à 1,8 mg/L. Une IRM faite le 10/12/2010 montrera une régression des tuberculomes. L'examen neurologique est normal et l'enfant présente un bon état général. La tuberculose demeure dans nos régions un grave problème de santé publique. Chez l'enfant, le diagnostic se pose sur la base d'un faisceau d'arguments. Les retards diagnostics qui en découlent diffèrent la prise en charge et alourdissent le pronostic. Si les protocoles thérapeutiques sont standardisés suivant les recommandations de l'OMS, un contrôle strict de la qualité des antituberculeux fournis par les différents programmes de lutte devrait être effectué.

■ *Mots-clés* : Sous-dosage médicaments. Sénégal.

CAP 12

Urgences chirurgicales chez les nouveau-nés et les nourrissons A propos de 68 cas dans le département de pédiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar

Fall K, Nakoulima AD, Seye MN, Dieme E, Ndiaye AR, Thiakane M, Ka AS

*Département de Pédiatrie- Département de Chirurgie Viscérale- Département d'Imagerie Médicale
Hôpital Principal de Dakar- Sénégal*

■ *Correspondance* : kasidy@refer.sn

Les urgences chirurgicales du nouveau né et du nourrisson comprennent les urgences néonatales liées le plus souvent à une anomalie congénitale et celles plus tardives consécutives à une pathologie acquise. Leur prise en charge est difficile du fait des retards fréquents de consultation. Notre objectif est de décrire les aspects épidémiologiques cliniques, paracliniques thérapeutiques et évolutifs des urgences chirurgicales concernant les nouveau-nés et les nourrissons dans une structure sanitaire ne disposant pas d'une unité de chirurgie pédiatrique. *Méthode*. Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période allant de 2005 à 2010 incluant les nouveau-nés (0-30j) et les nourrissons hospitalisés pour une urgence chirurgicale dans le service de pédiatrie de l'hôpital principal de Dakar. *Résultats*. Nous avons recruté au total 68 cas sur une période de 5 ans représentant 0,5 % des hospitalisations. Ils provenaient de la ville de Dakar (45 %), de la banlieue (29,4 %) et des régions. Chez les nouveau-nés (n=35), l'âge moyen était de 6,4 jours (extrêmes : 8-24j) avec une prédominance masculine (sex ratio 1,8). Le délai moyen de consultation était de 62 heures (extrêmes : 0-216h). La consultation a été immédiate dès la naissance dans 7 cas. Les pathologies étaient dominées par l'imperforation anale (n=9), l'omphalocèle (n=4), l'atrésie de l'œsophage (n=4), le laparoschisis (n=1) et le volvulus du grêle (n=1). L'échographie a été l'examen paraclinique de choix, pour les pathologies néonatales. Elle a permis le diagnostic dans 8 cas. Le TOGD et L'ASP ont été contributifs chez 8 nouveau-nés. Chez 5 nouveau-nés le diagnostic anténatal a été fait grâce à l'échographie obstétricale (atrésie de l'œsophage, urétérohydronéphrose droite et bilatérale, omphalocèle). Le délai entre l'admission et l'intervention chirurgicale était de 46,6 heures (extrêmes :6-168h). La chirurgie a été curative chez 11 nouveau-nés et d'attente chez 10 autres. L'évolution est marquée par la survenue de 18 décès dont 10 après complications. Douze nouveau-nés ont évolué vers la guérison dont 2 après complications. La durée d'hospitalisation moyenne était de 11,2 jours (extrêmes :0-46j). Chez les nourrissons (n=33), l'âge moyen était de 12,5 mois (extrêmes : 1-48 m) avec une prédominance féminine (sex ratio 0,3). Le délai moyen de consultation était de 91 heures (extrêmes : 7-720 h). Les étiologies retrouvées étaient les invaginations intestinales (n=11), les hernies inguinales étranglées(n=8), hernie diaphragmatique(n=2), hernie ombilicale étranglée (n=2), sténose hypertrophique du pylore (n=1), imperforation anale avec fistule (n=1).et la durée d'hospitalisation moyenne, de 12,48 jours. Le délai moyen de prise en charge est de 18,8 heures. Chez les nourrissons l'échographie a posé le diagnostic dans 12 cas. L'ASP a été fait chez 5 nourrissons. Chez les nourrissons, la chirurgie a été curative dans 23 cas, la chirurgie d'attente dans 3 cas et une abstention thérapeutique dans 4 cas. Chez les nourrissons, l'évolution est marquée par la guérison (23 cas), les décès (6 cas). Parmi les 16 cas de complications recensés, 11 ont évolué vers la guérison et 5 cas vers le décès. Les urgences chirurgicales posent de difficiles problèmes de prise en charge dans les structures sanitaires en l'absence de chirurgien pédiatrique et de matériel adapté en particulier au nouveau-né. Les retards de consultations et de diagnostic contribuent à grever le pronostic. Le dépistage anténatal de certaines pathologies congénitales requérant une intervention chirurgicale à la naissance devrait permettre une orientation programmée *in utero*.

■ *Mots-clés* : Urgence chirurgicale. Néonatalogie. Sénégal.