

Acceptabilité de la mise en place de mutuelle de santé en milieu rural sénégalais

Acceptability of implementation of mutual health in senegalese rural area

ABSTRACT • Funding for healthcare poses a major problem in developing countries. The purpose of this study was to assess public perceptions toward the implementation of mutual healthcare coverage in rural Senegal. *Methods.* A descriptive transversal study was conducted from 24/09/07 to 05/10/07 in a randomly selected sample of 208 heads of households living in the rural communities of Ngogom and Réfane. Data were collected by means of individual interviews and focus group discussions. Topics included population health, community solidarity, health insurance and implementation of mutual healthcare insurance. *Results.* The sample population was 94% male, 91% married, 36% uneducated and 11% unemployed. Household income was irregular in 36% and 84% had no savings. In case of medical emergency, 43% relied on family for assistance, 36% had no recourse and 21% would have to contract a loan. Nearly half the sample population, i.e., 46%, were familiar with the principle of mutual healthcare insurance and 98% wanted to join. The main reasons for wanting to join were to reduce medical costs (57%), improve access to care (25%) and build community solidarity (11%). In focus groups, people expressed the need for micro health insurance. Findings also showed good community dynamics and a tradition of pooling resources to implement collective activities. *Conclusion.* The public perception of mutual healthcare insurance is favorable. However, due to economic difficulties, support from political and health authorities will be needed.

KEY WORDS • Mutual insurance. Healthcare financing. Senegal.

Les mutuelles répondent au double défi de l'amélioration de la santé des populations mais également de son financement, constituant ainsi une solution alternative surtout en milieu rural. Au Sénégal, une réelle volonté politique existe dans le cadre du développement de la micro assurance. La promotion des mutuelles de santé est inscrite parmi les priorités de la deuxième phase du Plan National de Développement Sanitaire 1998 - 2007. L'objectif de cette étude est d'étudier les perceptions et les obstacles à la mise en place de mutuelle de santé en milieu rural sénégalais.

Cadre d'étude

Les communautés rurales de Ngogom et Réfane, composées de 57 villages, sont situées à 120 km de la ville de Dakar, capitale du Sénégal. Les principales activités économiques demeurent l'agriculture, l'élevage et le petit commerce. Le revenu annuel moyen des familles est de 150 000 francs CFA.

Méthode

Une étude descriptive transversale a été menée du 24/09/07 au 05/10/07 auprès d'un échantillon de 208 chefs de ménage sélectionnés par tirage au sort au sein des deux communautés rurales de Ngogom et Réfane. Les données ont été recueillies lors d'un entretien individuel à l'aide d'un questionnaire standardisé et administré par des enquêteurs formés. Les thèmes abordés portaient sur les problèmes de santé de la population, les pratiques de solidarité dans la zone, la perception des mutuelles de santé et sur les perspectives de développement de ces mutuelles. Des groupes de discussion (focus groupe) de type qualitatif ont aussi été organi-

sés avec les responsables de groupements de promotion féminine, d'associations de jeunes, et de chefs de village. Les idées maîtresses soulevées par ces groupes étaient recensées. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi info 2000 version 3.2. Les proportions ont été estimées avec leur intervalle de confiance à 95 %.

Résultats

L'échantillon de 208 chefs de ménage interrogés était composé de 94 % [91-97] d'hommes, 91 % [87-94] des sujets interrogés étaient mariés et de 36 % [29-45] n'étaient pas instruits. Parmi les chefs de ménages, 59 % [52-65] travaillaient dans le secteur de l'agriculture, 28 % [21-34] dans le petit commerce, 2 % [0,1-4] avait une activité différente des deux catégories précédentes et 11 % [7-15] n'exerçaient aucune activité. Les 2 % [0,1-4] restant avaient des activités diverses. Le revenu des chefs de ménages était irrégulier dans 36 % [29-45] des cas, journalier dans 32 % [25-38] des cas, mensuel dans 13 % [8-17] des cas et annuel dans 18 % [12-23] des cas. La grande majorité (84 % [79-89]) ne parvenait pas à épargner. Parmi les chefs de ménage, 43 % [36-49] recouraient à un soutien familial en cas d'urgence, 36 % [29-45] n'avaient aucun recours tandis que 21 % [15-26] procédaient à un emprunt en cas de besoin. Au sein de l'échantillon, 46 % [39-52] des sujets connaissaient le principe de la mutuelle de santé et 98 % [99-96] d'entre eux voulaient y adhérer. Les raisons en faveur d'une adhésion étaient : la réduction des charges médicales (57 % [50-63]), un meilleur accès aux soins (25 % [19-31]) et l'esprit de solidarité de la communauté (11 % [7-15]).

Les groupes de discussion ont révélé qu'un besoin en micro assurance santé était exprimé par les populations. Une bonne dynamique communautaire et des traditions de mise en commun des fonds pour réaliser des activités collectives étaient retrouvées. Les prestataires apparaissaient, de manière générale, crédibles aux yeux de la population et la seule barrière à l'utilisation de ces structures semblait financière. Les autorités sanitaires locales ainsi que les responsables du projet étaient prêts à appuyer la mise en place de la mutuelle de santé.

Discussion

L'étude a été menée chez les chefs de ménage qui jouent un rôle important dans l'organisation de la famille africaine en tant qu'acteur de décision et principale source de revenus des ménages. L'adhésion à une mutuelle est encouragée pour permettre l'accès financier aux soins de santé pour les secteurs non formels (commerçants, tailleurs, artisans etc...) et pour les populations démunies. Cependant leur implantation pose problème. L'un des obstacles au développement des mutuelles est qu'elles ne sont pas bien connues de la population comme nous l'avons retrouvé dans notre étude où plus de la moitié des chefs de ménage n'en connaissaient pas le principe. Cette situation peut s'expliquer par le niveau élevé d'analphabétisme. Pour surmonter cette difficulté, un plan de communication et d'information a été prévu dans le plan stratégique pour le développement des mutuelles au Sénégal [1]. Par ailleurs comme en témoignent les résultats des différentes études de faisabilité menées jusqu'à présent dans plusieurs pays d'Afrique, la majeure partie des sujets souhaite adhérer à

ce type de couverture sanitaire et a la volonté de payer un taux de cotisation défini [2]. Toutefois, il s'avère que nombre de ménages ne paient pas leurs cotisations ou avec beaucoup de retard. Ces difficultés sont souvent dues au faible niveau et à l'irrégularité des revenus dans ces zones rurales où la plupart des individus travaillent dans le secteur agricole, ce qui était le cas pour près des 2/3 des sujets composant l'échantillon d'étude. De plus la capacité d'épargne des ménages est très faible, ce qui constitue un frein au développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest [3]. L'expérimentation de programmes de micro crédits rotatifs au sein des mutuelles de santé peut être une solution [4]. Le soutien des autorités constituerait un appui considérable, surtout dans le cadre de la décentralisation où la santé est l'une des compétences transférée. Ainsi, l'existence de postes de santé fonctionnels dirigés par un personnel qualifié est déjà un soubassement favorable. Les différentes activités communautaires menées au quotidien par les infirmiers chefs de postes, font d'eux des partenaires privilégiés pour mettre en place une mutuelle de santé mais également obtenir un bon taux de pénétration. Parmi les raisons évoquées en faveur de la participation à une mutuelle, les plus souvent citées étaient la réduction des charges familiales et le meilleur accès aux soins. En effet, les populations perçoivent bien la nécessité d'associer les efforts financiers pour une meilleure prise en charge de leurs problèmes de santé. Cependant seuls 11 % ont évoqué la solidarité envers les autres membres de la communauté. Ceci montre une certaine évolution de la mentalité africaine qui doit être prise en compte car pouvant avoir une influence sur la pérennité du système. En effet, les mutuelles sont des organisations reposant sur un principe de solidarité, à la différence des grandes sociétés d'assurance où la cohésion sociale n'est pas un déterminant du fonctionnement.

Conclusion

La mise en place de mutuelles de santé dans les communautés rurales de Ngogom et Réfane apparait possible et largement souhaitée par la population pour une meilleure prise en charge des malades. Cependant du fait des difficultés économiques, l'appui des autorités politiques et une bonne relation avec les autorités sanitaires sont nécessaires.

Faye A¹, Diop CT², Ndiaye P³, Tal-Dia A³

1. Institut de Santé et développement, Université Cheikh Anta Diop Dakar

2. District sanitaire Bambey.

3. Médecine Préventive et Santé Publique, UCAD-DAKAR Sénégal

• Correspondance : afaye@ised.sn

• Article arrivé le 18/08/2008, définitivement accepté le 07/09/2011

1. Ministère de la santé. Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal. Ministère de la santé ed, Sénégal, 2004, p. 82. <http://www.sante.gouv.sn/IMG/pdf/planstrategique.pdf>

2. Atim C. Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. BIT/STEP, BIT/ACOPAM, USAID/PHR, ANMC, WSM ed, Genève, Dakar, Washington, Bethesda, Bruxelles, 2000, p. 69. <http://www.ilo.org/gimi/RessShowRessource.do?ressourceId=116>

3. Dkhimi F. Les mutuelles de santé: une piste de solution à la crise du secteur sanitaire africain? Le cas du projet CIDR en Tanzanie. DESS Développement, Coopération et Action Humanitaire, Université Paris I Panthéon Sorbonne, Paris, 2005

4. Dandoy S. Articulation entre micro assurance santé et micro crédit: Analyse des expériences du programme d'économie sociale WSM/FBS. Mémoire de DESS, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, 2006, p. 54.

Scarifications chez l'enfant hospitalisé au Congo

Scarification in children hospitalized in Congo

ABSTRACT • *Objective.* The purpose of this report is to describe the epidemiologic, prognostic and clinic features of scarification in children in Congo. *Material and method.* A transversal study of scarification was conducted from January 1, 2006 to December 31, 2008 in children hospitalized in neonatology and pediatrics department of Loandjili General Hospital. *Results.* During the study period, therapeutic scarifications were observed in 130 patients including 74 (56.9%) girls. Median age was 17 months (range, 1 month to 9 years). Multiple scarifications were observed in 31.5% of cases. The main site of scarification was the hypochondrias (82.4%) followed by the flanks (14.6%) and hemithorax (13.8%). Scarification was performed for curative purposes in 114 cases (88%; p 0.001) and prophylaxis in the remaining cases. The main indications for curative scarifications were big belly in 46 cases, ponderal stagnation in 23 and recurrent bronchitis in 22. The most frequently used scarification instrument was a razor blade in 102 cases (78.5%). Risk factors included being the oldest sibling child and low socioeconomic level. In all cases, the influence of the grandparents was clear. Complications were treated in 34 cases including local infection in 26 cases, distant infection (particularly severe sepsis) in 7 cases and pulmonary-pleurostaphylococci in one case. *Conclusion.* These findings show that scarification is still common in the Congo. Because of potential complications and therapeutic inefficiency of scarification, an effort should be made to eliminate this practice.

KEY WORDS • Scarification. Traditional medicine. Child. Congo.

Les scarifications constituent une pratique assez fréquente en Afrique. Elles relèvent souvent de la médecine traditionnelle dans un but thérapeutique, plus rarement désormais dans un but esthétique. Ce travail a pour but de décrire le profil épidémiologique, clinique et pronostique des scarifications observées chez l'enfant au Congo.

L'enquête a été réalisée entre janvier 2006 et décembre 2008, dans le service de pédiatrie générale et de néonatalogie de l'hôpital général de Loandjili, à Pointe Noire, capitale économique du pays. L'étude a concerné les enfants admis dans le service et présentant des scarifications anciennes ou récentes en rapport ou pas avec le motif d'hospitalisation. Pour chaque enfant, il a été étudié le sexe, l'âge à la réalisation des scarifications, le rang dans la fratrie, le niveau socioéconomique des parents, le motif et la localisation des scarifications, l'objet utilisé, les aspects évolutifs pour les scarifications récentes. L'appréciation du niveau socioéconomique a fait appel à la classification de Gayral-Taminh *et al.* (1).

Au total, 130 enfants dont 74 filles (56,9 %) hospitalisés pendant la période d'étude présentaient des scarifications. L'âge médian à la réalisation des scarifications était 17 mois avec des extrêmes de 1 mois et 9 ans. Les moins de 5 ans représentaient 97 cas (74,6 %). Il s'agissait du premier ou unique enfant du couple dans 92 cas (70,7 %). Le niveau socio-économique des parents était considéré comme bas dans 66 cas (50,7 %), moyen dans 42 cas (32,3 %) et élevé dans 22 cas (17 %). Dans 91 cas (70 %), les scarifications ont été pratiquées sous l'influence des grands-parents. Les enfants ont été scarifiés une fois, 89 cas (68,5 %), deux fois, 32 cas (24,6 %) et trois fois, 9 cas (6,9 %). Dans tous les cas, les scarifications étaient l'œuvre d'un tradipraticien. Celui-ci a été consulté pour divers motifs (tableau 1) ; et dans 67 % des cas, la consultation du tradipraticien était précédée d'au moins une consultation de médecine moderne. Pour les parents, la maladie de l'enfant relevait d'un sort (32,9 %), d'une cause naturelle (16,2 %) ou inconnue

Tableau 1. Répartition des patients selon le motif de consultation chez le tradipraticien.

Motifs de consultation	n (%)
Prophylactique	16 (12)
Envoûtement	13
Protection physique	3
Curatif	114 (88)
Splénomégalie *	46
Stagnation pondérale**	23
Bronchites récurrentes	22
Retard à la marche**	10
Anémie récurrente*	9
Autres	11

* : dans quatre cas, l'anémie récurrente était associée à une splénomégalie.

** : dans trois cas, le retard à la marche était associé à une stagnation pondérale.

Tableau 2. Répartition des patients selon la localisation des scarifications.

Localisation des scarifications*	n	%	Moyenne d'actes de scarifications
Hypochondre	94	82,4	3
Flancs	19	14,6	2
Hémithorax	18	13,8	1
Epigastre	10	7,7	1,5
Dos	9	6,9	1
Abdomen	9	14	6,9
Autres	10,8	1	1

* : plusieurs localisations se trouvaient associées chez le même malade.

(50,8 %). Les scarifications avaient des localisations multiples (tableau 2). L'objet utilisé était majoritairement une lame de rasoir (n = 102 soit 78,5 %). Ailleurs, il s'agissait d'un couteau, 22 cas (16,9%), de la dent d'un animal sauvage, 4 cas (3 %) ou d'une aiguille, 2 cas (1,5 %). Une surinfection locale a compliqué les scarifications dans 26 cas, un sepsis sévère dans sept cas et une staphylococcie pleuro-pulmonaire dans un cas.

Les scarifications pratiquées dans un but thérapeutique peuvent avoir une vertu prophylactique permanente ou curative. Dans le premier cas, la scarification peut servir de voie d'introduction d'un produit, d'un médicament, pour prémunir le sujet contre des attaques mystiques (envoûtement) ou physiques, (morsures de serpents ou d'autres animaux venimeux, attribution d'une force physique surnaturelle, etc.). Il s'agit ainsi d'une véritable « vaccination » à dose unique, mais souvent assortie de plusieurs interdits. Dans notre série, peu d'enfants ont été scarifiés dans un but prophylactique (tableau 1). Les scarifications curatives sont les plus fréquentes de manière générale comme le souligne la littérature (2, 3). Les résultats rapportés dans notre travail ne permettent pas d'apprécier l'importance du phénomène. En effet, cette enquête pose un problème de recrutement puisque n'ayant ciblé que les enfants hospitalisés dans un seul hôpital ; une enquête auprès des ménages congolais aurait permis de mieux apprécier le phénomène. Néanmoins, il donne un aperçu intéressant sur la réalité du problème.

Les scarifications ont été réalisées, dans cette étude, majoritairement au cours des deux premières années de vie comme l'atteste l'âge médian de 17 mois. La prédominance des enfants de moins de deux ans est le reflet de la morbidité pédiatrique dans notre pays (4).

Plusieurs facteurs influencent le recours aux scarifications curatives. Au premier rang se trouve la vulnérabilité socioculturelle et économique de la famille comme l'atteste ce travail. En effet,

dans 70 % des cas, les scarifications étaient réalisées chez le premier ou unique enfant du couple. Cela peut s'expliquer par l'inexpérience des parents, les exposant ainsi à toutes les suggestions de l'extérieur, principalement des grands-parents. D'ailleurs, dans 70 % des cas, les scarifications ont été pratiquées sous l'influence des grands-parents. En ce qui concerne le niveau socioéconomique, au Congo, en l'absence de sécurité sociale nationale, les frais inhérents à la santé sont à la charge totale du malade. Or, 50,7 % des parents dans cette étude sont de bas niveau socioéconomique. La vulnérabilité socioéconomique des parents peut justifier la propension aux pratiques traditionnelles moins onéreuses que la médecine moderne. Enfin, l'influence de la famille élargie joue également un rôle non négligeable dans le recours à certaines pratiques traditionnelles comme les scarifications. Les scarifications curatives dans notre enquête relèvent de plusieurs causes (tableau 1). En dehors des causes supposées mystiques, les parents se retournent souvent vers le traditionnel après un ou plusieurs échecs ou en l'absence d'explication scientifique nette (67 % de cas des enfants de cette étude).

L'âge des scarifications donne une idée sur l'ancienneté de la maladie. Dans certains cas, les scarifications sont d'âges différents du fait de la répétition de l'acte (tableau 2), gage d'une guérison complète. Quant à la localisation, elle oriente vers le symptôme dominant ou la localisation de la maladie.

La nature de l'instrument de scarification est variable selon la maladie et la plante dont la poudre médicinale est issue. Dans la croyance populaire, toute incompatibilité entre l'instrument et la poudre inactiverait celle-ci (3).

Des complications ont été rapportées dans 34 cas de cette série. Plusieurs auteurs ont décrit la transmission, à la faveur d'une scarification, des virus de l'hépatite B, du VIH, et d'autres microorganismes (5).

Les scarifications à but thérapeutique sont des pratiques traditionnelles qui relèvent de notre identité culturelle. Cependant, compte tenu des complications et de l'absence de bénéfice thérapeutique, l'éducation de la population devrait être renforcée quant à l'inutilité de ces pratiques.

Tsiba JB¹, Mabilia-Babela JR², Lenga Loumingou I³, Likiby D¹, Bounkouta AC¹, Moussodji D¹, Moyén GM²

1. Service de pédiatrie et de néonatalogie, Hôpital Général de Loandjili, Pointe-Noire

2. Service de pédiatrie, CHU, Brazzaville

3. Service de dermatologie et vénérologie, CHU, Brazzaville, Congo

• Correspondance : jmabialabela@yahoo.fr

• Article reçu le 01/09/2010, définitivement accepté le 06/06/2011

1. Maresca S, Normand P. Les scarifications en Afrique noire : leurs aspects, leurs significations symboliques. *Med trop (Mars)* 1994 ; 54 : 459-64.

2. Gayral-Taminh M, Arnaud C, Parant O, Fournie A, Reme JM, Grandjean H. Grossesses et accouchements des femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité de Toulouse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1999 ; 28 : 462-71.

3. Grunitzky EK BADC. Intérêts cliniques et épidémiologiques des scarifications thérapeutiques et traditionnelles chez l'épileptique au Togo. *Bull Soc Pathol Exot* 2000 ; 93 : 251-4.

4. Mabilia-Babela JR, Senga P. Consultations de nuit aux urgences pédiatriques du CHU de Brazzaville. *Med Trop (Mars)* 2009 ; 69 : 281-5.

5. Long GE, Rickman LS. Infectious complications of tattoos. *Clin Infect Dis* 1994 ; 18 : 610-9.

La cancer bronchique à Dakar, Sénégal

Lung cancer in Dakar, Senegal

ABSTRACT • A prospective, multicenter was conducted in all specialized centers in the city of Dakar. The objective was to describe the epidemiology to assess the management of lung cancer. 45 patients were included. The sex ratio M / F = 8. The average age of patients was 57.5 years. Smoking was found in 84.4% of cases. The average time for consultation after the onset of symptoms was 6 months. The average time to diagnosis was 2 months. Two out of three patients (66%) had seen beyond the stage III B. Improved diagnostic performance for early diagnosis of cancer is needed. Emphasis should be on prevention through tobacco control.

KEY WORDS • Lung cancer. Epidemiology. Management. Senegal.

L'épidémiologie du cancer broncho-pulmonaire en Afrique sub-saharienne est mal connue (1, 2). D'une part l'absence de registres nationaux et d'autre part la similitude des signes évocateurs du cancer bronchique et de tuberculose pulmonaire encore endémique, ne permettent pas de rendre compte de l'épidémiologie du cancer bronchique.

Du 1^{er} mars 2006 au 31 août 2006, a été menée une étude prospective et multicentrique des cancers broncho-pulmonaires observés dans les services hospitaliers spécialisés de la ville de Dakar au Sénégal. Étaient inclus dans l'étude, tous les patients présentant un cancer bronchique confirmé histologiquement. Étaient exclus les patients présentant une localisation broncho-pulmonaire secondaire d'un cancer primitif connu. La collecte des données a concerné les données sociodémographiques, les données cliniques et les données de la prise en charge et qui ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 11,5.

Pendant la période étudiée, 45 patients ont été inclus dont 40 hommes et 5 femmes soit un sex ratio égal à 8. L'âge moyen des patients était de 57,5 ans avec des extrêmes de 40 et 80 ans. Le tabagisme était retrouvé (84,4 %). Il était précoce avec un âge moyen de début à 17 ans ; il s'agissait d'une intoxication massive avec une consommation évaluée à 37 paquets année en moyenne.

Le délai moyen de consultation était de 6 mois avec des extrêmes de 2 semaines et de 24 mois. Près de 87% des patients (n=39) ont consulté en premier recours des centres de santé périphériques ou près de 10% (n=4) avaient été mis sous traitement antituberculeux. Environ deux tiers des malades (66 %) avaient été diagnostiqués au-delà du stade III B (voir tableau 1).

Le délai diagnostique moyen était de 2 mois avec des extrêmes de 2 semaines et 8 mois. Le type histologique le plus fréquent était celui du groupe des cancers bronchiques non à petites cellules avec en tête l'adénocarcinome et le cancer épidermoïde.

Le traitement était palliatif dans la majorité des cas (voir tableau 2) et comportait selon les cas un antalgique, un rééquilibrage nutritionnel, une psychothérapie et une corticothérapie. La radiothérapie n'était pas disponible.

La moyenne d'âge des patients est identique à celle retrouvée par Diallo au Mali [3]. Elle est inférieure à celle de Blanchon en France [4]. Les différences de structure démographique et surtout l'allongement de l'espérance de vie dans les pays développés pourraient être les raisons de cette différence. Le délai moyen de consultation après le début des symptômes est de 6 mois et peut s'expliquer par la méconnaissance des signes du cancer bronchique par le personnel des centres de santé périphérique qui constituent le premier recours des patients. Certains patients ont été mis à tort sous traitement antituberculeux. Or l'évaluation du traitement antituberculeux ne pouvant se faire qu'au minimum deux à trois mois

Tableau 1. Répartition suivant le stade TNM.

Stades TNM	N	%
II-B	1	2,3
III-A	14	31,8
III-B	18	40,9
IV-	12	26,6
Total	45	100,0

Tableau 2. Répartition suivant les traitements reçus.

Traitements reçus	N	%
Palliatif	24	53,3
Chimiothérapie	20	44,4
Chirurgie	1	2,2
Radiothérapie	0	0,0
Total	45	100,0

après son institution, les patients arrivent en milieu spécialisé à un stade avancé de la maladie. Le délai diagnostique dans notre travail était le double de celui de Blanchon [4]. Ceci peut s'expliquer par le déficit du plateau technique des centres spécialisés où l'endoscopie n'était pas encore de réalisation courante. Dans les centres où elle était disponible, le coût de cet examen était un facteur limitant en raison de ressources financières insuffisantes. La pénurie de personnels spécialisés en anatomopathologie serait également préjudiciable au diagnostic.

Seulement 44,4% des patients ont bénéficié d'une chimiothérapie anticancéreuse. Cette prise en charge reste hors de portée pour le patient sénégalais moyen. En effet une cure classique de chimiothérapie avoisine 30 fois le salaire minimum interprofessionnel garanti. Aucun patient n'a pu bénéficier de radiothérapie.

La prise en charge du cancer broncho-pulmonaire à Dakar reste difficile. Le diagnostic doit être plus précoce. La recherche d'une tumeur bronchique doit être envisagée chez tout sujet présentant un facteur de risque ou en cas de clinique atypique. L'accent devra être mis sur la prévention dont la lutte anti-tabac.

Agodokpessi G¹, Diatta A¹, Mbatchou H¹, Rangar N¹, Dia Y¹, Toure N¹, Ba O², Diallo K³, Nassurt S³, Ali B⁴, Hane AA¹, Ndiaye M⁵

1. Service de Pneumologie, CHU Fann

2. Service de Médecine interne, CHG Grand Yoff

3. Service de Pneumologie et Maladies Infectieuses, Hôpital Principal

4. Cabinet libéral de pneumologie

5. Service de Chirurgie thoracique, CHU Fann

Dakar, Sénégal

• Correspondance : aggildas@yahoo.fr

• Article arrivé le 02/04/2010, définitivement accepté le 23/09/2011

1. OMS, UICC. Action mondiale contre le cancer. Maintenant! OMS, UICC ed, Genève, 2005, p. 24.
2. Thiberville L, Paris C. Épidémiologie et facteurs de risque des cancers bronchiques primitifs. EMC-Pneumologie 2003 ; (6-002-G-05).
3. Diallo S, Kaptue Y, Sissoko F, M'Baye O, Gomez P. Problématique du cancer bronchique dans le service de pneumologie de l'hôpital du point G, Bamako, Mali. *Mali Med* 2006 ; 21 : 4-7.
4. Blanchon F, Grivaux M, Collon T, Zureik M, Barbieux H, Benichou-Flurin M et al. Épidémiologie du cancer bronchique primitif pris en charge dans les centres hospitaliers généraux français. *Rev Mal Respir* 2002 ; 19 : 727-34.

Quels facteurs motivent le choix de l'analgésie péridurale par les primipares : expérience d'un centre de maternité d'Antananarivo, Madagascar

Factors justifying the choice of labor epidural analgesia by nulliparous : experience at a maternity center in Antananarivo, Madagascar

ABSTRACT • Epidural analgesia is the most effective method for pain relief during labor. This 10-year exploratory descriptive study on factors underlying women's decisions to request or refuse labor epidural analgesia (LEA) was carried out at a level III maternity hospital in Antananarivo, Madagascar. All patients underwent a pre-anesthesia check-up (PAC) between 32 and 34 weeks of amenorrhea. During the PAC, a questionnaire was administered to determine socio-economic aspects, level of education, and knowledge about labor pain and LEA. In addition, LEA was proposed and patients were asked to explain their reasons for accepting or refusing the procedure. The purpose of this report was to describe the factors underlying acceptance or refusal of EA by nulliparous women. A total of 41 nulliparous women were included. Fourteen (34.14%) accepted LEA and 27 (63.86%) refused. Mean age was 27 years in the acceptance group and 25 years in the refusal group. No patient had good knowledge about LEA. Nulliparous women that accepted EA had a higher socio-economic level, expected stronger labor pain, were better informed about EA, and expressed greater confidence in medical care. In addition to economic aspects, the main reasons for refusing EA involved fear and family background.

KEY WORDS • Nulliparous. Epidural. Analgesia. Madagascar.

L'analgésie péridurale est le moyen le plus efficace pour soulager la douleur du travail et de l'accouchement. La perception et l'expression de cette douleur peuvent dépendre de nombreux facteurs incluant l'âge, la parité et l'éducation (1). Cependant, dans les pays moins avancés, l'analgésie péridurale obstétricale n'est pas souvent accessible ni disponible dans les centres hospitaliers et pose des problèmes d'acceptabilité par les parturientes. Une étude prospective dont l'objectif principal était de déterminer les facteurs d'accessibilité à l'analgésie péridurale obstétricale chez la primipare, a été réalisée au niveau du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA), à Antananarivo Madagascar, doté d'une maternité niveau III. Dans cette étude 41 primipares ont été suivies durant leurs consultations d'anesthésie prénatales et au moment de l'accouchement. Un questionnaire mis en place permettait d'évaluer pour chaque patiente : les aspects démographiques et socio-économiques, les connaissances sur la douleur obstétricale et l'APD, leurs souhaits ou non d'une analgésie péridurale pour l'accouchement ainsi que les éléments qui motivaient ou non ce choix.

Au total : 41 patientes ont été incluses dans l'étude. Quatorze patientes (34,14 %) ont opté pour l'APD (13 initialement et 1 après la CA) et 27 ne l'ont pas choisie. La moyenne d'âge était de 25,9 (17 à 39 ans). Aucune patiente ne connaissait la technique de l'APD malgré le fait que certaines en connaissaient l'existence. Les caractéristiques des patientes figurent dans le tableau 1.

La douleur obstétricale est significativement plus forte chez les primipares comparées aux multipares (2, 3, 4). Quelle que soit la parité, les raisons culturelles et ethniques peuvent intervenir dans le refus de l'analgésie péridurale obstétricale (APDO) ainsi que dans son acceptation (5, 7). Dans notre population d'étude, les patientes ayant initialement accepté l'APD, considéraient plus souvent la

Tableau 1. Caractéristiques de la population de l'étude.

		APD oui (n = 14)	APD non (n = 27)
Age (ans)		27 (18-39)	25 (17-35)
Niveau d'étude	Primaire et/ou secondaire	5 (35,71%)	18 (66,67%)
	supérieure	9 (64,28%)	9 (33,33%)
Emploi	Sans et ou non qualifié	8 (57,14%)	23 (85,18%)
	Cadre et ou cadre supérieur	6 (42,85%)	4 (14,81%)
Estimation douleur du travail	Faible et ou supportable	6 (42,85%)	17 (62,96%)
	Moyenne et ou intense	8 (57,14%)	10 (37,03%)
Connaissance existence APD	Oui/non	7 (50%)/7 (50%)	5 (18,51%) /22 (81,48%)
	Connaissance technique APD	Oui/non	0/14 (100%) 0/27 (100%)
Motif de non acceptation	Peur/coût	0/0	10 (37,03%)/10 (37,03%)
	Entourage familial	0	7 (25,92%)
Satisfaction par rapport à la CA Satisfaite et ou très satisfaite	Pas et ou moyennement satisfaite	1 (7,14%)	14 (51,85%)
		13 (92,85%)	13 (48,14%)

douleur du travail obstétrical comme moyenne ou intense (57,14 %). La peur et le coût de l'APD étaient les premières causes de non acceptation, venait ensuite l'influence de l'entourage. Ce dernier facteur était toujours présent jusqu'au moment de l'accouchement. En ce qui concerne le coût, il a été démontré par d'autres équipes que le taux d'acceptabilité diminuait lorsque la péridurale était payante (3). Ce travail nous a permis de mieux cerner les connaissances des primipares malgaches sur la douleur au cours du travail et l'analgésie péridurale. Dans notre série, seulement 29 % des parturientes connaissaient l'existence de l'APD et aucune ne savait en quoi consistait la technique. Ce niveau de connaissance est différent selon l'âge et le niveau d'éducation. Ainsi, on a pu constater que les femmes plus âgées et de niveau socio-économique plus élevé avaient une meilleure connaissance de l'analgésie péridurale du travail, mais cela ne motive pas plus les parturientes pour une nouvelle expérience (2). Il ressortait de l'étude que les femmes enceintes possédant un niveau d'étude supérieur avaient plus conscience de l'intensité de la douleur au cours du travail et souhaitaient une APD lors de l'accouchement. En revanche, les patientes possédant un niveau d'étude plus faible ignoraient même l'existence de cette technique d'analgésie. Sur une plus grande population d'étude faite au Nigeria, Oladokun *et al.* ont fait la même constatation, mais ceci n'influence pas le choix d'acceptation d'une APD (2) et ne donne pas une meilleure satisfaction aux parturientes (7). Concernant les taux de demande et d'accessibilité, ils sont influencés par le niveau d'éducation, l'intensité de la douleur, l'évaluation préanesthésique et le niveau de la maternité (4).

On peut donner plusieurs explications aux résultats de notre étude :

- Il n'existe aucune information obligatoire pendant les consultations prénatales concernant la douleur au cours du travail et sa prise en charge, que ce soit par les sages femmes, les obstétriciens ou les anesthésistes.

- Les sages femmes du centre n'ont pas reçu de formation concernant l'analgésie péridurale.

- Aucun programme n'a été mis en place au niveau du ministère sur ce sujet.

Dans ce contexte, l'information apparaît comme primordiale. Les principaux relais seraient alors les personnels de santé et plus particulièrement les sages femmes, interlocutrices privilégiées des parturientes, et les médias ainsi que les personnels

de santé. La diffusion de l'information peut être orale et devrait s'appuyer sur des supports papiers ou vidéo.

La prise en charge de la douleur est un enjeu majeur en obstétrique moderne. En plus d'être la technique la plus efficace, elle participe à l'amélioration de la sécurité en anesthésie obstétricale en limitant le recours à l'anesthésie générale. On retiendra que si les aspects économiques sont mis en avant, la peur et le poids de l'entourage familial sont des éléments tout aussi importants dans le choix ou pas de l'APD. Il serait indispensable de mettre en place une politique d'éducation pour les futures parturientes au cours des consultations prénatales, de sensibilisation et formation du personnel soignant et enfin d'installer un plateau technique adéquat avec l'aide des institutions concernées pour le développement de l'APD à Madagascar.

Ramorasata JAC¹, Raveloson NE², Randriamahavonjy R³, Tohaina D⁴, Keita H¹

1. Anesthésiologie, Hôpital Louis Mourier, Colombes, Paris, France.

2. Service Accueil - Triage - Urgence/Réanimation, CHU Joseph Rassaeta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar.

3. Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar.

4. Anesthésiologie, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar.

• Correspondance : ramorasata_andy@yahoo.fr

• Article reçu le 17/06/2010, définitivement accepté le 10/05/2011

1. Olayemi O, Adeniji RA, Udoh ES, Akinyemi AO, Aimakhu CO, Shoretiri KA. Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. *J Obstet Gynaecol* 2005 ; 25 : 128-30.

2. Oladokun A, Eyelade O, Morhason-Bello I, Fadare O, Akinyemi J, Abedokun B. Awareness and desirability of labor epidural analgesia: a survey of Nigerian women. *Int J Obstet Anesth* 2009 ; 18 : 38-42.

3. Ouro-Bang'Na MAF, Agbétra N, Djibril MA, Egbohohou P, Kangni N, Tomta K *et al.* Niveau de connaissance et acceptabilité de l'analgésie péridurale : enquête auprès des femmes enceintes au Togo. *Med Trop* 2007 ; 67 : 159-62.

4. Palot M, Leymarie F, Jolly DH, Visseaux H, Botmans-Daigremont C, Mariscal-Causse A. Demande d'analgésie périmédullaire par les patientes et les équipes obstétricales dans quatre régions françaises. Part I : demande d'analgésie. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006 ; 25 : 559-68.

5. Sheiner EK, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Mazor M, Katz M. Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labor. *Pain* 1999 ; 81 : 299-305.

6. Kuti O, Faponle AF. Perception of labour pain among the Yoruba ethnic group in Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2006 ; 26 : 332-4.

7. Kuczkowzki KM. Childbirth with labor anesthesia: what is important to our patients? *Anaesthesist* 2004 ; 53 : 90.

Prévalence des marqueurs sériques des virus de l'hépatite B et C chez les donneurs de sang au Centre de Transfusion Sanguine de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat (Maroc)

Seroprevalence of HBV and HCV in blood donors at the Blood Transfusion Center of Mohammed V Military Teaching Hospital in Rabat Morocco

ABSTRACT • The purpose of this report is to present the findings of a retrospective study (2008-2009) to determine the seroprevalence of hepatitis B and C virus in blood donors at the Blood Transfusion Center of Military Teaching Hospital Mohammed V in Rabat, Morocco. Samples from

19,801 consecutive blood donors were analyzed by the immuno-enzymatic method (Enzyme Linked Immunosorbent Assay, third generation). The overall seroprevalence of HBV and HCV was 0.8% and 0.2% respectively. A total of 98 units were rejected because of elevated alanine transaminase. No case of co-infection was found. From 1991 to 2010, HBV and HCV seropositivity showed a significant declining trend. In spite of the low prevalence observed, this study confirms that the risk of transfusion transmitted infection exists and thus underlines the need to implement preventive strategies to improve blood transfusion safety.

KEY WORDS • Hepatitis B virus. Hepatitis C virus. Seroprevalence

Blood donor. Transfusion. Morocco.

Les hépatites virales B et C représentent des problèmes majeurs de santé publique. L'OMS estime que 2 milliards de personnes environ dans le monde sont contaminées par le virus de l'hépatite B (VHB) dont plus de 350 millions de porteurs chroniques. Il y aurait également 180 millions de porteurs chroniques pour l'hépatite C (VHC). La systématisation de leur dépistage sur les dons de sang constitue un des principaux moyens de lutte et de prévention de leur dissémination, notamment en ce qui concerne le VHC. Les prévalences des marqueurs sérologiques des hépatites B et C au sein d'une population de donneurs de sang fournissent des données épidémiologiques essentielles de leur distribution dans la population générale. Elles constituent également un élément de surveillance épidémiologique.

Dans ce travail, nous déterminons les taux de prévalence des antigènes HBs et des anticorps anti-VHC chez les donneurs de sang au Centre de Transfusion Sanguine (CTS) de l'HMIMV sur une période de deux ans (2008-2009) et comparons nos données à celles précédemment obtenues entre 1991 et 2001.

Il s'agit d'une étude rétrospective menée du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009. Un total de 19 801 dons provenant d'une population militaire essentiellement masculine (98,5 %) et jeune (âge compris entre 18 et 45 ans) a été testé par méthode ELISA (Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay) pour la recherche de l'antigène de surface de l'hépatite B par le réactif Enzygnost[®] HBsAg 5.0 (Siemens, Allemagne) ; par le réactif Innostest[®] HCV Ab IV (Innogenetics[®], Belgique) pour la recherche de l'anticorps du virus de l'hépatite C et par le réactif Fluitest[®] GPT ALT (Biocon[®] Diagnostik, Allemagne) pour la détermination de l'activité enzymatique alanine amino-transférase (ALAT). Les différents tests ont été pratiqués suivant les recommandations et protocoles des fournisseurs. Tout test positif ou douteux (zone grise en ELISA) a fait l'objet d'un contrôle en double avec le même réactif ou un autre réactif. La répétabilité ou la discordance des résultats entraînait la disqualification du don et le sujet faisait l'objet d'une prise en charge spécifique (information, test de confirmation). Les tests de confirmation pour le VHC antérieurement réalisés au CTS ont été, selon la nouvelle stratégie adoptée, exécutés par le service de virologie du même établissement. La confirmation était effectuée par test ELISA utilisant un réactif différent de celui du dépistage.

Le CTS dessert une population essentiellement militaire expliquant les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon : population majoritairement jeune et masculine ; donateurs volontaires, bénévoles et réguliers. Les résultats des tests sérologiques figurent dans le tableau 1. Aucun cas de co-infection n'a été noté. Nos données comparées à celles obtenues par deux études antérieurement menées dans le service montrent une nette tendance à la baisse des taux de prévalence mesurés (tableau 2).

Le Maroc figure dans les pays d'endémicité moyenne (prévalence de l'ordre de 1 %) pour l'hépatite C et de prévalence in-

Tableau 1. Récapitulatif des examens de dépistage effectués sur les dons de sang.

Caractéristiques	Nombre de cas positifs	Prévalence
Infections transmissibles		
VHB	157	0,8 %
VHC	45	0,2 %
Transaminases		
ALAT	98	0,5 %
Co-infections		
VHB-VHC	0	

Tableau 2. Evolution des prévalences des marqueurs sérologiques chez les donneurs de sang au CTS de l'HMIMV de Rabat.

Auteurs	Période	Echantillon	VHB (%)	VHC (%)
Nazih (7)	1991-1997	17 011	2,17	0,30
Zahid (8)	1997-2001	19 016	1,99	0,20
Notre étude	2008-2009	19 801	0,80	0,20

termédiaire pour l'hépatite B (2 à 7 %) (1). La vaccination contre l'hépatite B fait partie intégrante depuis 1999 du programme national d'immunisation avec un taux de couverture vaccinal de 95 % en 2006 (2). Les prévalences nationales du VHB et du VHC chez les donneurs de sang sont respectivement estimées à 2,01 % et 1,08 % (3). Dans notre étude, les prévalences des marqueurs sérologiques s'avèrent nettement plus faibles à 0,80 pour le VHB et 0,20 pour le VHC. Elles se rapprochent de celles rapportées dans une population de donneurs de sang en Tunisie (4) et diffèrent de celles élevées des régions géographiques de forte endémicité (5). L'étude des données épidémiologiques locales actualisées s'avère indispensable afin de définir des politiques spécifiques de sélection des donneurs et de prévention des infections transmissibles par la transfusion.

Plus que le VHB, le VHC est caractérisé par une évolution vers la chronicité, et ses complications bien connues que sont la cirrhose et le carcinome hépato-cellulaire. Sa transmission est principalement assurée par voie sanguine. Comparativement aux données antérieures du service (6-8), la prévalence des anti-VHC passe de 0,51 % à 0,20 % traduisant une amélioration significative de la sélection des donneurs et de la sécurité transfusionnelle dans notre centre. Les autres voies de transmission évoquées sont une infection contractée en milieu ambulatoire et en rapport avec des soins exécutés sans asepsie et hygiène adéquates (extraction dentaire, tatouage, ...), la consommation de drogue par voie intraveineuse. La transmission sexuelle bien que rare est aussi évoquée. Une étude prospective sur les facteurs de risque liés à cette infection permettra de disposer de données sur les conditions de contamination des sujets militaires et ainsi de mieux adapter une politique efficace de prévention.

Quatre vingt dix-huit dons (0,5 %) ont été éliminés pour un taux d'ALAT élevé supérieur au seuil d'exclusion fixé par le CTS (64 UI/L pour les hommes et 52 UI/L pour les femmes). Bien que le dépistage de ce marqueur manque de spécificité, il reste indispensable pour la qualification biologique des dons car son augmentation pourrait être due à des hépatites infra-sérologiques ou à d'autres virus hépatotropes.

La faible prévalence des hépatites B et C enregistrée dans notre étude semble en rapport avec leur faible endémicité au Maroc. Les taux de prévalence retrouvés sont inférieurs à ceux enregistrés dans la population générale traduisant l'efficacité des programmes de surveillance, de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) adoptés au sein du Service de santé des forces armées royales marocaines.

Toutefois, la sécurité transfusionnelle vise à réduire au maximum, voire éliminer les risques immunologiques et infectieux. Elle demeure une préoccupation constante de tous les acteurs impliqués dans l'acte transfusionnel. A côté de cette qualification infectieuse systématique de tout don de sang (tests de 4^{ème} génération, sélection supplémentaire par l'utilisation des transaminases, meilleure couverture vaccinale) la sélection des donneurs et la justification rigoureuse de toute transfusion sanguine constituent des moyens de réduction de la fenêtre sérologique et d'amélioration de la sécurité transfusionnelle.

Zohoun A, Hadeff R, Zahid H, Benkirane M

Centre de Transfusion Sanguine, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

- Correspondance : comlanz@yahoo.fr
- Article reçu le 18/11/2010, définitivement accepté le 14/02/2011

1. Huraux JM, Nicolas JC, Agut H, Peigue-Lafeuille H. *Traité de virologie médicale*. Paris, Estem éd., 2003, 699 p.
2. Ministère de la Santé. Programme National d'Immunisation. Rabat. 2006.
3. Filali Baba A. Maladies au Maroc, un tour d'horizon général. *L'événement Medical* 2002 ; 6 : 1-2.
4. Safer L, Ben Chaabene N, Melki W, Saffar H. Épidémiologie des hépatites virales en Tunisie. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006 ; 54 : 377-80.
5. Tagny CT, Djarra A, Yahaya R, Hakizimana M, Nguessan A, Mbensa G *et al*. Characteristics of blood donors and donated blood in sub-saharan Francophone Africa. *Transfusion* 2009 ; 49 : 1592-9.
6. Sbiti M, Bahji M, Zahid H, Benkirane M, Naji M, Bouhamidi B, El Jouadi A. Prévalence des marqueurs sériques du virus de l'hépatite C chez une population de donneurs de sang. *Gazette Transfus* 2002 ; 175 : 8-10.
7. Nazih M, Benkirane M, Nejmi S. Prévalence des marqueurs sérologiques sur une population de 17011 donneurs de sang. *Gazette Transfus* 1998 ; 125 : 60-3.
8. Zahid H, Hadeff R, Sbiti M, Alauoi-Adib H, Moutaokill L, Zrara A *et al*. Prévalence des marqueurs sérologiques sur les dons de sang au centre de transfusion de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed-V à Rabat (1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2001). *Gazette Transfus* 2003 ; 181 : 5-10.

Motifs de consultation en Dermatologie-Vénérologie en 2009 à Cotonou, Bénin

Reasons for consultation in a dermatology / venereology department in 2009 in Cotonou, Benin

ABSTRACT • The purpose of this retrospective study was to determine the reasons for consultation in a Dermatology Venereology Department in Cotonou, Benin. A total of 1,070 new patients were included. The main reason for consultation was immunoallergic dermatosis.

KEY WORDS • Reason for consultation, immunoallergic dermatosis, self-medication, Benin.

Une étude descriptive rétrospective transversale a été réalisée sur les dossiers des nouveaux patients vus en consultation en 2009 dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU de Cotonou au Bénin. Tous les patients vus en ambulatoire ayant eu un diagnostic de dermatose ont été inclus. Le diagnostic des dermatoses était essentiellement clinique. Les principales dermatoses ont été regroupées par catégories prédéfinies. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPIINFO version 2002.

Mille soixante dix nouveaux patients ont été inclus correspondant à 53,1 % de femmes et 46,9 % d'hommes avec un âge moyen de 29 ans. Les enfants représentaient 24,9 % des patients. Chaque patient avait consulté pour 1 à 3 dermatoses. Les principales dermatoses ayant été les motifs de consultation dans le service de Dermatologie-Vénérologie du CHU en 2009 figurent dans le tableau 1.

Les dermatoses infantiles représentaient 24,6 % de l'ensemble des dermatoses comme au Burkina-Faso (26,1 %) (1).

Les dermatoses immuno-allergiques représentaient le premier motif de consultation (33,54 %) comme cela a déjà été rapporté (2).

L'automédication était pratiquée dans 81,3 % des cas et est bien connue en Afrique. La première raison est économique, puisque les frais de consultation, le prix des produits pharmaceutiques, le coût des déplacements sont trop élevés par rapport aux revenus des patients. La deuxième raison est sociale: le médicament qui a guéri un parent, un ami est considéré comme également

Tableau 1. Répartition des principales dermatoses selon l'âge chez les 1 070 nouveaux patients vus dans le service de Dermatologie du CNHU de Cotonou en 2009.

Dermatoses	Effectif n (%)	Enfant n(%)	Adulte n (%)
Dermatoses immunoallergiques	386 (33,5)	128 (45,1)	258 (29,7)
Dermatoses fongiques	198 (17,2)	28 (9,8)	170 (19,6)
Dermatoses des annexes	147 (12,8)	26 (9,1)	121 (13,9)
Dermatoses tumorales	108 (9,4)	24 (8,4)	84 (9,7)
Troubles de la kératinisation	73 (6,3)	38 (13,4)	35 (4,0)
Dermatoses bactériennes	62 (5,4)	24 (8,4)	38 (4,4)
Dermatoses dysimmunitaires	44 (3,8)	7 (2,5)	37 (4,3)
Dyschromies	41 (3,6)	3 (1,0)	38 (4,4)
Autres	28 (2,4)	-	28 (3,2)
Dermatoses virales	27 (2,4)	2 (0,7)	25 (2,9)
IST	20 (1,7)	-	20 (2,3)
Dermatoses parasitaires	17 (1,5)	4 (1,4)	13 (1,5)
Total	1151 (100)	284 (100)	867 (100)

efficace chez le patient. La troisième raison est l'accès difficile aux soins dermatologiques.

En conclusion, les dermatoses ayant motivé une consultation spécialisée en 2009 à Cotonou ne menaçaient pas le pronostic vital des patients ; elles constituent néanmoins un problème de santé publique par leur impact socioprofessionnel et leur coût pour les populations béninoises à revenus modestes.

Téclessou J, Atadokpédé F, Adégbidi H, Koudoukpo C, Eroume T, N'Dah P, Yédomon HG, do Ango-Padonou F.

1. Service de Dermatologie-Vénérologie. Centre National Hospitalier et Universitaire Cotonou, BENIN

• Correspondance : fatadokpede2009@yahoo.fr

• Arrivé le 10/06/2011, définitivement accepté 6/09/2011

1. Tchangai-Walla K, Pitche P, Agbere A, Bakonde B. Les motifs de consultation des enfants en dermatologie à Lomé (Togo). *Med afr noire* 1995 ; 42 : 390-2.
2. Traoré A, Kouéta F, Sanou I, Kam K, Dao L, Barro F *et al.* Les dermatoses courantes de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical. Service de Coopération et d'Action Culturelle ed, Ouagadougou. <http://www.chu-rouen.fr/chnp0/Annales/Pubped9.htm>.

Evaluation rapide du trachome infantile dans la région centrale du Togo

Trachoma rapid assessment in infantile population of central Togo

ABSTRACT • Aim. The aim of this study was to determine the prevalence and types of trachoma in children of central Togo. *Materials and Methods.* This descriptive cross-sectional investigation was conducted in central Togo in November 2009. At every peripheral health unit (PHU) in 2 villages of the sanitary district, 15 schoolchildren between 6 and 9 years old and 35 children from the community between 1 and 5 years old were examined to detect signs of trachoma using a lamp wipes coupled with binocular magnifying loupes (2.5X). Data were analysed with Excel 2007. *Results.* A total of 8200 children were examined at 82 PHU in 164 villages in the sanitary districts. In the 1-5 year age group including 5,740 children, follicular trachomatous inflammation (TF) was observed in 326 cases and intense trachomatous inflammation (TI) in 9 for a preva-

lence rate of 5.83%. In the 6-9 year age group including 2,460 schoolchildren, TF was observed in 144 and TI in 8 for a prevalence rate of 6.18%. The overall prevalence rate of active trachoma was 5.94 % (n = 487). *Conclusion.* This study confirms the persistence of active trachoma in children in central Togo. Trachoma may be public health problem in 2 districts: Blitta and Sotouboua. A population-based survey will be carried out to evaluate trachoma prevalence prior to implementation of the SAFE strategy in this region.

KEY WORDS • Prevalence. Trachoma. Children. Togo.

Le trachome est une affection endémique cécitante, fréquente dans les milieux où l'hygiène est précaire. Il est causé par des infections oculaires dues à *Chlamydia trachomatis* concernant principalement les enfants, surtout dans la tranche d'âge 1-5 ans. L'inflammation chronique des paupières produit une cicatrice de la conjonctive tarsale qui peut entraîner un trichiasis et un entropion par la suite, se compliquant d'opacités cornéennes avec une réduction conséquente de l'acuité visuelle. Le trachome

Tableau 1. Répartition des enquêtes selon le stade du trachome par district.

Régions	Districts	USP	Examinés	TF	TI	TS	Total	%
Centrale	Blitta	19	1900	208	3	0	211	11,10
	Sotouboua	18	1800	204	1	0	205	11,39
	Tchamba	13	1300	22	3	0	25	1,92
	Tchaoudjo	32	3200	37	9	0	46	1,44
Total	4	82	8200	471	16	0	487	5,94

USP : unité de soins périphériques, TF : inflammation trachomateuse folliculaire, TI : inflammation trachomateuse intense, TS : trachome cicatriciel, % : pourcentage.

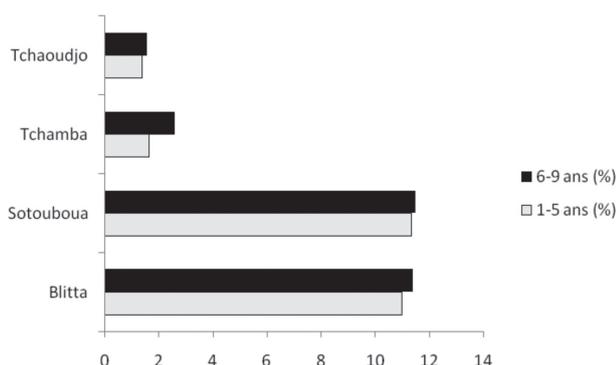


Figure 1. Répartition du taux de prévalence du trachome dans les deux tranches d'âges selon les districts sanitaires.

constitue la première cause de cécité infectieuse évitable et donc un problème de santé publique dans le monde. Il est présent dans 57 pays (1).

Les données disponibles sur le trachome au Togo datent de plus de vingt ans (2). Les auteurs ont réalisé une évaluation rapide afin de décrire la prévalence présomptive de la maladie dans la région.

Il s'agit d'une enquête transversale réalisée en novembre 2009 par une équipe intégrée du projet de lutte contre les maladies tropicales négligées dans deux villages de l'aire sanitaire de chaque unité de soins périphériques (USP) de la région centrale. Dans chaque village, 35 enfants âgés de 1 à 5 ans et 15 écoliers âgés de 6 à 9 ans, ont bénéficié d'un examen des yeux à la lampe torche couplée à une loupe binoculaire de magnification x 2,5, à la recherche des signes de trachome après un consentement des parents. Les cas de trachome ont été classés selon la codification simplifiée de l'organisation mondiale de la santé (OMS) (3).

Au total, 8 200 enfants ont été examinés dans 164 villages des 82 USP dans 4 districts sanitaires de la région centrale. Cinq mille sept cent quarante (5 740) étaient âgés de 1 à 5 ans et 2 460 âgés de 6 à 9 ans. Le trachome est observé chez 487 enfants soit un taux de prévalence globale de 5,94 %. Il y a 470 cas d'inflammation trachomateuse folliculaire (TF) soit 96,51 % des cas de trachome et 5,73 % des enfants examinés. L'inflammation trachomateuse intense (TI) est retrouvée chez 17 enfants soit 3,49 % des cas de trachome et 0,21 % des enfants examinés. Nous n'avons trouvé aucun cas de trachome cicatriciel pour trachoma scar (TS) ni de trichiasis trachomateux (TT) ni d'opacité cornéenne (CO) chez nos enquêtés (tableau 1). Le rapport TF/TI est de 27,65 pour tout l'échantillon. La distribution du trachome dans les deux tranches d'âge est représentée sur la figure 1. Dans la tranche d'âge de 1-5 ans, le taux de prévalence a varié de 1,38 à 11,35 % avec une moyenne de 5,83 %. Dans la tranche

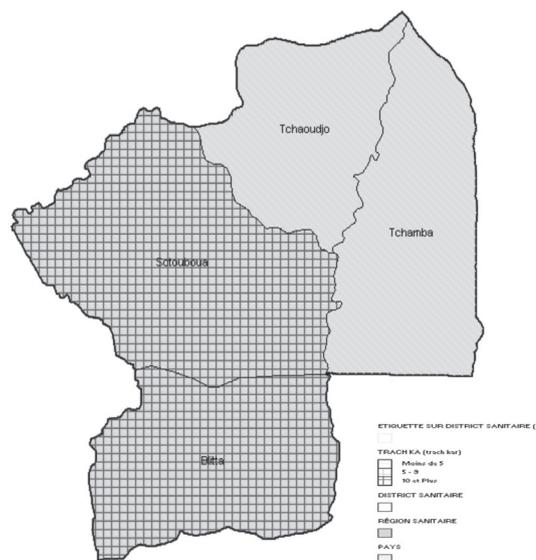


Figure 2. Cartographie du trachome dans la population infantile de la région centrale du Togo.

d'âge de 6-9 ans, le taux de prévalence a varié de 1,56 à 11,48 % avec une moyenne de 6,18 %. Le trachome est inégalement réparti dans les districts (tableau 1). Les districts où la prévalence est supérieure à 10 % sont Sotouboua 11,39 % et Blitta 11,10 %. Les districts ayant un taux de prévalence inférieur à 5 % sont Tchamba (1,92 %) et Tchaoudjo (1,44 %). La cartographie du trachome est représentée sur la figure 2.

L'évaluation rapide nous permet de connaître les districts probablement endémiques autorisant une enquête épidémiologique fiable avant la mise en œuvre de la stratégie CHANCE (4). La prochaine enquête sera conduite dans les districts de Blitta et de Sotouboua dans la région Centrale.

Ayena KD¹, Dzidzinyo K¹, Koffi KS², Salou M³, Amza A⁴, Amedome KM¹, Balo KP¹.

1. Service d'ophtalmologie
2. Service de pédiatrie
3. Service de microbiologie, CHU Tokoin, Togo
4. Programme national de lutte contre la cécité au Niger, CHU Tokoin, Togo

• Correspondance : didier23fr@yahoo.fr

• Article reçu le 18/10/2010, définitivement accepté le 30/06/2011

1. Mariotti SP, Pascolini D, Rose-Nussbaumer J. Trachoma: global magnitude of a preventable cause of blindness. *Br J Ophthalmol* 2009 ; 93 : 563-8.
2. Balo K, Negrel D. Causes de cécité au Togo. *J Fr Ophtalmol* 1989 ; 12 : 291-5.
3. WHO. Trachoma Control: A Guide for Programme Managers. WHO ed, Genève, 2006, p. 53. whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546905_eng.pdf
4. Khanduja S, Jhanji V, Sharma N, Vashist P, Murthy GV, Gupta S *et al.* Rapid assessment of trachoma among children living in rural northern India. *Ophthalmic Epidemiol* 2009 ; 16 : 206-11.

Remerciements : les auteurs sont reconnaissants à HDI, RTI, USAID pour avoir financé cette enquête, CDC pour son appui technique, le ministère de la santé du Togo pour avoir autorisé son personnel et la population à participer à l'enquête et tous les enquêteurs pour leur dévouement.

Mise en évidence sérologique de leptospires chez des équidés, camélidés et bovidés à Djibouti

Serological study of leptospirosis in equids, camelids and bovids from Djibouti

ABSTRACT • Sera obtained from 31 domestic and feral animals in Djibouti were assayed for leptospiral antibodies using the microscopic agglutination test. Antibodies were detected in 26 samples (84%), corresponding to 116 positive reactions. The most common antigen serogroups were Icterohaemorrhagiae and Australis. The highest titre was recorded for serovar Munchen (1:1280) in sera from Somalian wild asses and goats. This study shows a broad dispersion and high prevalence of the different *Leptospira* serogroups tested. High biodiversity has been previously reported in tropical countries and is thought to be linked to the wide range of reservoir mammals. Additional study will be needed to identify the reservoirs of the different serogroups in this part of Africa.

KEY WORDS • Leptospirosis. Djibouti. Horse. Camel. Somalian wild ass. Goat *Oryx gazella beisa*.

La leptospirose est la zoonose la plus répandue dans le monde et elle est fréquemment décrite comme une maladie tropicale émergente (1). Les formes graves, dont la létalité peut dépasser 20%, représenteraient annuellement plus de 500 000 cas, principalement en région tropicale dans des pays en développement (2). En Afrique, son incidence est peu documentée et la maladie peut se manifester sur un mode endémique ou épidémique, comme en Somalie, où la maladie a atteint 50 soldats des forces de maintien de la paix de l'Union africaine et provoqué cinq décès, en juillet 2009 (3).

En mars 2010, une enquête sérologique a été menée sur 31 animaux d'une réserve située à Djibouti (refuge Decan : 11,509 61°8' N; 43,181 77°6' E), appartenant aux espèces domestiques : cheval (*Equus caballus*, n = 5), âne (*Equus asinus*, n = 3), dromadaire (*Camelus dromedarius*, n = 3), chèvre (*Capra aegagrus hircus*, n = 9) et aux espèces sauvages : âne de Somalie (*Equus asinus somali*, n = 8), et gazelles Oryx (*Oryx gazella beisa*, n = 3) (figures 1, 2). Tous les animaux domestiques étaient autochtones. Les ânes de Somalie et les gazelles Oryx ont été importés en 2009 depuis le Zooparc de Beauval (Saint Aignan sur Cher, France) dans le cadre d'un programme de conservation de ces espèces. La recherche de leptospires pathogènes a été effectuée à l'aide du test d'agglutination microscopique pour 21 antigènes de l'espèce *Leptospira interrogans*. Le seuil de positivité retenu est le 1:80. Pour un sérum positif pour plusieurs sérovars, le sérovar avec le titre en anticorps le plus élevé a été considéré comme appartenant au même sérovar que la souche infectante (4).

Sur les 31 sérums analysés, 26 ont présenté une agglutination au seuil de positivité retenu. La prévalence sérologique en fonction des espèces est présentée par la figure 3. Aux 26 échantillons positifs correspondent 116 réactions sérologiques positives vis-à-vis de différents sérovars dont la répartition est donnée dans le tableau 1. La distribution des différents sérovar est représentée par la figure 4. Chez les équidés, le sérovar présumé responsable de l'infection est Icterohaemorrhagiae (sérovary copenhageni) pour 67% des animaux (10/15). Le titre le plus élevé (1:1280) est observé pour l'âne de Somalie pour le sérovar Australis (sérovary munchen). Chez les dromadaires et l'oryx positifs, le sérovar présumé responsable de l'infection



Figure 1. Gazelles Oryx (*Oryx gazella beisa*) au refuge Decan.

Photo : Bertrand LufFrance



Figure 2. Ane de Somalie (*Equus asinus somali*) au refuge Decan.

Photo : Baptiste Malot

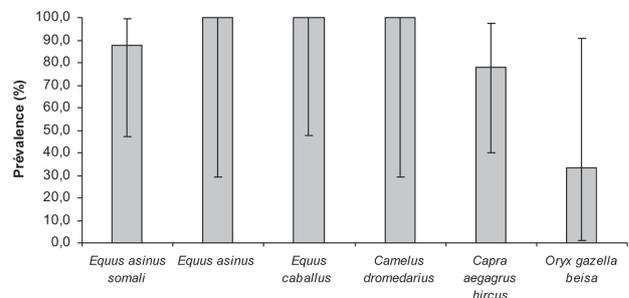


Figure 3. Pourcentage chez les différentes espèces d'animaux de sérums positifs vis-à-vis de la leptospirose au titre seuil de 1:80, avec un intervalle de confiance de 95 %.

est Icterohaemorrhagiae pour trois animaux sur quatre, avec le titre le plus élevé (1:160) pour le dromadaire, pour les sérovar Icterohaemorrhagiae et Sejroe. Enfin, chez les chèvres positives le sérovar présumé responsable de l'infection est Australis pour 57% des animaux (4/7), le titre le plus élevé (1:1280) étant retrouvé pour le sérovary munchen.

A notre connaissance, il s'agit de la première mise en évidence sérologique de leptospires chez le dromadaire autochtone de Djibouti. D'autres enquêtes sérologiques menées dans la corne de l'Afrique ont rapporté des résultats positifs chez le dromadaire en Ethiopie (sérovar dominants : Grippytyphosa et Butembo) et en Somalie (sérovar dominants : Grippytyphosa et Icterohaemorrhagiae) (5). La forte prévalence et le nombre élevé de sérovars réagissant positivement dans notre étude sont proches

Tableau 1. Résultats sérologiques positifs au MAT en fonction des différentes espèces (seuls les sérovars obtenant une réaction positive sont représentés).

Espèces	19 a	COP b	MUN c	AUS d	BRAT e	PYR f	BAT g	CAN h	TAR i	BAL j	AKI k	BIM l	SJ m	SAX n	HJ o	MAN p	PAN q
Ane de Somalie	7	7	5	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Cheval	5	5	3	1	3	2	-	2	1	1	-	-	-	-	-	2	1
Ane	3	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Dromadaire	3	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Oryx	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chèvre	7	7	5	6	5	-	1	1	1	-	4	4	1	1	-	-	-
Total	25	26	13	9	11	3	2	3	2	1	4	4	1	2	1	5	4

a : Icterohaemorrhagiae, b : Copenhageni, c : Munchen, d : Australis, e : Bratislava, f : Pyrogenes, g : Bataviae, h : Canicola, i : Tarassovi, j : Castellonis, k : Autumnalis, l : Bim, m : Sejroe, n : Saxkoebing, o : Hardjo, p : Mangus, q : Panama

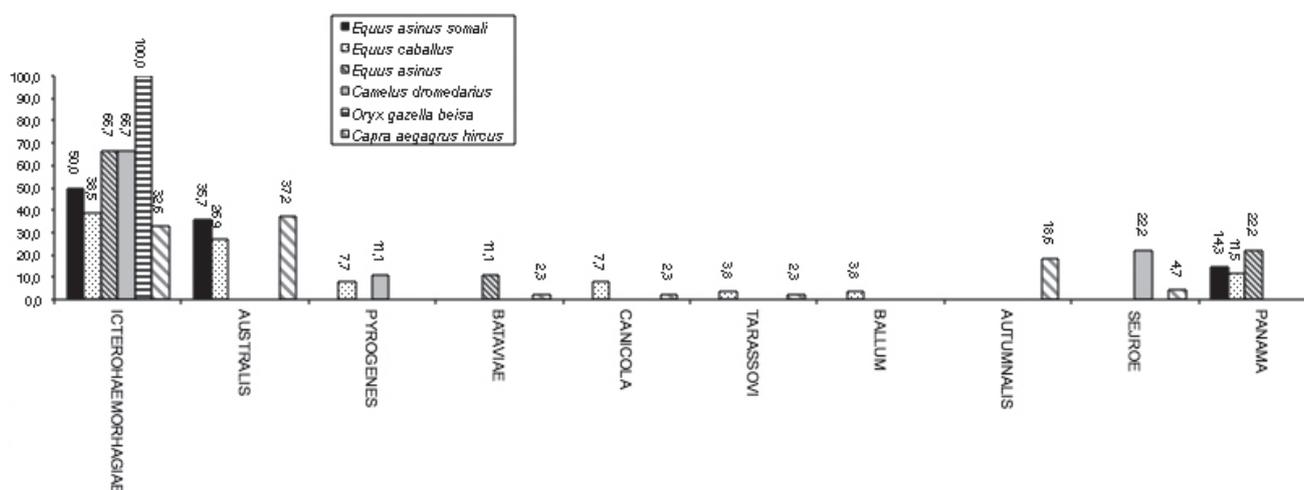


Figure 4. Distribution des différents sérogroupes chez les équidés, bovidés, camélidés.

de ceux observés fréquemment dans les enquêtes sérologiques menées dans des zones tropicales ou équatoriales humides d'Afrique. Ces résultats peuvent paraître étonnants à Djibouti, dont le climat semi-aride semble peu propice à la dissémination de la leptospirose. Cette grande biodiversité des sérovars rencontrés est généralement mise en relation avec la vaste étendue du réservoir mammifère (2). Pour une zone géographique particulière, chaque séro-groupe est associé fréquemment à une ou plusieurs espèces animales qui sont des hôtes de prédilection et des réservoirs d'infection. Ainsi, pour les principaux sérogroupes observés dans notre étude et aux titres les plus élevés, à savoir Icterohaemorrhagiae et Australis, sont respectivement considérés comme réservoirs privilégiés certains rongeurs (rat noir : *Rattus rattus*, surmulot : *Rattus norvegicus*, rat musqué : *Fiber zibethicus*), et le hérisson. Peu d'investigations ont été menées pour identifier les réservoirs dans la corne de l'Afrique. Un rapport établi par la *United states naval medical research unit* en Ethiopie n'a pas mis en évidence sur les 376 rongeurs capturés la présence de *Leptospira*, ni dans le sang, par détection sérologique, ni dans les urines. Cependant, parmi les rongeurs étudiés, ne figuraient pas les espèces *Gerbillus pulvinatus* et *Mus musculus* qui sont les plus souvent observées au refuge Decan. Il serait intéressant de mener d'autres enquêtes épidémiologiques pour identifier le réservoir des différents sérogroupes incriminés, et ainsi contribuer à la mise en place d'une stratégie de contrôle.

Roqueplo C¹, Davoust B¹, Mulot B², Lafrance B³, Kodjo A⁴

1. Groupe de travail en épidémiologie animale du Service de santé des armées, Marseille, France
2. Zooparc de Beauval, Saint Aignan sur Cher, France
3. Clinique vétérinaire, Djibouti
4. Laboratoire des leptospires VetAgro Sup, Campus vétérinaire de Lyon, Marcy l'Etoile, France

• Correspondance : cedric.roqueplo@wanadoo.fr
 • Article reçu le 14/06/2011, définitivement accepté le 04/07/2011

1. Levett P. Leptospirosis: A forgotten zoonosis? *Clin Appl Immunol Rev* 2004 ; 4: 435-448.
2. Bharti A, Nally J, Ricaldi J, Matthias M, Diaz M, Lovett M, et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. *Lancet Infect Dis* 2003 ; 3 : 757-771.
3. Promed Digest. Leptospirosis in Somalia archive number 20090808.2808. *Promed Digest* ed, 2009. http://www.promedmail.org/pls/apex/f?p=2400:1001::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400_P1001_PUB_MAIL_ID:1000,7870
4. Adler B, de la Pena Moctezuma A. Leptospira and leptospirosis. *Vet Microbiol* 2010 ; 140 : 287-296.
5. Wernery U, Kaaden OR. Leptospirosis. In "Wernery U, Kaaden OR. Infectious disease in camelids". Blackwell Edition ed, Berlin, 2002, pp 55-8.

Cellulites Cervico-Faciales à Ouagadougou (Burkina Faso) : 26 observations

Cervicofacial cellulites in Ouagadougou, Burkina Faso: A 26-case report

ABSTRACT • Cervicofacial cellulitis is still observed in Burkina Faso and can be severe. The aim of this study was to review diagnostic and therapeutic challenges associated with management of cervicofacial cellulitis in our region where medical facilities are poor. A retrospective study of patients treated between January 1999 and December 2008 was performed. A total of 26 cases of cervicofacial cellulites were compiled. All patients underwent broad spectrum antibiotherapy associated imidazols. Surgical treatment was performed in 60% of the cases. Early diagnosis and treatment is essential for favorable outcome.

KEY WORDS • Cervicofacial Cellulitis. Burkina Faso.

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier 1999 et décembre 2008 dans le service d'ORL du CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, colligeant les observations de cellulite cervico-faciale, et leurs données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Durant ces 10 ans de l'étude, 2 725 patients ont été admis dans le service. 26 cas de cellulite cervico-faciale ont été retenus. L'âge moyen de nos patients était de 31 ans avec des extrêmes de 3 et 70 ans. Notre collectif comportait 18 hommes et 8 femmes, soit un sex ratio de 2/1. Parmi nos patients, 19 étaient originaires de la ville de Ouagadougou, 7 étaient transférés des centres hospitaliers régionaux. On notait une prévalence plus importante dans les couches socioprofessionnelles dites défavorisées (tableau 1).

Le délai moyen de consultation a été de 12 jours avec des extrêmes de 2 et 30 jours. Des cofacteurs de morbidité ont été retrouvés dans 4 cas : diabète (2 cas), insuffisance rénale (1 cas), VIH (1 cas). Les principaux signes cliniques ayant amené les patients en consultation ont été la douleur (26 cas) et la tuméfaction cervico-faciale (25 cas). A ces signes se sont associées des manifestations cliniques en rapport avec l'extension du processus infectieux : la dysphagie (10 cas), la dyspnée (2 cas), la dysphonie (1 cas). La fièvre a été notée chez 9 patients. L'examen physique a permis d'individualiser deux grands tableaux cliniques: le tableau d'une cellulite cervico-faciale circonscrite (12 cas), sous la forme d'une tuméfaction relativement localisée en regard de laquelle on constate la présence d'une peau rouge, chaude associée à des douleurs lancinantes. Le tableau d'une cellulite cervico-faciale diffuse (14 cas) sous la forme d'une tuméfaction rapidement extensive et inflammatoire de la région cervico-faciale, non fluctuante, douloureuse avec parfois un crêpitement sous cutané.

La porte d'entrée de l'infection a été surtout dentaire 7 cas (35 %) (tableau 2).

Les prélèvements bactériologiques ont été réalisés dans 17 cas (65,4 %). Les germes retrouvés étaient tous aérobies. L'infection à streptocoque a dominé le tableau (4 cas), suivie des infections à *Proteus mirabilis* (2 cas), à *Escherichia coli* (2 cas), à *Pseudomonas sp* (2 cas), à Staphylocoque (1 cas), et à *Klebsiella pneumoniae* (1 cas). Dans 5 cas, l'étiologie a été indéterminée. Ces infections ont eu un profil monomicrobien dans 10 cas et polymicrobien dans 2 cas. Tous nos patients ont bénéficié d'une numération formule sanguine, et d'une glycémie à

Tableau 1. Catégories socioprofessionnelles.

Catégorie socioprofessionnelle	Nombre de cas	%
Sans profession	6	23,1
Ouvriers, tailleurs, soudeurs, menuisiers	7	26,9
Cultivateurs	5	19,2
Commerçants	3	11,5
Elèves/étudiants	3	11,5
Fonctionnaire	1	3,8
Militaire	1	3,8
Total	26	100,0

Tableau 2. Porte d'entrée.

Type de lésion	Porte d'entrée	Cas	%
Infections	Caries dentaires	05	65,4
	Angines	04	
	Furonculoses	01	
	Dermatoses	01	
	Sublingualite	01	
	Sous maxillite	01	
	Parotidite	01	
	Otite	01	
	Sinusite maxillaire	01	
	Phlegmon periamygdaalien		
Traumatiques	AVP	01	3,8
Iatrogène	Avulsion dentaire	02	7,7
Inconnue		06	23,0
Total		26	100,0 %

jeun. Ces examens ont permis de confirmer le processus infectieux (hyperleucocytose) dans 17 cas et de mettre en évidence 2 cas de diabète, 6 cas d'anémie normochrome normocytaire. Des radiographies pulmonaires de face ont été demandées chez tous nos patients. Elles n'ont montré aucune anomalie. Un panoramique dentaire a été réalisé en cas de suspicion de foyer infectieux dentaire (7 cas). La tomodensitométrie n'a été faite que dans 1 cas de cellulite diffuse.

Le traitement a été médico-chirurgical dans 65,4 % (17 cas) et médical isolé dans 34,6 % (9 cas). Au plan médical l'antibiothérapie a été instaurée de manière systématique. Les antibiotiques les plus utilisés ont été les pénicillines (13 cas ; 50 %) associées ou non à un imidazolé, suivi de l'association amoxicilline/acide clavulanique (5 cas ; 19,2 %), et des céphalosporines de 3^{ème} génération (5 cas ; 19,2 %). La mise à plat chirurgicale a été réalisée sous anesthésie locale en cas de cellulite cervico-faciale circonscrite (3 cas) et sous anesthésie générale en cas de forme diffuse (14 cas). Les patients présentant une carie dentaire ont bénéficié de soins dentaires en Odontostomatologie.

L'évolution a été favorable dans 65,4 % (17 cas). Cependant dans 15,4 % (4 cas), cette évolution a été marquée par des complications à type de nécrose cutanée (2 cas), de choc septique (1 cas), et de paralysie faciale (1 cas). Quatre décès ont été enregistrés dans un contexte de septicémie (2 cas) ou de décompensation diabétique (2 cas).

La cellulite cervico-faciale est une pathologie encore d'actualité dans nos régions, bien que sa fréquence soit relativement faible : 3 cas/an dans notre étude, 5 cas/an pour Hounkpe (1) et 3 cas/an pour Benariba (2). Dans nos régions en développement du sud, cette prévalence est certainement sous estimée du fait de l'insuffisance du plateau technique (centres de soins, personnel qualifié) et de la forte influence de la médecine traditionnelle (3). L'âge de nos patients est en rapport avec la grande jeunesse de nos populations : au Burkina Faso 46,8 % de la population a un âge inférieur à 14 ans (3). Dans notre série, l'incidence de la cellulite diminue avec

l'âge du patient. Ce fait est probablement en rapport avec l'acquisition d'une immunité plus forte. L'âge modal de 31 ans dans notre série est inférieur à celui de Vigne (4) en France de 57 ans. Une espérance de vie plus longue dans les pays du nord peut expliquer cette différence. Pour Gauzit (5), cette longue espérance de vie dans les pays du nord a comme corollaire une forte comorbidité de la cellulite avec certaines pathologies du sujet âgé (diabète, cancers, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, toxicomanie, immunodépression). L'analyse du statut professionnel de nos patients a montré que 80 % d'entre eux étaient sans emploi ou avaient un emploi précaire. Ce constat est également fait par certains auteurs du nord (6, 7) qui notent une forte prévalence de ces infections chez les patients démunis (sans domicile fixe, sans emploi).

Le retard à la consultation dans notre série a pour conséquence le diagnostic tardif de nos cas, souvent au stade de complications. En effet 54 % de nos patients ont été diagnostiqués au stade de cellulite extensive avec souvent comme corollaire un mauvais pronostic. La précocité du diagnostic est donc un élément fondamental dans la prise en charge de la cellulite cervico-faciale, elle permet une instauration précoce du traitement. Pour Gauzit (5) le délai entre le début de l'histoire clinique et la prise en charge thérapeutique influe sur la mortalité ; cette mortalité est d'autant plus élevée que ce délai est long. Dans les pays du nord, la cellulite est vue en général à un stade précoce, les formes diffuses étant essentiellement l'apanage du sujet à cofacteurs de morbidité (4). Le rôle de la pathologie dentaire comme porte d'entrée principale de la cellulite cervico-faciale est souligné dans notre série (35 % des cas) et par les autres auteurs (2, 3, 5). Dans la plupart des études du nord comme dans celle de Giulano et de Childer (2), la flore est le plus souvent pluri-microbienne, volontiers mixte aéro-anaérobie. Par contre, dans les séries du sud (2, 3, 8) dont la nôtre, la flore est essentiellement monomicrobienne et aérobie. Les raisons sont nombreuses : les infrastructures ainsi que les spécialistes de microbiologie sont peu nombreux et le plateau technique ne permet pas toujours l'isolement des anaérobies.

Le diabète, le VIH et l'insuffisance rénale, ont été dans notre étude les principaux cofacteurs de morbidité. D'autres cofacteurs sont rapportés dans la littérature (2, 5) : l'immunosuppression générale, l'alcoolisme les néoplasies, et la prescription inadaptée d'antibiotiques. La prise isolée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et stéroïdiens est considérée par certains auteurs (2, 4, 5) comme un facteur aggravant car, elle augmenterait la virulence et la prolifération microbienne. Le centre de prévention et de contrôle des maladies aux Etats Unis d'Amérique (2) recommande d'éviter la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens devant une infection non contrôlée.

La précocité du traitement est l'élément essentiel du pronostic (1-3, 5) ; le choix de l'antibiothérapie est extrêmement difficile car dans la majorité des cas, l'antibiothérapie est initialement probabiliste et secondairement adaptée à l'antibiogramme. Aussi, n'est il pas rare dans la littérature (2, 5) de retrouver une multitude de propositions en fonction de la pratique de l'auteur. Pour nous, une condition essentielle doit être respectée par l'antibiothérapie probabiliste : elle doit être efficace à la fois sur les aérobies et sur les anaérobies. L'adaptation du traitement est effectuée une fois le ou les germes identifiés. Tous nos patients ont bénéficié d'une antibiothérapie probabiliste puis adaptée en fonction du germe en cause. Nos patients présentant une cellulite diffuse (14 cas) ont tous bénéficié d'un drainage chirurgical, par contre, seulement 25 % (3 cas) de nos patients présentant une forme circonscrite ont été opérés. Notre technique de drainage est structurée en 5 temps

opératoires : large cervicotomie permettant une ouverture de toutes les loges anatomiques, exposition des zones de suppuration ou de nécrose avec prélèvements à visée bactériologique, excision des tissus nécrotiques jusqu'au tissu sain, lavage abondant des loges au sérum physiologique bétadiné, drainage des loges à l'aide de compresses imbibées de Bétadine suivi du pansement. Dans les suites de l'intervention des lavages au sérum physiologique bétadinés sont effectués toutes les 24 heures jusqu'à amélioration de l'état général et septique. Notre attitude thérapeutique a été guidée par le fait que la cellulite diffuse gangréneuse présente un fort risque de septicémie et une extension possible au médiastin (8) ; par contre, dans la cellulite circonscrite ces risques sont moins importants. Cette attitude thérapeutique est également adoptée par Vigne (4), et Diallo (9).

Les complications les plus redoutables sont la survenue d'une médiastinite, d'une rupture des gros vaisseaux, ou d'une septicémie (2, 5). Car ces complications engagent le pronostic vital à brève échéance. Nous n'avons pas observé de telles complications, mais 2 cas de nécrose cutanée étendue et 1 cas de paralysie faciale périphérique ont été notés. Nous avons enregistré une mortalité de 15,4 % due à l'état septique ou à la décompensation d'un diabétique. Nos résultats corroborent ceux de Diallo (9) qui a enregistré une mortalité de 21 %. Pour Gauzit (5), la mortalité globale de la cellulite est de l'ordre de 15 à 30 %, cette mortalité est influencée par l'âge (inférieur à 1 an ou supérieur à 60 ans), l'existence de cofacteurs de morbidité, le délai de prise en charge du patient, et l'existence d'une hémoculture positive au streptocoque β -hémolytique ou aux anaérobies. Cette forte mortalité illustre bien la gravité des cellulites cervico-faciales.

Les cellulites cervico-faciales sont graves et d'actualité dans nos régions. Le retard à la consultation, les limites des moyens de prise en charge confèrent à la cellulite un grand potentiel de gravité. Le traitement est à la fois médical avec en première intention une antibiothérapie probabiliste à large spectre et chirurgical par le drainage d'une éventuelle collection. Une prise en charge précoce et adéquate est essentielle pour l'amélioration de leur pronostic.

Sereme M, Ouedraogo B, Gyebré Y,
Ouattara M, Ouoba K.

Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale. CHU-Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina-Faso.

• Correspondance : serememoustapha@yahoo.fr

• Article reçu le 10/04/2010 définitivement accepté le 06/06/2011

- *****
1. Hounkpe Y, Oussa G, Sjevodouche S, Babagbete M, Medji A, Bassabis S. Les cellulites cervico-faciales : à propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophthalmologie du CNHU de Cotonou. *Med afr noire* 1990 ; 37 : 29-34.
 2. Benariba F, Ammar H, Alouane M. Cellulites cervico-faciales : À propos de cinq cas. *Médecine et armées* 2007 ; 35 : 171-4.
 3. Bamory O. Démographie du Burkina Faso. Institut national de la statistique et de la démographie ed, Ouagadougou, 2008, p. 454
 4. Vigne P, Duvillard C, Romanet P. Les cellulites cervicales diffuses : à propos de 5 observations. *Otorhinolaryngol nova* 1999 ; 9 : 245-51.
 5. Gauzit R. Infections cutanées graves : définitions, caractéristiques cliniques et microbiologiques. *Ann Fr Anesth Réanim* 2006 ; 25 : 967.
 6. Berkowitz R. Causes, traitement et prévention de la carie de la petite enfance : perspective microbiologique. *J Can Dent Assoc* 2003 ; 69 : 304-7.
 7. Beynet A, Menahem G. Problèmes dentaires et précarité. CREDES ed, 2002, p. 139
 8. Diallo O, Balde N, Conde B, Camara S, Bah A. Les cellulites cervico-faciales chez les patient diabétique au CHU de Conakry. *Rev col odonto-stomatol afr chir maxillo-fac* 2006 ; 13 : 13-6.
 9. McHenry CR, Piotrowski JJ, Petrinic D, Malangoni MA. Determinants of mortality for necrotizing soft-tissue infections. *Ann Surg* 1995 ; 221 : 558-63 ; discussion 563-5.
- *****