

coq IM à trois reprises), a été adressé aux urgences pédiatriques pour une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit, d'apparition brutale, sans facteur traumatique déclenchant connu. À l'admission, le diagnostic de pronation douloureuse a été évoqué, et, après un bilan radiologique normal, une manœuvre de réduction n'a pas entraîné d'amélioration. Cette évolution a conduit à programmer un bilan biologique (à la recherche d'un syndrome inflammatoire), dont la réalisation, difficile, a nécessité trois prélèvements veineux successifs au pli du coude gauche, moyennant une contention élastique du nourrisson. Quelques heures plus tard, le tableau clinique s'est compliqué d'une impotence fonctionnelle complète du membre supérieur gauche, associée à un œdème induré douloureux, inflammatoire, diffus, centré par une ecchymose du pli du coude entourée de quelques lésions purpuriques. Le diagnostic évoqué, malgré l'absence d'hyperthermie, était celui de cellulite débutante du bras, secondaire à l'effraction cutanée réalisée lors du bilan biologique. Une échographie montrait une infiltration sous-cutanée diffuse, sans épanchement intra-articulaire associé. Parallèlement, un nouveau bilan biologique comportant une exploration de la coagulation a été réalisé qui montrait un allongement majeur du TCK, et un taux de facteur VIII inférieur à 1 %. La confirmation de ces résultats permet de poser le diagnostic d'hémophilie A sévère et d'élucider l'ensemble du tableau clinique. L'évolution a été rapidement favorable après traitement substitutif (Recombinat®).

Cette observation quelque peu inhabituelle dans sa présentation, nous amène à formuler trois remarques :

1. Le diagnostic d'hémophilie posé chez un nourrisson en l'absence d'antécédents familiaux n'est pas exceptionnel et peut correspondre schématiquement à trois situations : hémophilie ancienne transmise par les mères pendant plusieurs générations et dont le souvenir « familial » s'est estompé, hémophilie mineure (taux du facteur déficitaire compris entre 8 et 30 %) dont les manifestations sont généralement rares et uniquement provoquées, hémophilie de novo. Dans une même famille, la sévérité de la maladie est constante avec un taux de facteur déficitaire identique d'une génération à l'autre. Dans notre observation, l'absence d'antécédents familiaux chez Guillaume, atteint d'hémophilie grave se manifestant généralement dès la première année de vie, plaide pour le diagnostic d'hémophilie de novo. La normalité du taux de facteur VIII dosé à plusieurs reprises chez la mère, s'il n'élimine pas formellement la possibilité d'être conductrice, conforte l'hypothèse d'une mutation nouvelle survenue chez l'enfant.
2. L'absence de manifestations hémorragiques notables malgré la réalisation de trois injections intramusculaires profondes lors de la réalisation du calendrier vaccinal, ne permet pas d'éliminer une maladie constitutionnelle grave de l'hémostase.
3. Lors d'une pronation douloureuse, la résolution complète de la symptomatologie est la règle après manœuvre de réduction

bien conduite. Une évolution atypique doit faire poursuivre les investigations, radiologiques et, si besoin, biologiques.

S0929693X01007023/COR
Arch Pédiatr 2002 ; 9 : 100-1

Épidémiologie et prise en charge de la malnutrition chez les enfants âgés de zéro à cinq ans hospitalisés à Dakar

A. Sylla*, S. Diouf, M.G. Sall, O. Ndiaye, C. Moreira,
N. Kuakuvi

Chaire de pédiatrie, université Cheikh Anta DIOP de Dakar, Dakar,
Sénégal

(Reçu le 21 septembre 2001 ; accepté le 24 septembre 2001)

**épidémiologie / malnutrition / pays en voie de
développement**
**epidemiology / nutrition disorders / developing countries /
child**

La malnutrition protéino-énergétique (MPE) constitue encore un important problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Malgré les efforts thérapeutiques consentis ces dernières années, une lourde mortalité lui est encore imputée en milieu hospitalier pédiatrique dakarais.

L'analyse des caractéristiques épidémiologiques de nos malades malnutris ainsi que les problèmes de prise en charge de la malnutrition constituent le but de ce travail qui s'est déroulé de janvier 1999 à mai 2000 dans le service de pédiatrie de l'hôpital A.-le-Dantec de Dakar.

Au cours de la période d'étude nous avons hospitalisé 1731 enfants dont 522 admis pour MPE soit une incidence cumulée de 30,15 %. L'âge moyen des malades malnutris était de 22,50 mois \pm 17. Ils étaient issus en général (80,7 %) de mères analphabètes et avaient été nourris au sein dans 45,6 % des cas.

Les formes cliniques de malnutrition observées étaient le marasme (89,1 %), le kwashiorkor (2,1 %) et le kwashiorkor marasmique (8,8 %). La quasi totalité des cas de kwashiorkor était constituée d'enfants sevrés précocement à cause d'un décès ou d'une agalactie maternelle et nourris exclusivement au lait artificiel.

Une maigreur sévère (poids/taille $<$ -3 Z score) a été observée chez 32,3 % de nos malades.

Un retard de croissance sévère (taille/âge $<$ -3 Z score) a été noté dans 24 % des cas.

*Correspondance : BP n° 7304 Soumbédioune, Dakar, Sénégal.

Les affections associées à la malnutrition étaient principalement la diarrhée (51,4 %), les pneumopathies (30,1 %) et le paludisme (6,9 %).

La diarrhée était associée de façon statistiquement significative ($p < 0,02$) à la mortalité. En effet le risque de décès était 1,5 fois plus élevé chez les malnutris présentant une diarrhée. Beau et al [1] dans une étude réalisée chez des enfants hospitalisés à Dakar notaient un risque de décès 1,97 fois plus important chez les enfants admis pour diarrhée. La supplémentation en oligo-éléments surtout en zinc [2] ainsi que l'utilisation de solution de réhydratation à faible teneur en sodium [3] actuellement préconisées dans la diarrhée associée à la malnutrition, ne sont pas encore de pratique courante dans notre service.

La pneumopathie qui constituait dans cette étude la deuxième affection associée à la malnutrition n'était pas significativement corrélée à la mortalité.

L'incidence cumulée des décès était de 21,5 %. Dans 34,8 % des cas ceux-ci survenaient avant la 24^e heure. Ces décès précoces dans la malnutrition ont été retrouvés par d'autres auteurs dakarois [4] et sont liés à la gravité du tableau clinique initial avec une fréquente déshydratation mais aussi à la prise en charge alimentaire inadéquate.

L'analyse des gains de poids pendant le suivi des malades à l'exclusion des décès précoces a permis de noter un gain pondéral moyen de 7,4 g/kg/j \pm 2 chez les survivants contre 5 g/kg/j \pm 2,4 chez les décédés ; la différence était statistiquement significative ($p < 0,001$). Si l'on compare ces valeurs avec celles admises (10 à 15 g/kg/j) [3] dans la rénutrition correcte des malnutris, nous sommes loin de la bonne moyenne et donc de la prise en charge adéquate.

Au total, depuis plus de deux décennies, les caractéristiques de la malnutrition protéino-énergétique (ampleur, morbidité associée, létalité) n'ont pas changé de façon sensible dans notre service malgré toute l'expérience accumulée dans ce domaine.

Un ajustement des protocoles de prise en charge s'impose afin de réduire cette surmortalité inhérente à la malnutrition.

- 1 Beau JP, Garenne M, Diop B, Briend A, Diop-Mar I. Diarrhoea and nutritional status as risk factors of child mortality in a Dakar hospital (Senegal). *J Trop Pediatr* 1987 ; 33 : 4-9.
- 2 Sazawal S, Black RE, Bhan MK, Jalla S, Bhandari N, Sinha A. Zinc supplementation reduces the incidence of persistent diarrhea and dysentery among low socioeconomic children in India. *J Nutr* 1996 ; 126 : 443-50.
- 3 World health organisation. Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva : WHO ; 1999. 60 p.
- 4 Diouf S, Sarr M, Signaté HS, Abdallahi OC, Fall M. Malnutrition et diarrhée chez l'enfant au CHU de Dakar. Aspects cliniques, épidémiologiques et biologiques. *Med Afr Noire* 1990 ; 37 : 29-32.

Traitement intégré de la carence en fer, de l'avitaminose A et des parasitoses intestinales : impact sur la croissance des enfants sénégalais

S. Diouf^{1*}, I. Diagne¹, C. Moreira¹, S.Y.H. Signaté¹, O. Faye¹, O. Ndiaye¹, A. Sylla¹, I. Diallo², D. Thiam³, B. Diop¹, I. Thiam², I. Gaye², M. Sarr¹, M. Fall^{1*}

¹Institut de pédiatrie sociale, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal ; ²programme de nutrition communautaire de l'AGETIP, Sénégal ; ³service d'hématologie de l'hôpital A.-le-Dantec, Sénégal

(Reçu le 7 septembre 2001 ; accepté le 15 octobre 2001)

malnutrition / pays en voie de développement / fer (déficit en) / vitamine A / parasitose
nutrition disorders / developing countries / anemia / iron-deficiency / vitamin A / intestinal diseases, parasitic / child

Au Sénégal, le gouvernement a mis en œuvre un programme de nutrition communautaire (PNC) comprenant une éducation nutritionnelle des mères associée au suivi de la croissance et à la supplémentation alimentaire des enfants vivant dans les zones suburbaines pauvres.

Ce travail qui s'est déroulé du 2 août au 20 octobre 1999 avait pour but d'étudier dans le cadre du PNC l'impact sur la croissance statur pondérale d'une stratégie de lutte contre la carence en fer, l'avitaminose A et les parasitoses intestinales chez 1055 enfants âgés de 6 à 36 mois résidant dans la banlieue de cinq villes du Sénégal.

Dans chacune des cinq villes choisies, deux centres de nutrition communautaire ont été tirés au sort : le premier entré dans le groupe I (557 enfants au total), le second dans le groupe II (498 enfants). L'intervention d'une durée de 60 jours concernait uniquement les enfants du groupe I et comprenait l'administration de fer (fumarate ferreux : 3 mg/kg/j pendant deux mois), de vitamine A (100 000 UI en dose unique) et un traitement anti-parasitaire associant du mébendazole (100 mg matin et soir pendant trois jours) à du métronidazole (40 mg/kg/j pendant six jours).

Tous les enfants inclus dans l'étude avaient un poids/âge \geq 60 % des normes NCHS.

Nous avons retrouvé un épisode diarrhéique dans les 15 jours qui ont précédé le début de l'enquête chez 58 % des enfants du groupe I contre 55 % chez ceux du groupe II.

Lors de l'évaluation initiale (J_0) nous n'avons pas observé de différences statistiquement significatives entre les deux groupes concernant l'état nutritionnel, les parasitoses intestinales et l'anémie. En effet, 31,5 % des enfants du groupe I avaient un poids/âge < -2 Z score contre 28,5 % dans le groupe II. La prévalence de la parasitose intestinale était de 45,8 %