

■ DIARRHEES INFANTILES EN PRATIQUE HOSPITALIERE ■ L'EXPERIENCE DU SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU DE DAKAR

I. DIAGNE *, B. CAMARA *, S. DIOUF *, M. BA *, O. N'DIAYE *,
M. F. CISSE **, H.D. SOW *, M.G. SALL *, M. SARR *, N. KUAKUVI *, M. FALL *

RESUME

Une étude rétrospective de 803 dossiers d'enfants hospitalisés pour diarrhée nous permet de tirer les conclusions suivantes :

- La morbidité par diarrhée est surtout élevée chez les enfants de 3 à 36 mois (80,95 %), alors que la mortalité (10,88 % de la mortalité globale) est particulièrement importante avant l'âge de 3 mois.
- Il s'agit le plus souvent d'épisodes aigus (72,23 %) de diarrhées faites de selles liquides (87,80 %) rapidement compliquées de déshydratation. Les selles glairo-sanglantes (10,21 %) sont observées essentiellement chez les nourrissons de 6 à 18 mois.
- Une infection respiratoire ou ORL est fréquemment associée.
- Les entérobactéries constituent la principale cause des diarrhées infectieuses.
Les parasites isolés sont dominés par *Ascaris lumbricoïdes*, *Giardia intestinalis* et *Trichomonas intestinalis*.
- Le traitement est souvent rendu difficile par une malnutrition sous-jacente.
- La vulgarisation de la RVO a permis de réduire les complications mortelles, mais la baisse de la morbidité passe nécessairement par l'amélioration des conditions de vie et l'éducation des populations.

I - INTRODUCTION

La diarrhée reste encore une cause importante de morbidité et de mortalité infantiles dans les pays du tiers monde. Les complications redoutables que sont la déshydratation et la dénutrition constituent souvent des motifs d'hospitalisation.

Dans cette étude, nous présentons notre expérience en Pédiatrie au CHU de DAKAR.

* Chaire de Pédiatrie Université de DAKAR

**Chef Laboratoire Bactériologie Hôpital d'enfants Albert Royer

II - MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 2 ans (1er avril 1986 - 31 mars 1988), portant sur l'ensemble des dossiers d'enfants hospitalisés pour diarrhée dans les deux services de Pédiatrie du CHU de DAKAR (Hôpital d'Enfants Albert Royer de Fann et la Clinique Médicale Infantile Hôpital A. LE DANTEC).

III - RESULTATS ET COMMENTAIRES

A - Données épidémiologiques

1 - la morbidité

Pendant la période choisie pour l'étude, 803 enfants de 0 à 15 ans ont été hospitalisés pour diarrhée sur un nombre d'hospitalisation total de 6 042 (soit 13,25 % des hospitalisations).

La morbidité par diarrhée en milieu hospitalier a donc largement baissé depuis 1964 (24,9% des entrées (17), mais reste l'une des premières causes d'hospitalisation à côté des bronchopneumopathies et du paludisme. Elle est toutefois moins importante que dans certains hôpitaux d'Afrique Centrale (7) et de l'Est (14).

La morbidité par diarrhée est surtout élevée chez les enfants de 3 à 36 mois (Tableau I) et pendant la saison chaude et humide (Juillet à Octobre).

Tableau I : Morbidité selon l'âge

Age	Nombre	Pourcentage
0 - 3 mois	102	12,70%
3 - 36 mois	650	80,95%
> 36 mois	51	6,35%
Total	803	100%

2 - Mortalité

136 de nos malades (16,93 %) sont décédés en cours d'hospitalisation. Ce taux représente 10,38% de la mortalité globale (environ 25 % en 1964). Ces taux, encore élevés (3,4), font de la diarrhée la première cause de mortalité dans nos services. Ces décès sont souvent précipités par la malnutrition et les infections respiratoires associées.

Les enfants de moins de 3 mois payent le plus lourd tribut.

B - Aspects cliniques**1 - Selon la durée**

Il s'agit plus souvent de diarrhées aiguës (durée < 10 j. = 72,23 %) que de diarrhées persistantes ou chroniques.

2 - Selon le degré de déshydratation

La déshydratation aiguë est quasi constante, souvent sévère (35,74 %) ou modérée (48,07 %).

3 - Selon l'aspect des selles (tableau II)

Tableau II
Aspect des selles

Aspect	Nb de cas	%
Liquide	705	87,80
Glairo-sanglant	82	10,21
Graisseux	13	1,62
Non précisé	3	0,37
Total	803	100

Les selles sont habituellement liquides (87,80%), plus rarement glairo-sanglantes. Les formes glairo-sanglantes sont essentiellement observées chez le nourrisson de 6 à 18 mois, pendant la saison chaude et humide.

4 - Pathologie associées

La diarrhée est rarement isolée (29,41%). Les pathologies associées sont dominées par des infections broncho-pulmonaires (16,3%) et ORL (14,69%). La malnutrition constitue la toile de fond dans la plupart des cas (9, 11).

**C - EXAMENS BACTERIOLOGIQUES,
VIROLOGIQUES ET PARASITOLOGIQUES
DES SELLES**

Le nombre d'examen complémentaires figurant dans nos dossiers ne permet pas de faire une analyse fiable des données étiologiques. Nous nous référons alors à une étude réalisée dans l'un de nos services, sur une période de 5 ans couvrant celle que nous avons choisie pour notre travail (5). A travers l'analyse de 227 examens positifs sur 1157 échantillons de selles diarrhéiques d'enfants de 0 à 15 ans, on observe une nette prédominance d'agents bactériens (168 fois = 74,01%) par rapport aux rotavirus (15 fois = 6,61 %) et aux parasites (81 fois = 35,68 %).
- Les bactéries sont dominées par les E. Coli entéro-pathogènes (tableau III).

Tableau III : Bactéries isolées au cours des diarrhées

Germe	Nb de fois	%
E.C.E.P.	92	54,76
Salmonelles Typhi	10	5,95
Mineures	30	17,86
Shigelles	30	17,86
Autres	6	3,57
Total	168	100

- Les rotavirus n'ont été recherchés que sur une période de 5 mois.
- Les parasites sont le plus souvent rencontrés chez les enfants de 0 à 5 ans (80 %). La prédominance des protozoaires et ascaris est nette (tableau IV). C'est là une caractéristique de la zone sahélienne (8).

Tableau IV : Parasites isolés au cours des diarrhées

Parasites	Nb de fois	%
Trichomonas intestinalis	23	28,39%
Giardia intestinalis	13	16,05
Ascaris lumbricoïdes	25	30,86
Autres Trichocéphales Anguillules Ankylostomes	20	24,7%
Total	81	100%

D - Traitement

Le traitement associe la réhydratation (IV ou orale) au traitement de la pathologie associée. La renutrition est envisagée une fois l'urgence jugulée.

• La réhydratation

La réhydratation intraveineuse garde son indication dans les déshydratations sévères.

La réhydratation orale est souvent utilisée dans notre pratique hospitalière, du fait de la mise en place d'unités de réhydratation orale (15). Nous l'utilisons avec succès dans les diarrhées aiguës avec déshydratation légère ou modérée et chez les malnutris faiblement déshydratés.

• Traitement des enfants diarrhéiques malnutris

Le couple malnutrition - diarrhée est souvent difficile à traiter.

- Le plan D de l'OMS s'applique difficilement en cas de déshydratation du fait des risques de surcharge hydrique.

- La réalimentation doit tenir compte des lésions intestinales fréquentes (4, 11, 16).

Nous préconisons donc dans ces cas :

- une réhydratation progressive, orale si possible (10)
- une réalimentation utilisant des aliments facilement assimilables, hypo-allergisants dans un régime équilibré.

Eviter donc les aliments comportant du lactose, de la bêta lactalbumine, des polypeptides complexes ou des triglycérides à longue chaîne.

CONCLUSION

Les diarrhées infantiles sont encore une priorité en santé publique dans les pays du tiers monde.

La vulgarisation de la réhydratation par voie orale (2) en a réduit la mortalité, mais la baisse de la morbidité passe par l'amélioration des conditions de vie et l'éducation des populations.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ASSIMIZELLE MBOUMADA B.

Les parasitoses intestinales dans les diarrhées associées à la malnutrition infantile.

Thèse Pharm. Dakar, 1984, n° 38

2 - BAH A J.H.

Lutte mondiale contre la diarrhée.

L'Objectif Médical, 15 juin 1986, (4) : 3

3 - BAMOUNI B.A.

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des diarrhées aiguës du nourrisson à l'Hôpital de Bobo Dioulasso.

Thèse Med. Niamey, 1986

4 - BRASSEUR D., HENNART PH., GOYENS PH., VIS H.L.

Influence de la malnutrition protéino-énergétique en cas de diarrhée aiguë au KIVU (ZAIRE).

Rev. Int. Pédiat., Juin-Juillet 1984 ; (42) : 5-7

5 - Cisse M.F. et coll.

Etude bactériologique, parasitologique et virologique des gastro-entérites infantiles observées en 5 ans à DAKAR.

Symposium sur la réhydratation par voie orale organisé par le Ministre de la Santé Publique du Sénégal, DAKAR, 7 janvier 1989.

6 - COLLET J.P. et Al.

Traitement par alimentation entérale continue de nourrissons atteints de "diarrhée de retour" avec dénutrition.

Arch. Franç. - Pédiatr., 1986 ; 43, (7) : 459-463

7 - DECAM C. et Al.

Etiologie, morbidité et mortalité par diarrhées à l'Hôpital de MANYEMEN.

Le bulletin de liaison et de documentation. XV^e Conférence Technique de l'OCEAC, YAOUNDE - 19-23 novembre 1984.

8 - DEVELOUX M., ALAROU A., BOUREMA S.

Les parasitoses intestinales de l'enfant à NIAMEY (NIGER).

Arch. Franç. Pédiatr., Décembre 1989, 36, (10) : 699-701

9 - DIOUF S.

Diarrhée et malnutrition protéino-calorique.

Thèse Méd. DAKAR, 1987, n° 78

10 - FONTAINE O. et NDIAYE M.

Le syndrome diarrhée-malnutrition.

XV^e Conférence Technique de l'OCEAC, YAOUNDE, 16-19 avril 1984

11 - GAHOUMA D.

Contribution à l'étude des diarrhées chroniques et des états de dénutrition au moyen de la biopsie per-orale chez le sujet gabonais.

Thèse Méd. LIBREVILLE, 1981 ; (6)

12 - GALLET J.P.

Le traitement par le praticien des diarrhées aiguës.

Rev. Int. Pédiat., 1987 ; (72) : 7-9

13 - GROUPE DE TRAVAIL SCIENTIFIQUE DE L'OMS

Diarrhées d'origine parasitaire.

Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1981 ; 59, (2) : 175-187

14 - LABIUS N.M.

Epidemiology of acute gastro enteritis in early children in KENYA. Incidence in hospitals.

Journal of Tropical Pediatrics, Octobre 1980 ; 26

15 - NDIAYE A.

Bilan de la pratique de la R.V.O. dans les unités de réhydratation orale du CHU de DAKAR en 1986 et 1987.

Symposium sur la RVO organisé par le Ministère de la Santé Publique du Sénégal, DAKAR 7 janvier 1989.

16 - PADHESHYAM BAIRAGI and Al.

The association between malnutrition and diarrhoea in BANGLADESH.

International Journal of Epidemiology, 1987 ; 16, (3) : 477-481

17 - SATGE P. et DAN V.

Analyse de la mortalité d'un service de Pédiatrie de l'Afrique de l'Ouest en 1964. Courrier - Novembre-Décembre 1965 ; 15, (10)