

L'obésité de l'enfant en milieu hospitalier dakarois : aspects épidémiologiques et problèmes de prise en charge

Obesity of child in two Dakar hospitals: epidemiological aspects and problems of management

Mots clés : Obésité ; Épidémiologie ; Pays en voie de développement

Keywords: Obesity; Epidemiology; Developing countries; Child

Bien souvent méconnue ou négligée, l'obésité de l'enfant constitue une pathologie dont la fréquence est en augmentation croissante dans les pays en voie de développement comme le Sénégal. Aussi les objectifs de cette étude étaient de décrire le profil épidémiologique ainsi que les problèmes de prise en charge des enfants obèses.

Le recrutement réalisé de janvier 2001 à juin 2002 à partir des services de consultation pédiatrique de deux hôpitaux dakarois et à l'occasion des visites scolaires a intéressé 47 enfants présentant une obésité commune avec un index de masse corporelle (IMC) supérieur au 97^e percentile selon les courbes de Rolland-Cachera.

La prise en charge consistait en une motivation de l'enfant associée à la mise en œuvre d'un régime et à la pratique d'une activité physique et sportive. Les obèses irréguliers dans le suivi ont été rappelés à la fin de l'étude pour une évaluation nutritionnelle ainsi que la recherche des causes de cette irrégularité.

La prédominance féminine estimée à 59,5 % dans notre série est proche du taux de 58 % à Nancy [1].

À la première consultation, près de la moitié (59 %) des enfants avaient moins de 12 ans, l'âge moyen étant de $12,3 \pm 2,7$ ans.

Une obésité parentale était notée dans 56,8 % des cas et 87,2 % des patients provenaient de familles à niveau socio-économique élevé.

Les enfants avaient bénéficié d'un allaitement mixte lors des premiers mois de vie dans 29,63 % des cas ; chiffre supérieur au taux national estimé entre 3 et 7 % au Sénégal [2].

Les troubles du comportement alimentaire associés à la sédentarité constituaient les facteurs favorisant l'obésité. L'absence du petit déjeuner (21,3 %), la consommation de boissons sucrées (93,3 %), de sucreries (pâtisserie, glaces, crèmes.....) (93 %), le grignotage et la polyphagie (92 %) ainsi que la faible consommation de légumes (58,7 %) constituaient des troubles fréquents dans l'alimentation des obèses.

La sédentarité retrouvée était liée à une réduction notable de l'activité physique et à l'augmentation du temps consacré aux activités audiovisuelles dont la télévision. Celle-ci est bien entrée dans les maisons sénégalaises ; la moyenne de temps passé devant la télévision par semaine était de 35 ± 6 heures chez nos obèses constituant ainsi un facteur de

risque. En effet le temps passé devant la télévision pendant l'enfance peut être considéré comme un élément prédictif d'une obésité à l'adolescence [3].

L'évaluation de l'état nutritionnel montre que le degré d'obésité était souvent important chez nos enfants. En effet, pour un âge moyen de $12,36 \pm 2,75$ ans, le poids moyen était de $69,56 \pm 24,45$ kg ; le surpoids moyen étant de $54,9 \pm 12$ % du poids théorique pour la taille.

L'IMC moyen était de $28,5 \pm 6,3$ kg/m², plus élevé chez les filles ($29,5 \pm 6,8$ kg/m²) que chez les garçons ($26,9 \pm 5,2$ kg/m²).

L'hypertension artérielle ainsi que l'hypercholestérolémie étaient retrouvées respectivement chez 25,5 et 40 % de nos patients.

Avec un recul de 18 mois, la prise en charge de l'obésité reste difficile, l'IMC n'ayant diminué que chez 15 % des enfants.

Le pourcentage d'abandon dès la première consultation était important, intéressant 46,8 % de nos cas.

Il était de 18,7 % dans l'étude de Greneche et al. [4]. Lorsqu'ils sont renseignés sur la nature de l'affection et sur les principes thérapeutiques fondés sur le régime et l'activité physique, sans prise médicamenteuse, beaucoup de parents n'estiment plus utile de revenir à l'hôpital qui au Sénégal est considéré surtout comme un lieu de soins.

Un autre facteur de mauvaise compliance au traitement est constitué par les contraintes du régime.

L'évaluation de l'état nutritionnel chez les sept patients régulièrement suivis nous a permis de noter que l'IMC moyen a diminué de $1,34$ kg/m² sur les six premiers mois. En effet la perte pondérale, souvent nette lors des premiers mois, continue difficilement au-delà de six mois avec des périodes de fluctuation du poids (effet yoyo).

Pour les 37 obèses irréguliers que nous avons pu revoir grâce à l'appel téléphonique, 27 avaient diminué leur IMC. Dans ce groupe, l'IMC moyen initial était de $34,86$ kg/m² contre $33,77$ kg/m² au rappel, soit une diminution de $1,09$ kg/m². Chez les dix autres malades irréguliers, l'IMC moyen est passé de $26,09$ kg/m² initialement à $28,39$ kg/m² au rappel, soit une augmentation moyenne de $2,30$ kg/m².

Chez les obèses irréguliers, le seul effet bénéfique des conseils de régime intéresse la consommation de légumes qui a augmenté dans 74 % des cas.

Par ailleurs l'augmentation de l'activité physique (48,1 %) ainsi que la diminution du temps passé devant la télévision (25,9 %) constituaient des acquis chez certains enfants irréguliers expliquant partiellement la baisse de l'IMC.

Il nous est apparu que même en l'absence de suivi régulier, un seul contact avec une structure de prise en charge peut avoir un impact positif sur le devenir pondéral de certains enfants.

Références

- [1] Afif S, Morali A, Vidailhet M. Prise en charge de l'obésité commune de l'enfant à propos de 63 cas. *Ann Med Nancy* 1994;33:441-7.

- [2] Ayad M. Allaitement des enfants. In: Ndiaye S, Ayad M, Gaye A, éditeurs. Enquête démographique et de santé (EDS II) 1997. Dakar: Ministère de l'économie des finances et du plan; Décembre 1997. p. 93-9.
- [3] OMS. Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant : Synthèse et recommandations. Genève: OMS; 2000. 42 p.
- [4] Greneche MO, Pathenay C, Gosselin L, Robert JJ, Machinot S. Évolution de la surcharge pondérale de l'enfant. *Med Nutr* 1986;22:239-42.

S. Diouf *
C. Moreira
B. Camara
A. Sylla
H.S. Signaté
A. Ouattara
O. Ndiaye
K. Nicolas

Faculté de médecine, université Cheikh-Anta-Diop,
BP 7304 Soubédioune, Dakar, Sénégal
Adresse e-mail : saliou_diouf2003@yahoo.fr (S. Diouf).

Reçu le 10 octobre 2003 ; accepté le 15 octobre 2003

* Auteur correspondant.

© 2003 Publié par Elsevier SAS.
doi:10.1016/j.arcped.2003.10.006

Pathologie tumorale de l'enfant immigré à Abidjan

Tumoral pathology in foreign children in Abidjan

Mots clés : Tumeur ; Cancer ; Cancérologie pédiatrique ; Burkitt (lymphome de) ; Pays en voie de développement

Keywords: Neoplasms; Burkitt lymphoma; Developing countries; Child

Des travaux précédents [1,2] ont traité de la pathologie tumorale de façon globale chez l'enfant ivoirien. Devant les flux migratoires ouest-africains, il nous est apparu opportun de décrire la pathologie tumorale de l'enfant immigré à Abidjan. De janvier 1996 à décembre 2001, nous avons analysé rétrospectivement les dossiers de 34 enfants immigrés atteints de tumeurs et hospitalisés dans le service. Ces enfants représentaient 16,6 % des malades admis dans l'unité d'oncologie du service. L'âge moyen était de six ans avec des extrêmes de six mois et 15 ans. Notre échantillon comprenait 19 garçons (56 %) et 15 filles (44 %) avec un sex-ratio de 1,2. La tranche d'âge la plus touchée était celle de cinq à dix ans (50 %) suivie des moins de cinq ans (32,3 %) et des plus de dix ans (17,6 %). Les patients étaient originaires des pays suivants : Burkina Faso 18 cas (52,9 %), Liberia neuf cas (26,4 %), Mali trois cas (8,8 %), Mauritanie, Bénin, Nigéria

et Togo avec un cas chacun (2,9 %). Les malades étaient issus de familles modestes dans 94 % des cas. Au plan clinique, plus de la moitié des malades (55 %) consultaient en urgence pour une complication : anémie aiguë, méningite, tétanos, cellulite et sinusite. L'état nutritionnel était précaire dans 91 % des cas. Le délai moyen de consultation était de trois mois. Les tumeurs étaient les suivantes : tumeur de Burkitt 22 cas (64,7 %), néphroblastome trois cas (9 %), neuroblastome deux cas (6 %), lymphome malin non hodgkinien du foie un cas (3 %) et dans six cas (17,6 %) le diagnostic histologique n'a pu être fait. Cette prévalence de la tumeur de Burkitt a été retrouvée par d'autres auteurs [2,3]. La chimiothérapie était utilisée dans 94 % des cas et la chirurgie associée à la chimiothérapie dans 6 % des cas. Le traitement était complet dans 35,5 % des cas. L'évolution était marquée par 64,7 % de perdus de vue, 3 % de rémissions et 32,3 % de décès. Le retard au diagnostic, le mauvais état nutritionnel et le coût élevé des antimitotiques constituaient les facteurs de mauvais pronostic. Plusieurs auteurs africains rapportent les mêmes faits [3,4]. Cette situation impose la mise en place d'un fonds de solidarité thérapeutique pour les enfants atteints de tumeurs cancéreuses en milieu tropical.

Références

- [1] Plo K, M'Bengue A, Oréga M, Andoh J, Tea D, Danho-Bassimbe J. Children malignancies: a 18 year experience in Abidjan. 1st Continental Meeting of the International Society of Paediatric Oncology in Africa, Stellenbosch, South Africa, 6-8 April 1994.
- [2] Plo K, M'Bengue A, Oréga M, Ouattara D, Yao T, Beaumel A, et al. Burkitt's lymphoma: a sixteen year experience in Abidjan. *Med Pediatr Oncol* 1993;21:589.
- [3] Moreno JL, Nsio O, Nardou M, Gendrel D. Lymphome de Burkitt au Gabon. *Ann Pediatr* 1994;41:253-8.
- [4] Agarwal SC, Cederquist RA. Abdominal tumours in African children: an experience at Ahmadu Bello University Teaching Hospital (ABUTH), Zaria, during 1977-1983. *East Afr Med J* 1984;61:717-21.

M. Oréga
L. Couitchère *
A. Yao
L. Cisse
J. Énoh
M. Niangué
M. Oulai
J. Andoh

Service de pédiatrie, CHU de Treichville,
01 BP V3 Abidjan 01, Côte-d'Ivoire
Adresse e-mail : coutlin2@voila.fr (L. Couitchère).

Reçu le 31 octobre 2003 ; accepté le 3 novembre 2003

* Auteur correspondant.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.arcped.2003.11.018