

Aspects épidémiocliniques de la drépanocytose chez l'enfant à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo**Epidemiological-clinical aspects of sickle cell disease in children at Nianankoro Fomba Hospital in Ségo**

Bah A¹, Bagayoko TB², Kassogué A¹, Thiéro A¹, Koné SI⁴, Samaké B³, Traoré T⁵, Harber B¹, Guindo M¹, Coulibaly M¹, Idriss H¹, Togo B⁶, Diallo M⁸, Touré BA⁷, Baby M⁷, Coulibaly DS¹⁰, Sanogo A¹¹, Diakitè L¹³, Fofana A¹², Keita M³, Togo MA⁹, Coulibaly AN⁹

DOI : 10.53318/msp.v11i1.1901

1. Service de Pédiatrie/ de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségo, Mali (HNF, Ségo, Mali)
2. Service de médecine légale/travail, HNF, Ségo, Mali
3. Service de chirurgie générale, HNF, Ségo, Mali
4. Service d'urologie, HNF, Ségo, Mali
5. Service de gynécologie et d'obstétrique, HNF, Ségo, Mali
6. Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré (Bamako-Mali)
7. Centre de recherche et de lutte contre la drépanocytose de Bamako (Mali)
8. Unité du Système d'Information Hospitalière, HNF, Ségo, Mali
9. Service d'ophtalmologie, HNF, Ségo, Mali
10. Service de médecine générale, HNF, Ségo, Mali
11. Service de cardiologie, HNF, Ségo, Mali
12. Service ORL, HNF, Ségo, Mali
13. Centre de santé de référence Famory Doumbia de Ségo (Mali)

Correspondant : Dr Adama Bah, Spécialiste en Pédiatrie, chef de service de Pédiatrie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségo (Mali), Tel : 00 223 7616 5941, Email : bah750@gmail.com

Conflit d'intérêt : aucun

Résumé :

Introduction : L'objectif était d'étudier les aspects épidémiocliniques de la drépanocytose chez l'enfant à l'hôpital Nianankoro Fomba (HNF) de Ségo.

Methodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale allant du 02 janvier 2019 au 28 février 2020 au service de pédiatrie de l'HNF de Ségo. Elle a porté sur tous les cas documentés de drépanocytose chez les enfants de 1 mois à 15 ans, et ceux dont le statut a été confirmé dans le service durant la période d'étude. Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des malades. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info version 3.5.4.

Résultats : Pendant l'étude 7617 patients ont consulté dans le service dont 105 cas de drépanocytose soit une fréquence hospitalière de 1,3%. L'âge moyen des enfants était de 53,64 mois±4ans. Le sex ratio était de 1,4 en faveur des garçons. La notion de consanguinité était retrouvée dans 51,43% des cas. La pâleur cutanéomuqueuse était le signe physique le plus fréquent avec 83,81%; le phénotype SS de l'hémoglobine représentait 92,38%; la crise vaso-occlusive était la complication aiguë la plus fréquente avec 51,43%. Le taux de létalité était de 0,95%. **Conclusion** : La drépanocytose est fréquente dans le service de pédiatrie de l'HNF- Ségo avec 1,3%. La prise en charge est difficile du fait du faible niveau du plateau technique et du faible niveau socioéconomique des parents.

Mots clés : Drépanocytose - Enfant - Ségo

Abstract :

Introduction: The objective was to study the epidemiological-clinical aspects of sickle-cell anaemia in children at the Nianankoro Fomba hospital in Ségo.

Method: This was a cross-sectional descriptive study from January 2, 2019 to February 28, 2020 at the pediatric department of the HNF of Ségo. It covered all documented cases of sickle cell anemia in children 1 month to 15 years of age, and those whose status was confirmed in the ward during the study period. The variables studied were: the sociodemographic, clinical, biological and therapeutic characteristics of the patients. The data were entered and analyzed on epi info software version 3.5.4. **Results**: During the study 7617 patients consulted in the department including 105 cases of sickle cell anemia or a hospital frequency of 1.3%. The average age of the children was 53.64 months±4 years. The sex ratio was 1.4 in favour of boys. The notion of inbreeding was found in 51.43% of cases. Cutaneous-mucosal pallor was the most frequent physical sign with 83.81%; the SS phenotype of hemoglobin was 92.38%; vaso-occlusive crisis was the most frequent acute complication with 51.43%. The case fatality rate was 0.95%. **Conclusion**: Sickle cell anemia is common in the pediatric department of the HNF-Ségo with 1.3%. Care is difficult because of the low level of the technical platform and the low socio-economic level of the parents.

Keywords: sickle-cell anemia - children - Segou

INTRODUCTION :

La drépanocytose est classée au 4^{ème} rang des maladies prioritaires de l'OMS après le paludisme, le VIH et la tuberculose [1]. Elle s'observe dans le monde entier avec une prévalence accrue en Afrique [1]. La drépanocytose est une hémoglobinose constitutionnelle de transmission autosomique récessive. Elle est caractérisée par une mutation ponctuelle du codon 6 (GAG---GTG) du gène de la chaîne β , entraînant le remplacement de l'acide glutamique par la valine [2]. C'est une maladie héréditaire, liée à une différence qualitative de l'hémoglobine [2].

Il existe différents phénotypes pour le syndrome drépanocytaire : les homozygotes (SS) et les doubles hétérozygotes (SC, SD Punjab, SO arab, S β^0 thalassémie, S β^+ thalassémie) [2]. Les sujets hétérozygotes (AS) sont des porteurs du trait drépanocytaire et sont asymptomatiques [2]. En situation d'hypoxie, la polymérisation de cette hémoglobine falciforme (Hb S) est à l'origine de phénomènes d'anémie hémolytique chronique et des crises vaso-occlusives qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme [2].

C'est la maladie génétique la plus répandue dans le monde ; elle constitue un véritable fléau de santé publique avec une forte prévalence des formes majeures SS [3]. Chaque année la drépanocytose affecte plus de 300 000 nouveau-nés et près de 5% de la population mondiale sont porteurs d'un gène responsable d'une anomalie de l'hémoglobine [4]. La majorité des personnes atteintes de cette maladie, vive en Afrique noire avec des prévalences qui varient entre 10 et 40% [5]. En évaluant les conséquences sanitaires sur la base de la mortalité des moins de cinq ans, on constate que la drépanocytose est à l'origine de l'équivalent de 5 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sur le continent africain ; la proportion passe à plus de 9 % en Afrique de l'Ouest et atteint jusqu'à 16 % dans certains pays d'Afrique de l'Ouest [4].

Au Mali, sa fréquence est estimée de 12 à 15% de la population, avec 1 à 3% pour la forme homozygote [6]. Cette prévalence est variable d'une ethnie à l'autre et d'une région à l'autre. La maladie est plus fréquente au sud qu'au nord et les ethnies les plus touchées sont : les Bambara, Soninké, Malinké [6].

L'absence d'étude sur la drépanocytose dans le service de pédiatrie et dans le souci de connaître la part de la drépanocytose parmi les cas admis dans le service nous avons initié cette étude dont l'objectif était d'étudier les aspects épidémiocliniques de la drépanocytose chez l'enfant à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

METHODOLOGIE :

Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 2 janvier 2019 au 28 février 2020.

Population d'étude :

L'étude a porté sur tous les enfants de 1 mois à 15 ans, vus au sein de l'hôpital durant la période d'étude.

Critères d'étude :

Critères d'inclusion : Etaient inclus dans l'étude

- Tous les enfants connus drépanocytaires avec documents à l'appui ;
- Tous les enfants dont le statut a été confirmé soit à l'hospitalisation soit en ambulatoire.

Critères de non –inclusion:

- Tous les enfants drépanocytaires dont les parents ont refusé de participer à l'étude

Echantillonnage : A été exhaustif et a regroupé tous les enfants drépanocytaires répondant aux critères d'inclusions.

Définitions opératoires : Pour cette étude, ont été considérés comme :

- Drépanocytair SS : les cas dont le taux d'hémoglobine S \geq 80 % avec absence d'Hb A et HbA2 Normal +ANN régénérative

- Drépanocytair S/ β 0 thalassémie : est caractérisée par l'absence de synthèse de la chaîne β de la globine (absence d'Hb A). L'électrophorèse de l'hémoglobine montre un taux d'hémoglobine S environ égal à 80%, hémoglobine F >15%, A2 >3,5%.
- Drépanocytair S/ β + thalassémie : L'électrophorèse de l'hémoglobine montre un profil SAFA2 avec un taux d'Hb S > 50%, l'Hb A est abaissée et les Hb F et A2 sont élevées.
- Drépanocytair SC : l'hémoglobinosc SC constitue de par sa fréquence le second syndrome drépanocytair majeur après la forme SS.
- Consanguinité : elle est définie comme étant le résultat d'une reproduction sexuée entre deux individus apparentés

Collecte, saisie et analyse des données :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, l'ethnie, la provenance, les caractéristiques socioéconomiques des parents, les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques des malades. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info version 3.5.4. Les tableaux et les figures ont été élaborés à partir du logiciel Microsoft Excel version 2007.

Considérations éthiques et déontologiques :

Un assentiment verbal éclairé a été obtenu de la part des parents de tous les enfants. L'étude a été menée avec l'accord des autorités administratives de l'HNF. L'hospitalisation concernait les malades ayant une douleur intense avec EVA entre 6 et 10 ; une température >39°C ; un taux d'Hb < 6g/dl et/ou la présence de signes d'intolérance.

RESULTATS :

Résultats globaux :

Pendant notre d'étude, 7617 patients ont consulté au service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou dont 105 cas de drépanocytose soit une fréquence hospitalière de 1,3%.

Données sociodémographiques

Dans notre étude, les enfants de moins de 5 ans représentaient 58,20% des cas ; l'âge moyen des enfants était de 53,64 mois \pm 4 ans. Les garçons représentaient 57% avec un sex ratio de 1,4. Ils résidaient dans le Cercle de Ségou dans 74,29 %. L'ethnie prédominante était le Bambara (43,81) suivis du Peulh (16,20%) et du Sarakolé (12,38%). (**Tableaux I**).

Les pères des patients avaient un âge compris entre 41 et 50 ans dans 42,86 % ; ils étaient des fonctionnaires dans 31,43%. La majorité des mères des patients étaient des femmes aux foyers (77,14%) ; elles étaient non scolarisées dans 53,33%, leur âge était compris entre 26 et 35 ans dans 45,72%. L'endogamie pour des raisons culturelles et économiques est toujours dans la région ainsi dans notre étude la notion de mariage consanguin était retrouvée dans 51,43% des cas. (**Tableaux II**).

Données cliniques et biologiques

Les antécédents (ATCD) de drépanocytose avec portage de l'hémoglobine S étaient retrouvés dans 60,95% des cas chez les pères, 57,14% chez les mères et 41,90% dans la fratrie. Les enfants étaient connus drépanocytaires avant leurs admissions dans 21,90% des cas. La douleur ostéo-articulaire était le motif de consultation le plus fréquent avec 70,48% des cas suivi de la douleur abdominale 14,29% et la pâleur 11,43%. La découverte du statut de drépanocytose était effectuée chez 80,95% des patients avant leur 5^{ème} anniversaire. Les signes fonctionnels les fréquemment retrouvés étaient la douleur ostéo-articulaire dans 48,57%, la fièvre dans 45,71% et la dyspnée dans 9,52%. (Tableau III)

A l'admission la pâleur cutanéomuqueuse était le signe physique le plus fréquent avec 83,81 % des cas ; le phénotype SS de l'hémoglobine représentait 92,38% suivi du SC 5,71% ; l'anémie sévère représentait 26,67% (Tableau V) ; l'hospitalisation concernait 76,19% de nos malades ; La crise vaso-occlusive était la complication aiguë la plus fréquente avec 51,43% suivie des infections et de l'anémie sévère avec respectivement 22,8% et 21,90%. (Tableaux IV)

La totalité de nos malades ont reçu des antalgiques et des antibiotiques ; environ 70% ont reçu une hyperhydratation et 21,90% ont été transfusés (Figure 1). La presque totalité de nos malades sont sortis vivants de l'hôpital soit un taux de guérison de 99,05% ; cependant nous avons enregistré un cas de décès soit 0,95%. Après leurs sorties 93,33% des malades sont venus au premier rendez-vous de suivi. (Tableau VI)

DISCUSSION :

Limites de l'étude :

Dans notre étude un certain nombre d'examens biologiques était systématiquement donnés aux malades pour leur inclusion, mais pour des raisons financières, ces examens n'ont pu être réalisés par tous les patients.

Fréquence globale :

La fréquence hospitalière de la drépanocytose était de 1,3 %. Cette fréquence est différente d'une étude à l'autre, de 1,5 % par Keita I. en 2019 dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso sur les aspects épidémiocliniques de la drépanocytose et de 2,3% par Cody J.G. et al. en 2007 à Bangui en Centrafrique, dans l'étude sur les aspects actuels de la drépanocytose au complexe pédiatrique de Bangui (Centrafrique) [7 ; 8].

Les aspects sociodémographiques :

Dans notre étude plus de la moitié des malades était de sexe masculin, ce qui est concordant avec les observations de plusieurs études dont celles de Doumbia A et Keita I qui avaient trouvé une prédominance masculine avec respectivement un sex-ratio de 1,54 et 1,4 [10;7].

Les enfants de moins de 5 ans représentaient un peu plus de la moitié des cas. Ce résultat est similaire à celui de Keita I, qui avait trouvé que 55,5% des enfants drépanocytaires avaient moins de 5 ans [7]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, vers 12 à 48 mois, l'HbF est

remplacée presque totalement par l'HbS d'où la fréquence élevée des crises et des complications (infections et anémie) qui commencent à baisser vers 8-9 ans. Par ailleurs, une étude effectuée en milieu hospitalier pédiatrique à Libreville (Gabon) par Eloundou CO sur la prise en charge de la douleur drépanocyttaire avait trouvé une prédominance de la tranche d'âge de 10-14 ans [10]. Cette différence s'expliquerait par les critères d'inclusion de cette étude jouant en faveur de cette tranche d'âge ; « drépanocytaires homozygotes hospitalisés pour des crises vaso-occlusives ».

Près de la moitié de nos malades était de l'ethnie Bambara suivie des Peulhs et des Sarakolés. Dione L trouve à Bamako une prédominance des Sarakolés avec 28,2% des cas suivis des Peulhs et des Bambaras avec respectivement 22,7% et 19,1% des cas [11]. Cette différence pourrait s'expliquer par notre lieu d'étude, à savoir l'HNF situé dans la commune urbaine de Ségou, une ville bambara, qui dans la région font beaucoup de mariage consanguin.

Dans notre étude les trois quarts des patients résidaient dans la commune de Ségou. Ceci pourrait s'expliquer par la situation géographique de l'hôpital qui se situe au centre-ville, cette proximité avec l'hôpital permet à la population d'avoir des informations sur le plateau technique et d'y recourir facilement en cas d'urgence.

Pour ce qui concerne la profession des parents, on notait une prédominance des fonctionnaires suivis des cultivateurs et des commerçants comme profession des pères des enfants. Ces résultats sont contraires à ceux de Doumbia A qui trouve une prédominance des commerçants suivis des fonctionnaires, et de Keita I, qui trouve une prédominance des éleveurs [9,7].

La majorité des mères des enfants étaient des femmes au foyer. Parmi elles près de la moitié avaient un âge compris entre 26-35 ans et plus de la moitié étaient non scolarisées. Ces résultats sont comparables à l'étude de Keita I à Sikasso en 2019 dont la majorité des mères étaient des femmes au foyer et plus de la moitié étaient non scolarisées [7].

Le Mali reste un pays enraciné dans ses traditions et coutumes, et l'endogamie en est la preuve. Beaucoup d'auteurs ont cité cette dernière comme facteur exposant à la maladie [12,13]. Nous avons trouvé que, un peu plus de la moitié des enfants de notre étude était nés d'un mariage consanguin. Nehoulme G, trouve 52 % dans sa série de 90 enfants drépanocytaires, Doumbia A, dans sa série de 150 enfants drépanocytaires trouve 35,3 % et Keita I, dans une étude conduite dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso trouve une fréquence de consanguinité de 34,7% [14,9,7].

Le nombre d'enfants drépanocytaires dans une famille peut avoir des retentissements significatifs sur la prise en charge des malades. Plus il y a d'enfants malades, plus les charges sont élevées, plus il y a de décès et plus les familles sont traumatisées. Les antécédents de drépanocytose étaient retrouvés chez au moins un de leurs frères dans plus du quart des cas. Nos résultats sont

comparables à ceux de Doumbia A, qui dans son étude avait trouvé la notion d'ATCD de drépanocytose dans la fratrie dans 43,3 % des cas et contrairement à ceux de Keita I, qui avait trouvé la notion d'ATCD de drépanocytose dans la fratrie dans 22,2% des cas [8,7].

Nous avons recensé au cours de l'étude que près du quart étaient drépanocytaires connus avant l'étude, plus de la moitié avaient fait au moins une crise vaso-occlusive. Nos résultats sont comparables à ceux de Keita I, qui trouve que 13,9% des enfants étaient connus drépanocytaires et 63,8% avaient au moins une crise par trimestre [7].

Les caractéristiques cliniques et biologiques :

La douleur ostéo-articulaire a été le motif de consultation le plus cité avec plus de la moitié des cas suivi de la douleur abdominale avec près du quart des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de Keita I, qui trouve respectivement 47,1 % et 29,1 % de douleur ostéo-articulaire et de douleur abdominale comme motif de consultation, mais contrairement à ceux de Doumbia A et de Dione L qui trouvent respectivement 22 % et 21,8 % de douleur ostéo-articulaire comme motif de consultation [7,9,11].

Parmi les enfants drépanocytaires admis durant notre période d'étude nous avons trouvé la pâleur chez la majorité des enfants et l'hépatomégalie chez près du quart des enfants. Cela pourrait s'expliquer par le caractère hémolytique de la maladie drépanocytaires. Ces résultats sont différents de ceux de Doumbia A qui trouve la pâleur et l'ictère respectivement dans 35,3 % et 16,5% des cas [9].

Les formes homozygotes SS (92,38 %), étaient les plus représentées. Nos résultats sont comparables à ceux de Nehoulme G, qui trouve que 95,5% des malades avaient le phénotype SS et contrairement à ceux de Doumbia A et Keita I, qui trouvent respectivement 30,7% et 57 % de phénotype SS. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la forme SS est la forme majeure et la plus fréquente [7,9,14].

L'anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl) était retrouvée chez plus du quart de nos malades tandis que, Doumbia A dans sa série de 150 enfants drépanocytaires trouve que 18,7 % des enfants avaient une anémie sévère et Keita I trouve 13,8 % dans sa série de 72 sujets [9,7].

L'anémie est très fréquente et demeure la principale cause de morbidité et de mortalité chez l'enfant drépanocytaires. Chez le nourrisson, une infection même banale d'origine virale peut provoquer une séquestration splénique aiguë ou subaiguë. Ces infections sont également responsables de crises vaso-occlusives par le biais de la fièvre, de l'hypoxie, de la déshydratation qui sont tous des facteurs de falciformation.

Les complications sont extrêmement fréquentes et restent la principale cause de morbidité et de mortalité chez l'enfant drépanocytaires. Elles émaillent le cours de la vie de l'enfant drépanocytaires le mettant en péril. La crise vaso-occlusive représentait plus de la moitié des

complications suivies des infections. Nos résultats sont comparables à ceux de Keita I qui trouve une prédominance des crises vaso-occlusives suivies des infections comme complications aiguës avec respectivement 56,2% et 25% [7].

Ainsi au cours de notre étude près de la moitié des malades avaient été hospitalisés pour infections, anémie sévère, accès palustre et crise vaso-occlusive. Nos résultats sont contrairement à ceux de Dione L qui trouve un taux d'hospitalisation de 22,70% [11].

La létalité était de 0,95 % et la totalité des décès était liée à une anémie sévère. Cette létalité pourrait être due d'une part à l'absence de suivi et d'autre part au retard de prise en charge adéquate, nos résultats sont contrairement à ceux de Keita I qui trouve un taux de létalité de 1,4% [7].

CONCLUSION :

La drépanocytose a une fréquence de 1,3% dans le service de pédiatrie de L'HNF de Ségou. Elle concerne surtout les enfants de sexe masculin de moins de 5 ans issu le plus souvent de mariage consanguin. Les douleurs ostéo-articulaires sont les principaux motifs de consultation et d'admission. Le phénotype SS était le plus fréquent avec un taux d'hémoglobine moyen de 7 g/dl.

Remerciements : Les auteurs remercient les parents des enfants drépanocytaires.

Conflit d'intérêts : Aucun

Références

- 1-Haute Autorité De Santé de France. Recommandations cliniques dans la Prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent, 2005.
- 2-Ouattara A. Accidents vasculaires cérébraux chez les drépanocytaires de 6 mois à 15 ans suivi à Bamako CHU Gabriel Toure [Thèse]. Bamako : université de Bamako faculté de médecine et d'odontostomatologie ; 2009-2010 P14.
- 3-Mick Ya Pongombo Shongo, Olivier Mukuku, Toni Kasole Lubala et al. Drépanocytose chez l'enfant luso-ivoirien de 6 à 59 mois en phase stationnaire : épidémiologie et clinique. 24 Sep 2014/10.11604/pamj.2014.1971.3684
- 4-OMS : Cinquante-neuvième assemblée mondiale de la santé. 24 avril 2006. Drépanocytose. Rapport du Secrétaire.
- https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_9-fr.pdf. Fichier PDF.
- 5-Lamine Thiam, Assane Dramé, Ousmane Ndiaye et al. Profil épidémiologiques, cliniques et hématologiques de la drépanocytose homozygote SS en phase inter critique chez l'enfant à Ziguinchor, Sénégal, Université Assane Seck de Ziguinchor, Hôpital de la Paix de Ziguinchor. Pan African Medical Journal. 2017; 28:208 doi:10.11604/pamj.2017.28.208.14006.
- 6-CREDOS: Module de formation de la prise en charge de la drépanocytose au Mali- Bamako ; Mars 2005.

7-KEITA I. Aspects épidémiocliniques de la drépanocytose dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. Thèse Med. Bamako; 2019 P7

8-Gody J. C., Yanza M. C, Boka- Yao A, Mbombo F, Sepou A. Aspects actuels de la drépanocytose au complexe Pédiatrique de Bangui (Centrafrique) : A propos de 123 cas. Médecine d'Afrique noire, 2007, Vol 54, Num 11, pp. 596- 600, 5p ; ref : 18.
<http://pascalfrancis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=20415351>

9-Doumbia A. Aspects épidémiocliniques des enfants drépanocytaires suivis en pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Thèse méd. Bamako ; 2009 N°450.P19.

10- Eloundou CO. Prise en charge de la crise douloureuse drépanocytairre selon les critères de l'OMS. Une étude en milieu hospitalier pédiatrique à Libreville. Thèse Méd ; 2002 N°32.

11-Dione L. Les activités de l'unité fonctionnelle de prise en charge et de suivi des enfants drépanocytaires dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré : Bilan d'une année. Thèse Méd Bamako ; 2007 N°75. P89

12-Fofana D. Prise en charge de la drépanocytose chez les enfants de 0 à 15 ans dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré (Bamako). Thèse méd. Bamako ; 2002 N°32

13-Traoré FC. Aspects socio-économiques et cliniques de la drépanocytose chez l'enfant à Bamako (105 cas). Thèse méd. Bamako ; 1992 N°30.

14-Nehoulme G. Les hémoglobinopathies drépanocytaires : Aspects épidémiologique, clinique et facteurs d'expositions dans le service de pédiatrie de l'hôpital général de référence national de N'Djamena. Thèse, Med. 2003 N'Djamena.

Liste des tableaux et figures

Tableau I : Répartition des malades les Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	%
Age* (mois)	105	100
1-11	11	10,48
12-24	14	13,33
25-59	36	34,29
> 59	44	41,90
Sexe	105	100
Masculin	60	57,14
Féminin	45	42,86
Provenance	105	100
Cercle de Ségou	78	74,29
Cercle de Niono	6	5,71
Cercle de Macina	6	5,71
Cercle de Baroueli	8	7,62
Cercle de Markala	2	1,90
Cercle de Bla	2	1,90
Cercle de San	3	2,86
Ethnie	105	100
Bambara	46	43,81
Peulh	17	16,19

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	%
Malinké	11	10,48
Sarakolé	13	12,38
Senoufo	2	1,90
Dia Wando	7	6,67
Bozo	6	5,71
Sonrhaï	2	1,90
Bwa	1	0,95

*Moyenne d'âge = 53,64 mois \pm 4 ans ; avec une étendue de 8 et 180 mois.

Tableau IV : Répartition des malades selon les complications aiguës

Complications aiguës	Effectif	%
Anémie aiguë	28	26,67
Crise Vaso-occlusive	54	51,43
Exophtalmie	1	0,95
Hématurie	1	0,95
Hémi-parésie	1	0,95
Infection	19	18,10
Priapisme	1	0,95
Total	105	100,00

Tableau V : Répartition des malades selon les données biologiques

Données biologiques	Effectif	%
Phénotypes de l'hémoglobine	105	100,00
SS	97	92,38
SC	6	5,71
S beta 0 thalassémie	1	0,95
S beta+ thalassémie	1	0,95
Valeur du taux d'hémoglobine (g/dl)	105	100,00
< 7	28	26,67
7-10	66	62,86
> 10	11	10,48

Tableau VI : Répartition des malades selon la Prise en charge

Prise en charge	Effectif	%
Hospitalisation	105	100,00
Non	25	23,81
Oui	80	76,19
Devenir	105	100,00
Vivants	104	99,05
Décédés	1	0,95

Tableau II : Répartition des malades selon les caractéristiques sociodémographiques des parents

Caractéristiques sociodémographiques des parents	Effectif	%
Profession des Pères	105	100,00
Fonctionnaire	33	31,43
Cultivateur	24	22,86
Commerçant	23	21,90
Artisan	10	9,52
Eleveur	8	7,62
Ouvrier	5	4,76
Pêcheur	2	1,90
Age (ans) des Mères	105	100,00
15-25	25	23,81
26-35	48	45,72
36-45	26	24,76
>46	6	5,71
Niveau d'instruction des mères	105	100,00
Non scolarisée	56	53,33
Secondaire	23	21,90
Primaire	14	13,33
Universitaire	7	6,67
Médorsa	5	4,76
Profession des mères	105	100,00
Femme au foyer	81	77,14
Fonctionnaire	17	16,19
Commerçante	7	6,67
Notion de mariage Consanguin	105	100,00
Oui	54	51,43
Non	51	48,57

Tableau III : Répartition des malades selon les données cliniques

Données Cliniques	Effectif	%
ATCD de Drépanocytose chez les Pères	105	100,00
Oui	64	60,95
Non	41	39,05
ATCD de Drépanocytose chez les Mères	105	100,00
Oui	60	57,14
Non	45	42,86
ATCD de Drépanocytose dans la fratrie	105	100,00
Oui	44	41,90
Non	61	58,10
Drépanocytaire connu	105	100,00
Oui	23	21,90
Non	82	78,10
Motif de Consultation	105	100,00
Douleur ostéo-articulaire	74	70,48
Douleur abdominale	15	14,29
Pâleur	12	11,43
Fièvre	2	1,90
Toux	2	1,90
Age (mois) de découverte	105	100,00
1-11	37	35,24
12-24	31	29,52
25-59	17	16,19
> 59	20	19,05
Douleur Ostéo-articulaire à l'admission	105	100,00
Oui	51	48,57
Non	54	51,43

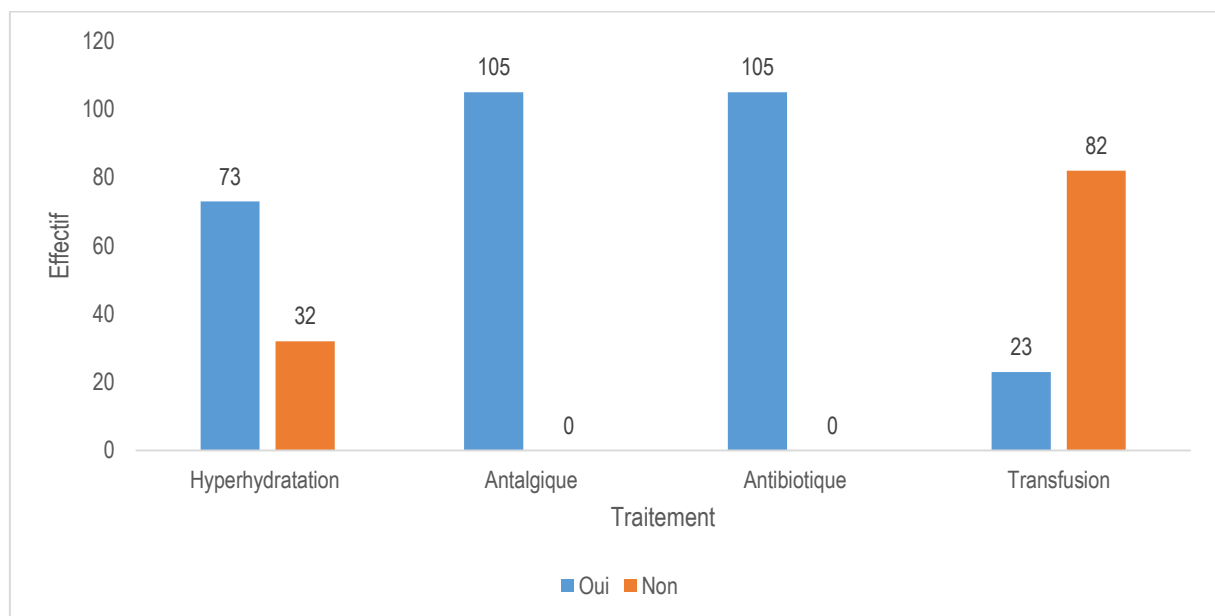


Figure 1 : Répartition des malades selon le traitement reçu en urgence