

Case series

Infection respiratoire aigüe et statut nutritionnel chez les enfants de 0-5 ans: cas des cliniques universitaires de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Léon Kabamba Ngombe^{1,2,&}, Mbombo-Ditunga¹, Nduwa Kameya¹, Aimé Abasiko Malingo¹, Nathalie Kaj Kayomb¹, Jean Ngolomba ea Ngolomba¹, David Kakez Nday, Luboya Numbi^{1,2}

¹Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, DEA 9ème Promotion, RD du Congo ²Université de Kamina, Faculté de Médecine, Département de Santé Publique, Unité de Toxicologie, République Démocratique du Congo

[&]Corresponding author: Léon Kabamba Ngombe, Université de Kamina, Faculté de Médecine, Unité de Toxicologie, République Démocratique du Congo

Key words: Infections respiratoires aiguës, enfants, statut nutritionnel

Received: 15/08/2014 - Accepted: 12/12/2014 - Published: 18/12/2014

Abstract

Les auteurs rapportent les données d'une étude rétrospective de 153 dossiers d'enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi/RD Congo pour IRA. En ce qui nous concerne, les IRA chez les enfants de moins de 5 ans représentent 26,11% de l'effectif, dont 17,75 % âgés de moins d'un an. Le sexe masculin est légèrement prédominant (85 contre 68) et près de 70 % des enfants ont un statut nutritionnel précaire. La répartition mensuelle connaît des pics en mars et octobre. Les diagnostics notifiés sont : rhinite(16,3%),Amygdalite(5,9%),Otite Moyenne Aigue(0,7%),Laryngite (3,3%), Rhinopharyngite (39,2%), Pharyngite (6,5%), Bronchite (7,2%), Bronchopneumonie (5,9%), Pneumonie(2,6%) et Bronchiolite (12,4%).Tous les cas ont bien évolués sous traitement. Le but de ce travail est de déterminer la fréquence des IRA et le statut nutritionnel des enfants ayant été admis dans le service des pédiatries aux C.U.L.

Pan African Medical Journal. 2014; 19:393 doi:10.11604/pamj.2014.19.393.5248

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/393/full/>

© Léon Kabamba Ngombe et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Les infections respiratoires aiguës (IRA) sont une des causes de décès les plus importantes chez les jeunes enfants dans les pays en développement. Selon les plus récentes estimations de l'OMS, dans le monde, les IRA sont à elles seules responsables de 18,1% des décès chez l'enfant [1]. Par nécessité dictatoire, les pathologies de la sphère ORL notamment les rhino pharyngites, amygdalites, pharyngites font partie des IRAH et que l'atteinte infectieuse du parenchyme pulmonaire, des bronches et de la trachée vont parti des IRAB. Ainsi, les infections respiratoires basses, surtout les pneumonies sont les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants en bas âge dans les pays en voie de développement [2]. On estime qu'environ 25 % des décès avant l'âge de 5 ans sont imputables aux IRA dans ces pays [3]. Les IRA sont responsables de 1/4 à 1/3 des décès frappant les nourrissons de bas âge [3]. Certains facteurs favorisent la survenue des IRA chez les enfants, c'est le cas de la pauvreté, l'absence de vaccination et d'hygiène, la promiscuité [4]. En RD Congo, nous avons une prévalence de 6% de la pneumonie chez les enfants de 0-5 ans [5] et EDS-RDCII 2013-2014 donne une prévalence de 7% des IRA chez les enfants de moins de 5ans. Nous avons voulu par ce travail déterminer la fréquence des IRA et le statut nutritionnel des enfants ayant été admis dans le service des pédiatries aux cliniques universitaires de Lubumbashi.

Méthodes

Notre étude rétrospective a porté sur les enfants de 0-5 ans ayant consulté le service de pédiatrie des cliniques universitaire de Lubumbashi durant toute l'année 2013 .Sur un total de 586 dossiers, seul 153 dossiers ont été retenu. Pour chaque dossier d'enfants, les éléments suivant ont été analysés : le poids, l'âge, le sexe, l'examen clinique des patients ,le diagnostic posé et les symptômes en cause de la consultation tels que: fièvre, toux, écoulement nasal, problème d'oreille ont permis de faire la sélection des patients à partir de leur dossiers médicaux respectifs. Le statut nutritionnel de chaque enfant a été calculé à l'aide du logiciel ANTHRO qui a permis de classer l'enfant comme suit : poids normal par rapport à l'âge avec Z-Score de 0 Ecart type; enfants avec malnutrition globale (Emaciation et retard de croissance) légère avec Z-score <-1 à -2 Ecart type ; modérée avec Z-Score <-2 à -3; Sévère avec Z-Score < -3. Cependant, l'analyse des données a été faite avec les logiciels Epi Info 7 et Excel 2010.

Résultats

Sur les 153 dossiers d'enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie des Cliniques Universitaires de Lubumbashi pour IRA, les enfants de moins de 5 ans représentent 26,11% de l'effectif, dont 17,75 % âgés de moins d'un an (**Tableau 1**). Le sexe masculin est légèrement prédominant soit un sex ratio de 1.25 (**Tableau 2**). On a trouvé que les IRAH était fréquente chez les enfants soit 71,9% (**Tableau 3**); la majorité des enfants (70 %) avait un statut nutritionnel précaire (**Tableau 4**). En ce qui concerne La répartition mensuelle, on a noté des pics en mars et octobre (**Figure 1**). Dans notre serie, les diagnostiques notifiés incluaient : rhinite(16,3%),Amygdalite(5,9%),Otite Moyenne Aigue(0,7%),Laryngite (3,3%), Rhinopharyngite (39,2%), Pharyngite (6,5%), Bronchite (7,2%), Bronchopneumonie (5,9%), Pneumonie(2,6%) et Bronchiolite (12,4%) (**Figure 2**). L'évolution de tous les cas était bonne sous traitement faits des antibiotiques.

Discussion

La fréquence hospitalière des IRA dans notre étude représente 26,1% , et est reparti de la manière suivante : IRA haute 18,8% et IRA basse 7,3%.La fréquence trouvée dans notre étude concernant les IRA basse est élevée par rapport à celle trouvée au Togo par B.BAKONDE [6]. En ce qui concerne les IRA haute chez nous, le premier rang est occupé par la rhinopharyngite avec 39%, rhinites 16%, pharyngite 7%, laryngite 3% ,otite 1%.Nos fréquences en ce qui concernent les IRA haute sont inférieures à celles trouvées au Madagascar par H. RAOBIJAONA [7]. Cette fréquence est biaisée à cause de plusieurs facteurs notamment : le coût élevé de consultation décourage les parents à faible revenu qui préfèrent consulter à moindre frais ailleurs, le biais de recrutement par le fait que les cliniques est une structure de référence secondaire. Notre taux hospitalier de 26,1% se rapproche des taux trouvés par certains auteurs africains qui variaient entre 26,7-32,7% [8,9]. Nos résultats sur la répartition des IRA en fonction de l'âge montre que la tranche d'âge de 0 à 1 ans semble la plus représentée dans notre étude. En rapport avec les IRA basse, cette tranche représente à elle seule près de 81,4 % (35 cas/43) alors que la tranche de 2-5ans est moins représentée avec 4,7%(2 cas/43). Ce résultat est supérieur à celui trouvé par B.BAKONDE au Togo par [6]. Pour les IRA haute, la tranche de 0-1 ans représente 70% (77 cas/110) ;et ce résultat est supérieur à celui trouvé par H. RAOBIJAONA [7] et RAVAOARINORO [10] au Madagascar. Nos données concernant l'âge confirme le fait que les IRA constituent un problème réel de sante publique parmi les enfants de moins de 5 ans déjà évoqué par plusieurs auteurs et par l'OMS [11-14].

Dans notre étude, le sexe masculin est légèrement plus représenté que le sexe féminin avec un sex-ratio à 1,25 qui n'est pas différent de celui trouvé de par B.BAKONDE [6]. Par ailleurs, certains auteurs évoquent cette notion d'atteinte préférentielle du sexe masculin en cas des IRA [15-19]. La variation saisonnière joue un rôle important dans la survenue des IRA. Dans notre étude nous avons observé des pics au mois de Mars et Octobre qui correspondent respectivement au début de la saison sèche et début saison des pluies. Ces variations saisonnières confirment celles trouvées par B.BAKONDE [6], MINGA L .A. [20] en 1990 et KATCHALLA [21] au Togo. Concernant le statut nutritionnel, nous avons eu 41,2% de cas des IRA avec malnutrition aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi. Ce chiffre est supérieur à celui trouvé par B.BAKONDE [6] et inférieur à celui trouvé par GUEDEHOUSOU [18] au CHU Tokin où tous les indigents consultaient à la différence de CUL qui est consulté par une certaine classe sociale.

Conclusion

La prévalence hospitalière trouvée dans cette étude montre que les IRA constituent un problème majeur de santé publique dans notre milieu. En effet, l'état nutritionnel précaire prédispose les enfants aux IRA. Il s'avère important de renforcer la prise en charge de l'enfant de manière intégrée dans les pays en voie de développement.

Conflits d'intérêts

les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué d'une manière ou une autre à l'élaboration de ce présent article. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux et figures

Tableau 1: fréquence de cas des IRA hospitalisés aux C.U.L

Tableau 2: répartition de cas des IRA en fonction de la tranche d'âge et du sexe

Tableau 3: répartition des IRA en fonction de la tranche d'âge

Tableau 4: répartition de cas des IRA en fonction de l'état nutritionnel

Figure 1 : répartition mensuelle de cas des IRA hospitalisés

Figure 2 : répartition de cas des IRA selon le diagnostic clinique

Références

1. World Health Organization. World Health Report 2003 - Shaping the Future. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. **Google Scholar**
2. OMS Gestion des programmes IRA (Introduction). Edition 1991 OMS. 9 - Conference de Consensus. **Google Scholar**
3. OMS Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës. Rapport intermédiaire du programme 1990. OMS Genève WHO/ARI/91.19. **PubMed | Google Scholar**
4. Infection des voies respiratoires. Revue Mal. Resp. (Paris) Edition Mason, 1992, PP 477-480. **PubMed | Google Scholar**
5. Ministère de Plan, Institut National de la Statistique en collaboration avec l'UNICEF, MICS-RDC, Septembre 2010. **Google Scholar**
6. Bakonde B, Tatagan K, Kessie K, Kafechina ABL, Assimadi K, Paupe J, Scheinmann P. Epidémiologie hospitalière des infections respiratoires aiguës (ira) basses chez le nourrisson et l'enfant togolais. Médecine d'Afrique Noire. 1998; 45 (7). **PubMed | Google Scholar**
7. RAOBIJAONA H. Infections respiratoires aiguës hautes (irah) en milieu pédiatrique à antananarivo. Médecine d'Afrique Noire. 2000; 47 (3): 5 pages. **PubMed | Google Scholar**
8. Nzingoula S, Senga P. Epidémiologie des infections respiratoires à Brazzaville. Afr Méd. 1984; 24 (224) : 612-618. **PubMed | Google Scholar**
9. Blaint O et coll. Infections and parasitised diseases in zambian children. Tropical Doctor. July 1979 ; 2: 99-103. **PubMed | Google Scholar**
10. Ravaoarinoro, Razafimahery J, Razanamparany M, Coulanges P. Etiologie virale des Infections respiratoires aiguës chez des enfants malgaches. Arch Institut Pasteur Madagascar. 1985; 52(1): 147-156. **PubMed | Google Scholar**
11. Floret D, Collet JP, Honegger D. La santé de l'enfant en crèche et ses conséquences socio-économiques : l'étude santé enfant crèche. Infection ORL et respiratoires de l'enfant : les nouvelles voies de recherche. Symposium Dijon 23 juin 1991 ; pp 14-24. **PubMed | Google Scholar**
12. Garcia J. Les infections respiratoires aiguës de l'enfant: pneumologie de l'enfant. Rev Prat. 1988 ; 38(3): 69-77. **PubMed | Google Scholar**
13. Guedeoussou T. Infections respiratoires aiguës chez l'enfant au Togo ; aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique : à propos d'une étude prospective de 530 cas observés dans le service de pédiatrie CHU, TOKOIN, Lomé. Thèse Médecine, Lomé, Togo. 1990. **PubMed | Google Scholar**
14. Kadi Z. Aspects épidémiologiques et virologiques des infections respiratoires aiguës chez l'enfant. Thèse Médecine Alger. 1985 ; PP 10-55. **PubMed | Google Scholar**
15. Agbekou K. Infection pneumococcique de l'enfant. Thèse Médecine, Lomé Togo. 1981 ; n°563. **PubMed | Google Scholar**
16. Amadou A. Contribution à l'étude des pleurésies chez l'enfant dans le service de pédiatrie à Niamey : à propos de 34 cas. Thèse Médecine Niamey. 1989 ; n°493 : 77 p. **PubMed | Google Scholar**
17. Bahamboula A. Les staphylococcies pleuro-pulmonaires de l'enfant : à propos de 50 cas. Thèse Médecine, Brazzaville. 1982. **PubMed | Google Scholar**
18. Guedeoussou T. Infections respiratoires aiguës chez l'enfant au Togo ; aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques : à propos d'une étude prospective de 530 cas observés dans le service de pédiatrie CHU - TOKOIN Lomé. Thèse Médecine Lomé, Togo. 1990. **PubMed | Google Scholar**
19. Denny FW, Couier AM, Henderson FW, Clyde WA. The epidemiology of bronchiolitis. Pediatr Mes. 1977 Mar ; 11 (3 pt 2) : 234-236. **PubMed | Google Scholar**
20. Minga LD. Les corrélations clinico-radiologiques des broncho-pneumopathies non suppurées du nourrisson et de l'enfant dans le service de pédiatrie du CHU Tokoin durant l'année 1986 : à propos de 467 cas. Thèse Médecine, Lomé. 1990; n°21: PP 4-110. **PubMed | Google Scholar**
21. Katchalla BM. Contribution à l'étude des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson au CHU Tokoin ; Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs, à propos de 112 cas. Mémoire, EAM Lomé -Togo. 1993 ; n°380 : 30-75. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: fréquence de cas des IRA hospitalisés aux C.U.L		
Type d'hospitalisation	Effectif	%
Hospitalisation nourrisson et enfants	586	100%
IRA du nourrisson et enfants étudiés	153	26,1%
IRA Basse du nourrisson et enfants étudiés	43	7,3%
IRA Haute du nourrisson et enfants étudiés	110	18,8%
Ce tableau révèle que la proportion élevée est attribuée aux IRAH (18,8%)		

Tableau 2: répartition de cas des IRA en fonction de la tranche d'âge et du sexe				
Tranches d'âges	M (%)	F (%)	Total	%
0 – 6	43(57%)	32(42, 6%)	75	49,0%
6 – 12	20(54%)	17(45, 9%)	37	24,2%
12 – 24	13(49, 9%)	13(49, 9%)	26	17,0%
24 – 59	9(60%)	6(40%)	15	9,8%
Total	85	68	153	100,0%
Ce tableau montre que la grande portion de cas des IRA concerne la tranche d'âge de 0-6 mois et que le sexe masculin est prédominant				

Tableau 3: répartition des IRA en fonction de la tranche d'âge						
Âges (mois)	IRA Haute		IRA Basse		Total	
0 - 6	53	(34,6%)	22	(14,4%)	75	(49,0%)
6 - 12	24	(15,7%)	13	(8,5%)	37	(24,2%)
12 - 24	20	(13,1%)	6	(3,9%)	26	(17,0%)
24 - 59	13	(8,5%)	2	(1,3%)	15	(9,8%)
Total	110	(71,9%)	43	(28,1%)	153	(100,0%)
Ce tableau révèle que la tranche d'âge de 2-5 ans est la moins touchée par les IRA						

Tableau 4: répartition de cas des IRA en fonction de l'état nutritionnel				
Diagnostique	Statut nutritionnel		Total	%
	Malnutrition	Pas de malnutrition		
IRA Haute	43	67	110	72%
IRA Basse	20	23	43	28%
Total	63	90	153	100%
%	41,2%	58,8%	100%	
Ce tableau révèle que le cas de malnutrition élevé ont été retrouve chez les patients présentant les IRAH (68%)				

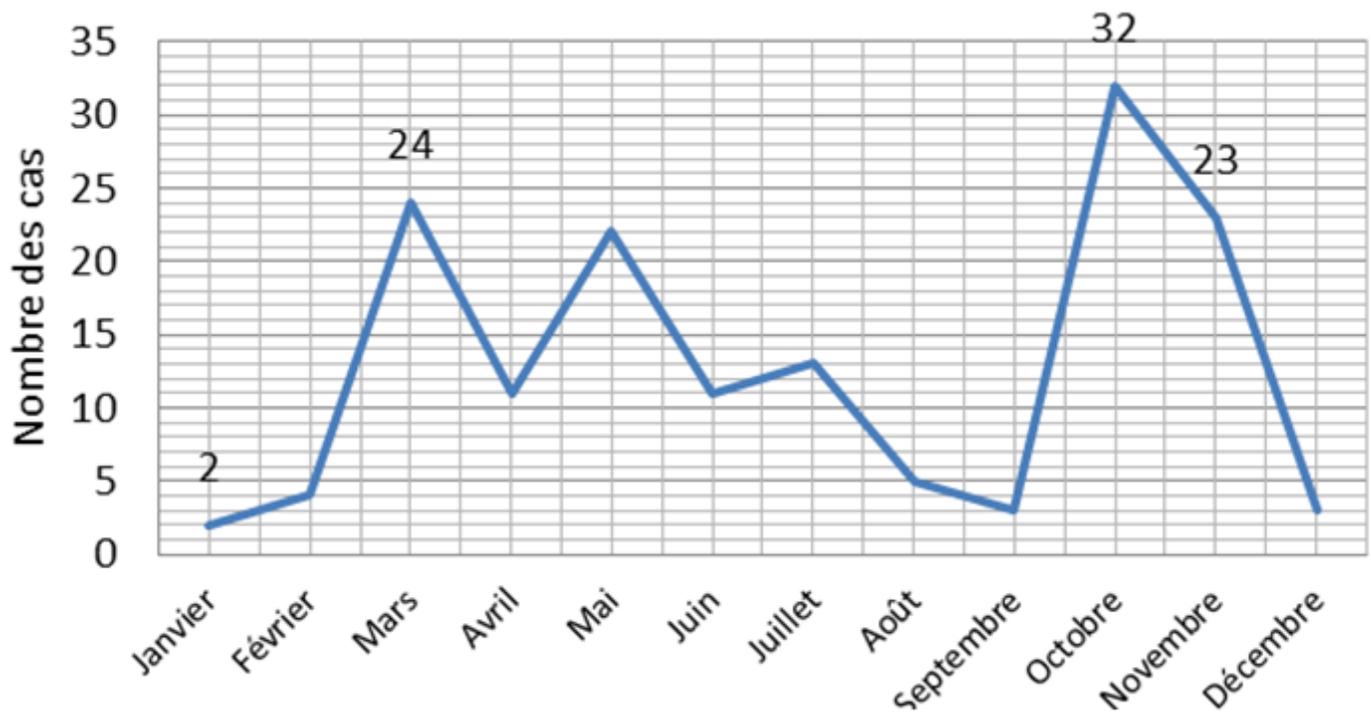


Figure 1 : répartition mensuelle de cas des IRA hospitalisés

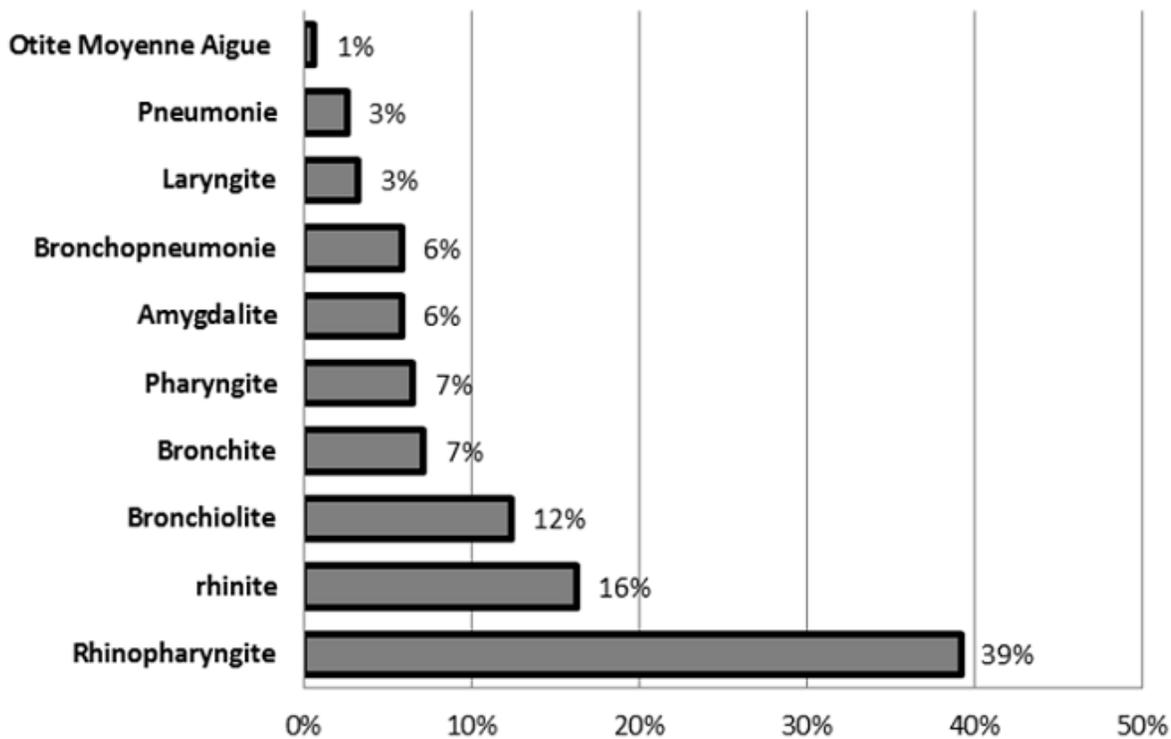


Figure 2 : répartition de cas des IRA selon le diagnostic clinique