

Les méningites aiguës bactériennes du nourrisson observées au Service de Pédiatrie A de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar)

Raobijaona H¹, Rabesandratana N¹, Razanamparany M¹, Migliani R², Pfister P², Roux JF²

Le travail rapporté ici fait partie d'une étude multicentrique initiée par l'Institut Pasteur de Madagascar sur les étiologies des méningites de l'enfant, du fait de l'absence des données sur les agents causaux. Cette étude a commencé en 1998 à partir d'un protocole établi d'une manière consensuelle entre les différents services de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Centre Hospitalier de Soavinandriana, Hôpital des Enfants, Hôpital général de Befelatanana). Les données présentées ici sont des données préliminaires effectuées dans le service de Pédiatrie Debré, Hôpital général de Befelatanana.

Ce travail consiste en une analyse descriptive et prospective des malades hospitalisés pour syndrome méningé du 1er novembre 1998 au 30 octobre 1999. Ont été exclus tous les malades âgés de moins de 1 mois et plus de 24 mois. Ont été relevés par chaque patient, le sexe, la date de naissance, la date d'hospitalisation, la date de début de syndrome méningé, de la convulsion fébrile, du coma fébrile, la situation vaccinale, les antécédents médicaux récents (immunodépression, drépanocytose), la prise et la durée du traitement antibiotique antérieur à la ponction lombaire, l'aspect macroscopique et microscopique du liquide céphalo-rachidien, le décès ou la survie du patient.

Ainsi ont été inclus 19 garçons et 8 filles avec un sex-ratio de 2,3/1 parmi les 1 875 malades pris en charge dans le service soit 1,44% et parmi les 73 cas du total des méningites recensés pendant la période d'étude, soit 36,9%. La tranche d'âge de 1 à 12 mois est la plus atteinte avec 82% des cas et la fréquence est dégressive avec l'âge. Les principales manifestations cliniques sont représentées par la fièvre (95,3%). La convulsion (80,9%), la raideur de la nuque (61,5%), le refus de tétée (33,3%). Cette symptomatologie polymorphe se trouvait diversement associée chez le même malade.

Le liquide céphalo-rachidien était techniqué par le Centre de Biologie Clinique de l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM). Les germes retrouvés sont : *Haemophilus influenzae*, 9 cas (56,2%), pneumocoque, 5 cas (31,2%), deux germes qui ont prédominé pendant la première année de vie et méningocoque, 1 cas, *Mycobacterium tuberculosis*, 1 cas. Les germes sensibles n'ont pas pu être cultivés dans l'immense majorité des cas :

65,6% des pneumocoques et 45,4% des *H. influenzae* n'ont été mis en évidence que par la recherche d'antigènes solubles. Par ailleurs, les germes étaient absents dans 11 cas : il s'agit de méningites décapitées par une antibiothérapie antérieure à la ponction lombaire. Le profil bactériologique des Méningites Aiguës Bactériennes du Nourrisson (MABN) à Antananarivo est identique à celui rencontré à Lomé, Abidjan, Kinshasa [1,2,3] où prédominent *H. influenzae* et pneumocoque, mais il est différent de celui observé à Dakar et au Nord Cameroun où le méningocoque est responsable de plus de 65% des cas de MABN [4]. Ceci illustre bien l'importance de l'*H. influenzae* dans la pathologie infectieuse du tout petit enfant, en particulier dans les méningites.

Le protocole thérapeutique probabiliste des méningites employé durant l'étude associe l'ampicilline et la gentamicine. Après identification du germe, l'antibiotique était choisi en fonction de sa sensibilité et de son coût. La durée minimale du traitement était de 10 jours. La létalité globale est de 5/27 (18,5%) : elle est nulle pour le méningocoque 0/1 (0%), faible pour l'*H. influenzae*, 1/9 (11,1%) et mauvaise pour le pneumocoque, 1/5 (20%). Les facteurs de mauvais pronostic sont l'âge inférieur à 12 mois, le germe, le degré neurologique à l'admission, le délai entre le début de la maladie et le traitement : 14,3% de nos malades avaient présenté des séquelles immédiates. La létalité (18,5%) et les séquelles parfois lourdes font de cette affection un réel problème de santé publique dont la solution passe par une meilleure prise en charge des cas (précocité du diagnostic et rapidité du traitement, la prévention et l'éducation sanitaire du public).

REFERENCES

- 1- Atakouma DY, Tatagan-Agbi K, Agbere A, Gbadoe A, Hamet-Fatouma K, Agboble E, Kessie FK, Assimadi JK. Aspects clinique, bactériologique, thérapeutique et évolutifs des méningites aiguës purulentes du nourrisson, dans le Service de pédiatrie du CHU de Lomé-Tokoin (Togo). *Med Afr Noire* 1995; 42 : 270-275.
- 2- Lowtie M et coll. Bilan étiologique et épidémiologique de 474 cas de méningites microbiennes observés à Kinshasa. *Ann Soc Belge Med Trop* 1973; 35 1: 619-632.
- 3- Cisse MF, Sow HD, Ouagre AR et coll. Méningites bactériennes dans un hôpital pédiatrique en zone tropicale. *Med Trop* 1989; 3 : 265-269.
- 4- Sile Mefo H, Sile H, Mbonda E, Fezeu R, Fonkoua MC. Les méningites purulentes de l'enfant au Nord du Cameroun: aspects cliniques bactériologiques et thérapeutiques. *Med Afr Noire* 1999; 46 : 15-20.

¹ Service de Pédiatrie Debré, Hôpital général de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, BP 14 bis, 101 Antananarivo - Madagascar.

² Institut Pasteur de Madagascar, BP 1274, 101 Antananarivo - Madagascar.