

Jaccr Africa

ISSN 1859-5138

<https://www.jaccrafrica.com>

Volume 5, Numéro 3 (Juillet, Août, Septembre 2021)



JACCR-AFRICA (ISSN 1859-5138) est un journal à comité de lecture en accès libre qui concerne la médecine et les disciplines sanitaires apparentées donc multidisciplinaire.

Il s'agit d'un journal trimestriel (4 numéros par an) en parution Online. Le délai entre la soumission et la décision finale (Acceptation ou Rejet) est de 6 semaines en moyenne. Cependant, un article accepté est publié en ligne en moyenne dans deux semaines suivant l'acceptation.

La propagation du savoir-faire médical à travers les communautés scientifiques passe nécessairement par entre autres cette facette éditoriale comportant "les cas cliniques et les revues" et faisant ainsi éviter les errances diagnostiques et gage aussi d'une harmonisation des bonnes pratiques cliniques.

Les revues constituent un moyen précieux de formation continue et de mise à jour des connaissances et compétences déjà acquises. Jaccr Africa publie aussi les études prospectives et rétrospectives sous forme de revues de dossiers des malades.

JACCR-AFRICA se donne mission d'être une fenêtre de diffusion des travaux scientifiques du continent africain à travers les cas cliniques et les revues (Revue de la littérature et Revues de dossiers) en confrontant les données de la littérature aux résultats des études africaines en mettant l'accent surtout sur les aspects cliniques, environnementaux et socio-culturels.

Ceci étant, les cas cliniques occupent une place importante dans le partage scientifique médical. Quant aux images en médecine, il s'agit aussi d'une composante essentielle en matière de partage d'expérience pratique conférant une capacité de mémorisation facile des faits cliniques aux praticiens.

Par ailleurs, il est bien évident que l'examen complémentaire reste contributif même s'il est pour certains diagnostics un outil indispensable. C'est pourquoi le comité de lecture évalue surtout la clinique et l'essentiel d'arguments paracliniques pour se rassurer de la fiabilité scientifique d'un manuscrit soumis à JACCR-AFRICA en vue d'une publication donc un partage avec la communauté scientifique internationale et notamment africaine.

Enfin, dans le cadre du concept de "One Health" les fondamentalistes (Biologie, Microbiologie, Parasitologie, Immunologie, Bactériologie, Neurosciences, Histo-embryologie, Physiologie...etc.) sont aussi concernés à propos de la publication dans JACCR-AFRICA à travers leurs revues, lettres à la rédaction, short communication, description d'une technique au laboratoire et autres.

Contact : editor@jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro
(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles chez les enfants de 3 à 59 mois : une étude malienne multicentrique

A Konaté, MB Coulibaly, I Bengaly, I Tembiné, KB Coulibaly, D Berthé, M Diakité, F Dicko Traoré

Déterminants de la consommation abusive d'alcool chez les adolescents et adultes à Ndjamena (Tchad)

H Mayanna, GY Daïba, N Doune, HZB Tchombou, AA Ali, K Dakissia, TV Matchoké, PP Tchonfiene, A Umbock

Appréciation de l'anémie selon la sévérité chez les personnes vivant avec le VIH en Guinée : cas du service d'hématologie – oncologie du CHU de Donka

AS Kante, M Diakite, A Kake, T Traore, A Dambakate, A Tolo-Diebkile

Profil épidémiologique et clinique des complications postopératoires précoces en chirurgie abdominale

JL Kambiré, Souleymane Ouédraogo, Salam Ouédraogo, B Béré, M Zida

Caractéristiques sociodémographiques de la croissance des enfants de 6 à 12 mois dans l'aire de santé de Yirimadio au Mali

C Coulibaly, M Traore, Y Sangare, I Cisse, I Terera, H Sangho

Gale norvégienne chez un adolescent atteint d'une dermatose bulleuse héréditaire créant une nosophobie dans une famille africaine à l'hôpital national Donka

M Savané, MS Touré, MD Kanté, M Gassama, Y Karabinta, F Keita, M Touré, Y Mukendi Nkesu, Y Fofana, L Cissé, M Diakité, NM Soumahoro, AA Dicko, TM Tounkara, O Faye, M Cissé

Tuberculose orbitaire primitive pseudo-tumorale : une présentation rare de la tuberculose extra-pulmonaire

A Edderaï, S Bahti, M Elbelhadji, A Mchachi, L Benhmidoune, A Chakib, R Rachid

Les corps étrangers laryngés chez l'enfant en milieu tropical : à propos de 40 cas

B Loum, CA Lame, TB Diallo, CB Ndiaye, KMA Diouf, M Koné, B Sissoko, BK Diallo

Chorioangiome placentaire : à propos d'un cas

S Moukhlis, K Ikouch, G Benjelloun, A Oubid, A Lamrissi, K Fichtali, S Bouhya

Déterminants de l'âge dans la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau de l'URENI du CSRéf de Kayes en 2019

S Diarra, I Dembélé, YI Traoré, S Coulibaly, A Diallo, Y Kamaté, A Dembélé, M Coulibaly, B Coulibaly, I Goïta, S Sidibé, M Diabaté

Epilepsie partielle continue ou syndrome de Kojevnikov au Sénégal : à propos d'un cas

C De Chacus, M Fall, H Ewodo Touna, B Ekanmian, M Basse Anna, M Ndiaye, AG Diop

Localisation bilatérale d'une tumeur testiculaire à cellules de Leydig

A Alami, M Houjami, T Chekrine, N Benchakroun, Z Bouchbika, H Jouhadi, N Tawfiq, S Sahraoui, A Benider

Lithiase de la voie biliaire principale du nourrisson

FB Balde, T Mukenge, Z Benmassaoud, O Alaoui, A Mahmoudi, K Khattala, Y Bouabdallah

The urinary microbiote renal failure with infectious lithiasis in children

M Berrahal, M Azli, R Benrabah, B Souid

Caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales de l'infection papilloma virus humain dans la province du Sud-Kivu, RD Congo

O Nyakio, F Kibukila, A Tambwe, P Kakudji, P Kalenga, JB Kakoma

Panorama des cardiopathies juvéniles en consultation au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré

B Dembélé, N Sidibe, B Diarra, A Sangare, M Diakite, M Sako, M Toure, A S Cissoko, M Sidibe, M Doumbia

Pénectomie partielle pour cancer du pénis

D Cissé, HJG Berthé, M Koné, A Traoré, A Diarra, MT Coulibaly, MS Diallo, A Kassogué, D Thiam, O Guindo

Rage humaine, un mort de plus au Sénégal : à propos d'un cas confirmé en post-mortem par RT-qPCR sur biopsie du cerveau et revue de la littérature

PA Ndeba, BS Wembulua, AB Bardiguyo, F Wone, L Diallo, CG Ngo Ngai, AD Diallo, J Ipangba, MB Mufalume, NM Faye, RR Olouwakemi, NA Lakhe, K Diallo Mbaye, VMP Cisse Diallo, D Ka, L Fortes Déguénou, M Seydi

Anévrismes bilatéraux en miroir de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure chez une femme âgée à propos d'un rare cas : revue de la littérature

Y Cissé, A Diop, R Diajheté, A Donzo, LF Barry, M Thioub

La tachycardie supraventriculaire fœtale compliquée d'anasarque : effet de la digoxine sur le rythme cardiaque

B Ameni, BH Sawssan, A Sonda, T Dora, K Sahbi, C Kais

Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo)

T Dossouvi, KK Kanassoua, T Mouzou, I Kassegne, E Gueouguede, PR Plante, ED Dosseh

Traumatisme ouvert de la verge par une esquille métallique suite à un accident de travail

B Mourtala, MSO Manzo, AS Abdoul Aziz, B Alassane, S Mounkaila, H Noury

Accouchement de mort-né frais : Prévalence facteurs de risque et prise en charge à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

T Traoré, K Sidibé, B Traoré, B A Haïdara, A Sanogo, A Bah, C Sylla, S Z Dao, S A Beye, F Kané, S Boiré, B Traoré, D Fomba, S Dougnon, Y Traoré, I Téguté, N Mounkoro, I Menta, M Touré

Syndrome de Wolff-Parkinson-White intermittent révélé par des palpitations et douleur thoracique à propos d'un cas

A Kaboré, AA Ali, N Douné, S Traoré, MA Bolti

Le traitement de la rétinopathie diabétique par laser argon, quel coût ?

Y Hidan, M Issiaka, H Jamaledine, A Mchachi, L Benhmidoune, R Rachid, M ElBelhadji

Accouchement par forceps à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

S Dembélé, B Macalou, M Diassana, A Sidibe, A Hamidou, I Macalou, SO Traore, M Traore, M Sima, A Bocoum, S Fane, C Sylla, I Teguate, Y Traore

Les cancers gastriques dans les villes moyennes du Burkina Faso : Aspects épidémiologiques et diagnostiques (à propos de 52 cas)

SL Zoungrana, ZD Ouattara, JL Kambire, S Soudre/Hema, AN Guingane, R Salou, A Tapsoba, S Ouedraogo, A Bougouma

Encéphalopathie sur hépatite aigue toxique au Propylthiouracil : à propos d'une observation rare et revue de la littérature

M Coulibaly, SA Koita, AS Dembélé, A Dabo, B Diallo, SI Traore, BB Coulibaly, Y Fofana, Y Diakite, DM Diango, Y Coulibaly

Fractures ouvertes de Jambe : aspects épidémiologiques et prise en charge dans le service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital National Donka (Guinée)

A Barry, MM Diallo, L Lamah, IG Diallo, CO Sanogo, MH Bah

Hypercorticisme cortico induit compliqué d'insuffisance surrénalienne secondaire : observation clinique chez une fille de 17 ans

MB Coulibaly, I Hassan, KB Coulibaly, M Kéïta, I Goïta, D Berthé, A Konaté, IB Bengaly, M Maïga, F Dicko Traore

Profil nutritionnel des patients hémodialysés chroniques dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G, Bamako, Mali

SB Coulibaly, M Samaké, A Atabieme, S Sy, M Coulibaly, AS Fofana, D Maiga, AM Dolo, K Coulibaly, S Fongoro

Poliomyélite paralytique associé au vaccin : à propos d'un cas

JBN Diouf, M Fall, NM Sougou, B Diop

Rupture du Douglas post-coïtale avec éviscération vaginale à propos d'un cas à l'Hôpital de Sikasso

SA Traoré, M Sylla, MB Coulibaly, M Coulibaly, A Cissouma, O Touré, A Cissé, E Diarra, M Kanté, S Traoré, M Diassana, B Traoré, A Diallo, M Diassana, Y Traoré

Manifestations oculaires liées à l'infection au VIH au centre de traitement ambulatoire et de prise en charge du CHU de Donka à Conakry en Guinée du 1er mars au 31 aout 2020

MD Sovogui, AK Balde, C Zoumanigui, JG Bilivogui, K Vonor

Apport du scanner cérébral dans le diagnostic étiologique du syndrome d'hypertension intracrânienne au Centre de Diagnostic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de Conakry

AA Baldé, OA Bah, IS Souaré, TS Diallo, M Diallo, H Challoub, MO Bah

Pratique de l'Allaitement Maternel à l'hôpital de Sikasso, Mali

A Cissouma, SA Traoré, G Dembélé, A Kissima-Traoré, D Kassogue, D Haidara, M Sylla, AB Sidibé

Accident vasculaires cérébraux hémorragiques en soins intensif à l'hôpital du Mali : Aspects épidémio cliniques thérapeutiques et évolutifs

K Tembiné, MAC Cissé, N Diani, A Sidibé, A Dramé, THM Coulibaly, K Sangho, B Diallo5, O Diallo, M Sacko, M Dama, O Coulibaly, D Sissoko, M Konaté, N Ouologuem, M Ouologuem, C Sogodogo, MI Mangané, THM Diop, H Dicko, SA Beye, AH Almeimoune, M Keita, B Samaké, AS Dembelé, MD Diango, Y Coulibaly

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical du centre hospitalier régional Heinrich Lubke de Diourbel au Sénégal (CHRHLD) face aux accidents d'exposition au sang (AES)

AER Diatta, BB Diedhiou, H Toure, NS Ba, M Ndiaye

La problématique de la dénutrition de l'adulte en chirurgie digestive d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya au Burkina Faso

JL Kambire, SL Zoungrana, S Ouedraogo, S Ouedraogo, M Zida

Pratique de l'électroencéphalogramme au centre hospitalier périphérique de Pikine à Dakar

ML Mansare, M Fall, M Haba, M Ndiaye, AG Diop

Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans dans le Centre Hospitalier-Universitaire Gabriel TOURE

M Traore, C Coulibaly, D Cisse, Y Sangare, M Kone, H Maiga, H Sangho

Prise en charge d'une plaie rénale à présentation atypique, en contexte de polytraumatisme, au centre des urgences de Yaoundé : à propos d'un cas

AM Dongmo, D Banga Nkomo, JB Mekeme, S. Eya, J. Kamga, L J Bitang, A Mafok

Le rhumatisme psoriasique au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar

A Abba, M Niasse, LM Diaby, H Ali

Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo)

T Dossouvi, KK Kanassoua, T Mouzou, I Kassegne, E Gueouguede, PR Plante, ED Dosseh

Aspects épidémiologiques, diagnostiques et traitement de l'embolie pulmonaire à Ziguinchor (Sénégal)

SJ Manga, AB Badiane, SL Sy, Q Te Indafa, M Dioum, M Bodian, M Leye, A Diatta

Profil épidémiologique des cancers digestifs au CHU-Kara (Togo)

T Dossouvi, R El-Hadji Yakoubou, B Bouglouga, KK Kanassoua, I Kassegne, K Adabra, ED Dosseh

Retour d'expérience sur la gestion des premiers cas confirmés de COVID-19 dans un secteur minier au Mali

M Koné, SM Mangané, TB Bagayoko, L Diakité, A Bah

Facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aiguës mécaniques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge

E Horugavye, JC Mbonicura, Y Bizozza, F Nduwimana, G Nimubona

Méningocèle Occipitale du grand enfant associé à un lipome découverte au décours d'une prise en charge d'un empyème cérébral au CHMF de Touba

D Wague, MA Cisse, ECN Sy, M Faye, LF Barry, NN Sarr, AB Thiam

Rupture utérine spontanée à 24 semaines de grossesse chez une multipare sur un utérus uni cicatriciel : à propos d'un cas

A Samaké, SO Traoré, L Diarra, M Keita, M Haidara, M Diallo, M Konaté, M Maiga, MS Ag Med Elméhdi Elansari, L Diarra, D Kassogue, AT Soumaila, SZ Dao, H Samake, S Camara, M Traore, S Diarra

Les brûlures graves récentes : bilan de six années d'utilisation exclusive du beurre de vitellaria paradoxa bio au Burkina Faso

S Ouedraogo, B Bere, JL Kambire, S Ouedraogo, PV Zongo, E Bandre

Evaluation de la qualité microbiologique des aliments à base de céréales et tubercules consommés dans les cantines scolaires de Bamako et environs

D Cissé, H Touré, M Traoré, M Samake, B Diarra, SO Diarra, A Traore, OS Maiga, AZ Kone, A Ag Iknane

Connaissances, attitudes et pratiques sur les risques liés aux déchets biomédicaux : étude comparative dans deux formations sanitaires de Pointe-Noire

E Ebatetou Ataboho, GJ Kokolo

Grossesse dans une cicatrice de césarienne : à propos d'une observation clinique au centre de sante de référence de la Commune VI du district de Bamako (CSRéf CVI)

A Samaké, SO Traoré, M Keita, M Haidara, M Diallo, M Konaté, M Maiga, MS Ag Med Elméhdi Elansari, L Diarra, D Kassogue, AT Soumaila, SZ DAO, S Diarra, H Samake

La macrosomie néonatale : à propos de 254 cas à l'hôpital de Sikasso, Mali

A Cissouma, SA Traoré, D Kassogue, A Kissima-Traoré, G Dembele5, M Traoré, A Coulibaly

Thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale

Y Onana, J Tambe, D Mwadjie, A Mohammed, S Mbozo'o, H Zanga, C Nanga, J Mbo Amvene, P Ongolo-Zogo

Troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0 à 7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

A Bah, TB Bagayoko, A Kassogué, N Coulibaly, B Harber, A Thiéro, M Kanté, B Samaké, M Keita, SI Koné, T Traoré, M Guindo, M Coulibaly, M Diallo, DS Coulibaly, A Sanogo, A Fofana, MA Togo, AN Coulibaly, FT Dicko

Une hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire : à propos d'un cas à l'Hôpital Principal de Dakar et revue de la littérature

ST Faye, TAO Sow, M Faye, M Dembélé, B Ndiaye, M Mboup, HM Ova, M Touré, I Sall, EGPA Diémé, R Kane, A Ndiaye

Aspects épidémioclinique et évolutif des patients admis en salle d'accueil d'urgences vitales à l'hôpital du Mali à propos de 85 cas, Mali

K Tembiné, MAC Cissé, N Diani, THM Coulibaly, A Sidibé, A Dramé, B Diallo, K Sangho, S Sidibé, O Diallo, M Dama, O Coulibaly, D Sissoko, I Maiga, M Konaté, A Ombotimbé, M ouattara, M Traoré, C Sogodogo, M I Mangané, TH M Diop, H Dicko, SA Beye, AH Almeimoune, M Coulibaly, K Diombana, D Sylla, AS Dembelé, S Togo, S Yena, MD Diango, Y Coulibaly

Consultation prénatale : Pronostics maternel et périnatal des accouchements à risque à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

T Traoré, K Sidibé, A Sanogo, F Kané, A Coulibaly, B Traoré, A Bah, C Sylla, SZ Dao, SA Beye, S Boiré, B Traoré, AL Coulibaly, A Diarrioso, Y Traoré, I Tégoué, N Mounkoro

Etude épidémio-clinique de la bronchiolite dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako

M Traoré, A Cissouma, D Sacko, D Kassogué, I Koné, M Kanté, M Maiga, KW Diallo, FL Diakité, K Sacko, O Koné, O Diamoutène

Etat buccodentaire des patients porteurs des prothèses amovibles au CHU-CNOS de Bamako

A Bah, IB Bengaly, A Konaté, A Diaby, IH Sidibe, A Diallo

Fibrome intraventriculaire gauche chez un nourrisson : à propos d'un cas

CP Akagha Konde, E Ayo Bivigou, F Ndoume Obiang, JB Mipinda, JM Mpori, WG Tessa Bengou, JJ Ekwa Sima, H Aubin Wora, LC Ndjibah Alakoua, MC Allognon, F Moubamba, C Yekini, A Guindo Samba, CS Mayaka, JE Ecke Nzengue, F Aw

Aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de la GEU à l'hôpital de Sikasso

SA Traoré, M Sylla, A Samaké, A Cissouma, O Touré, A Cissé, M Coulibaly, M Kanté, DBS Haidara, B Traoré, M Diassana, Y Traoré, A Diallo, M Diassana

Traitement chirurgical d'un volumineux cystadénocarcinome séreux bilatérale de l'ovaire au stade avancé (techniques et stratégies) : à propos d'un cas à l'hôpital de Dermatologie de Bamako

K Konaté, L Diarra, B Dembélé, MK Touré, M Coulibaly, Z Saye, L Doumbia, M Ly, A Togo

Main fendue unilatérale isolée chez un nouveau-né : à propos d'un cas

H Soumana Diaouga, M Chaibou Yacouba, SM Issoufou Hama, S Oumarou Soumana, M Maman Chaibou, M Garba Rah, N Idi, M Nayama

Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois : états des lieux dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso)

AS Ouermi, A Kalmogho, B Sanogo, H Savadogo, I Guira, M Barro, F Kouéta

Plaie pénétrante des bourses par embrochage : à propos d'une observation et revue de la littérature

TO Diallo, I Diabaté, M Barry, A Ndiath, E Kazubwenge

Sirénomélie (Mermaid Syndrome) description du premier cas dans la région de Sikasso, Mali et revue de la littérature

A Cissouma, M Sylla, MB Coulibaly, SA Traoré, A Kissima-Traoré, AP Togo, A Coulibaly, Y Coulibaly

Rarissime cas de torsion bilatérale de kyste ovarien avec rupture hémorragique dans un contexte de grossesse molaire : un cas clinique

L Diarra, A Samaké, M Traoré, M Konaté, S Camara, K Diarra, S Kanté, K Konaté, B Bengaly, AP Togo



Article original

Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois : états des lieux dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso)

Severe acute malnutrition in children aged 6 to 59 months: state of the place in the paediatric unit at the Regional Teaching Hospital

AS Ouermi*¹, A Kalmogho², B Sanogo³, H Savadogo⁴, I Guira¹, M Barro³, F Kouéta²

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude était de faire le point sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya au Burkina Faso.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale prospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1er janvier au 30 juin 2021 soit une période de six mois. Elle a concerné les enfants de 6 à 59 mois hospitalisés pour malnutrition aiguë sévère dans le service.

Résultats : La prévalence globale était de 6,69 %. L'âge moyen des enfants était de 17,14 mois ($\sigma=11,52$) ; les enfants de la tranche d'âge de 9 à 23 mois étaient les plus représentés

(62,34 %). Les malnutris de sexe masculin représentaient 63,64% (sex-ratio = 1,75).

La fièvre était présente dans 74,17% des cas (54/77). La malnutrition aiguë sévère avec œdèmes a été observée dans 90, 91%. Le paludisme grave et les bronchopneumopathies aiguës étaient les principales pathologies diagnostiquées.

La durée moyenne de séjour était de 7,36 jours avec

des extrêmes de 1 et 28 jours.

Le taux de décès était de 9,09% ; les décès ont été constatés dans les 24 heures suivant l'admission dans 85,71% des cas. Six décès sur sept (85,71%) étaient survenus chez les enfants ne présentant pas d'œdèmes. **Conclusion :** Sa prévalence hospitalière de la malnutrition aiguë sévère était élevée et la morbi-mortalité reste non négligeable. L'amélioration de cette situation passe par la lutte contre la pauvreté en général, la sensibilisation des populations et un renforcement des plateaux technique des hôpitaux.

Mots-clés : malnutrition aiguë sévère, complications, décès.

Abstract

Objective: The aim of this study was to take stock of the management of severe acute malnutrition in children aged 6 to 59 months in the paediatric unit at the Regional Teaching Hospital of Ouahigouya (Burkina Faso)

Methodology: This was a prospective cross-sectional study with a descriptive purpose that took place from January 1 to June 30, 2021, a period of six months. It involved children aged 6 to 59 months hospitalized

for severe acute malnutrition in the unit.

Results: The overall prevalence was 6.69%. The mean age of the children was 17.14 months ($\sigma=11.52$); children in the 9-to-23-month age group were the most represented (62.34%). Malnourished males accounted for 63.64% (sex ratio = 1.75). Malnourished males accounted for 63.64% (sex ratio = 1.75). Fever was present in 74.17% of cases (54/77). Severe acute malnutrition with edema was observed in 90.91%. Severe malaria and acute bronchopneumopathies were the main pathologies diagnosed.

The average length of stay was 7.36 days with extremes of 1 and 28 days. The death rate was 9.09%; deaths were recorded within 24 hours of admission in 85.71% of cases. Six out of seven deaths (85.71%) deaths occurred in children who did not have edema.

Conclusion: Its hospital prevalence of severe acute malnutrition was high and morbi-mortality remains significant. The improvement of this situation requires the fight against poverty in general, the raising of awareness among the population and a strengthening of the technical platforms of hospitals.

Keywords: severe acute malnutrition, complications, death.

Introduction

La malnutrition infantile reste un défi majeur pour la santé publique dans le monde entier en général et en Afrique subsaharienne en particulier [1].

Le rapport sur l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde publié conjointement par la FAO, la FIDA, l'UNICEF, le PAM et l'OMS indique que la prévalence de la sous-alimentation est de 20 % en Afrique, 7 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, plus de 12 % en Asie. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est de 149 millions, chiffre en recul de 10 % depuis six ans, mais ne permettant pas d'espérer atteindre la cible fixée à 2030, à savoir réduire de moitié le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance [1].

La mortalité des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS) en hospitalisation, reste encore trop élevée en Afrique subsaharienne [2]. La dénutrition jouant un rôle dans environ

45 % des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans [2]. Au Burkina Faso (BF), la baisse de la prévalence de la malnutrition aiguë globale au niveau national n'est toujours pas satisfaisante. Elle est passée de 19% en 2003 à 10,6% en 2017, toujours au-dessus du seuil de sévérité de 10% défini par l'OMS [3].

En 2018, la malnutrition aiguë sévère occupait le 6ème rang des motifs d'hospitalisations et était classée 5ème cause de décès des enfants de moins de 5ans dans les hôpitaux publics du pays avec une létalité hospitalière de 4,1% [3].

Depuis fin 2015, le Burkina Faso connaît un contexte sécuritaire particulier marqué par des conflits, des attaques de groupes armés et des violences intercommunautaires surtout dans les régions du Sahel, du Nord, du Centre Nord et de l'Est du pays [4]. Cette crise sécuritaire érode la quiétude et engendre des conséquences aux multiples facettes notamment des déplacements massifs des populations vers des sites ou des familles d'accueil [4].

Il nous a paru important d'initier ce travail afin d'étudier la morbi-mortalité de la malnutrition aiguë sévère dans notre contexte de travail afin de contribuer à une meilleure orientation des stratégies de lutte.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude préliminaire transversale prospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1er janvier au 30 juin 2021 dans le service de pédiatrie du CHUR de Ouahigouya soit une période de six mois. Elle a concerné les enfants de 6 à 59 mois hospitalisés pour malnutrition aiguë sévère dans le service durant la période d'étude.

Nous avons exclu de l'étude :

- Les enfants qui ont développé une malnutrition après hospitalisation.
- Les enfants qui ont développé une malnutrition sur une pathologie chronique (néphropathie, cardiopathie)

ou une malformation congénitale.

- Les enfants dont les parents n'ont pas consenti de participer à l'étude.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche individuelle à partir des fiches de référence, des dossiers médicaux, des fiches thérapeutiques et des formulaires de soins critiques.

Les paramètres suivants ont été recueillis :

- Données épidémiologiques et socio-économiques (âge de l'enfant, son sexe, âge de la mère, sa profession, sa situation matrimoniale, son niveau d'instruction, sa résidence).

- Données cliniques (motif d'hospitalisation, paramètres anthropométriques, signes physiques, pathologies associées et complications).

- Données thérapeutiques et évolutives (type de repas administré, nature du traitement médical administré, durée du séjour, devenir immédiat du patient).

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info 7.2.3. 2019 et exporté sur Excel 2016. Les tests statistiques de Mann- Whitney (variables quantitatives), de khi 2 de Pearson, de Fisher (variables qualitatives) ont été utilisés pour les comparaisons de proportions et de moyennes.

Une autorisation de collecte des données a été obtenue auprès des responsables de l'hôpital de même que le consentement éclairé des parents. L'anonymat des fiches de questionnaires a été respecté.

Résultats

Prévalence globale de la malnutrition aiguë sévère

Durant la période d'étude, le service a enregistré 1240 admissions dont 83 cas de malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois soit une prévalence globale de 6,69 %. Soixante-dix-sept enfants ont été inclus.

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

L'âge moyen des enfants malnutris était de 17,14 mois avec un écart-type de 11,52 ; les enfants de la tranche d'âge de 9 à 23 mois étaient au nombre de 48 soit 62,34 %.

Les enfants malnutris de sexe masculin représentaient 63,64% et le sex-ratio était de 1,75.

L'âge moyen des mères était de 28,31ans avec un écart-type de 6,64 (extrêmes de 20 ans et de 45 ans). Elles étaient femmes au foyer (FAF) dans 96,10 % et non scolarisés dans 88,31%.

Données cliniques

- Motif de consultation

La fièvre était présente dans 74,17% des cas (54/77).

Le tableau I indique la répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère selon le motif de consultation.

- Données de l'examen physique

Sur les 77 enfants malnutris aigus sévères, 69 (89,61%) présentaient un mauvais état général et 18 (23,38%) avaient une conscience altérée.

Concernant le type de malnutrition aiguë sévère la forme sans œdèmes a été observée dans 90, 91% (70/77), la forme avec œdèmes dans 6,49% (5/77) et celle mixte dans 2,60% (2/77).

Les principaux signes physiques retrouvés étaient la détresse respiratoire et la déshydratation sévère avec respectivement 24,67% et 19,48%.

- Pathologies associées

Le paludisme grave était la principale pathologie diagnostiquée. Le tableau II résume la répartition des enfants malnutris selon les pathologies associées.

Aspects thérapeutiques

- Traitement diététique

En phase de stabilisation, tous les 77 enfants ont reçu du lait thérapeutique F-75.

La durée de la phase de transition était inférieure à une semaine dans 90,91% des cas. En phase de transition, 75 enfants (97,40%) ont reçu du lait thérapeutique F75 et un ATPE (plumpy nut). Ces derniers ont poursuivi le traitement diététique avec de l'ATPE à la phase de récupération.

- Traitement médical

Un traitement médical a été administré à tous les patients. La transfusion sanguine a été réalisée chez tous les enfants ayant présenté une anémie sévère.

Le tableau III indique la fréquence du traitement médical chez les enfants malnutris.

*Aspects évolutifs***- Durée de séjour**

La durée moyenne de séjour était de 7,36 jours avec des extrêmes de 1 et 28 jours.

La durée de séjour était inférieure à deux semaines dans 88,31% des cas.

Le tableau IV indique la répartition des enfants malnutris aigus sévères sortis pour suivi en ambulatoire selon la durée de séjour.

Complications associées à la malnutrition aiguë sévère

L'hyperthermie était présente dans 72,73 % des cas.

Les différentes complications présentées par les enfants malnutris sont résumées au tableau V.

- Etat nutritionnel des enfants à la sortie

Durant le séjour hospitalier, le gain pondéral total obtenu par enfant malnutri était inférieur à 500g dans 50% des cas.

- Mode de sortie

Les enfants sortis pour suivi en ambulatoire étaient au nombre de 61 soit 79,22%.

Le tableau VI indique la répartition des enfants malnutris sévères selon le mode de sortie.

Le décès a été constaté dans les 24 heures suivant l'admission chez 6 enfants soit 85,71% des cas de décès.

Six décès sur sept (85,71%) sont survenus chez les enfants présentant une malnutrition aiguë sévère sans œdèmes.

Quatre enfants sur sept (57,14%) sont décédés suite à une gastroentérite avec déshydratation.

Tableau I : Répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fièvre	54	70,13
Toux	43	55,84
Diarrhée	35	45,45
Anorexie	33	42,86
Altération de l'état général	22	28,57
Difficultés respiratoires	19	24,67
Œdèmes	05	6,49
Dysurie	03	3,90

Tableau II : Répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère selon le motif de consultation.

Pathologie associée	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Paludisme grave	34	44,15
Bronchopneumopathie aiguë	29	37,66
Gastroentérite	11	14,28
Septicémie	09	11,69
Bronchiolite aiguë	06	7,79
Méningite aiguë	05	6,49
Méningoencéphalite aiguë	02	2,60
Infection du tractus urinaire	01	1,30

Tableau III : Fréquence des différents traitements médicaux chez les 77 enfants malnutris aigus sévères.

Traitement médical	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Antibiotiques	77	100
Artésunate injectable	34	44,15
Acide folique	28	36,36
Transfusion sanguine	26	33,77
Soluté hypertonique G10	18	23,38
RESOMAL	05	6,49
Antifongique	2	2,60
Solution Darrow	2	2,60

Tableau IV : Répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère sortis pour suivi en ambulatoire selon la durée de séjour.

Durée du séjour (en semaine)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
< 2	68	88,31
2-3	8	10,39
> 3	1	1,30

Tableau V : Fréquence des complications chez les enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère

Complications	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fièvre ($T^{\circ} \geq 38,5^{\circ}C$)	56	72,73
Anémie sévère ($Hb < 4$ g/dl)	26	33,77
Troubles ioniques	12	15,58
Déshydratation	5	6,49
Hypoglycémie	3	3,90
Choc hypovolémie	2	2,60
Choc septique	2	2,60
Hypothermie	1	1,30

Tableau VI : Répartition des 77 enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère selon le mode de sortie.

Mode de sortie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Décédé	7	9,09
Sortie contre avis médical (abandon)	8	10,39
Evacué à l'échelon supérieur	1	1,30
Suivi externe	61	79,22

Discussion

Limites et contraintes

Malgré le caractère prospectif de la collecte de données (entretien auprès des parents), notre étude a connu un biais d'information.

Prévalence de la malnutrition aiguë sévère.

La prévalence globale de la malnutrition aiguë sévère était de 6,69 %. Ce qui se rapproche du chiffre de Yaméogo et al. au BF qui rapportait 6,35% [5]. Par contre Yenani et al. en République de Côte d'Ivoire (RCI) ont noté une prévalence de 3,24% et Guindo et al. au Mali ont trouvé une fréquence de 11,3% [6, 7].

La différence de prévalence entre les pays et les structures hospitalières s'expliquerait par la différence des types d'étude et cadre de l'étude

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

- Dans notre série, l'âge moyen des enfants malnutris était de 17,14 mois (σ 11,52) et les enfants de la tranche d'âge de 9 à 23 mois représentaient 62,34 %. Ces chiffres sont similaires à ceux de Maiga et al. Mali et Nguefack et al. au Cameroun qui rapportaient respectivement un âge moyen de 16 et 17 mois [8, 9]. Cependant, Musimwa et al. en République Démocratique du Congo (RDC) et Sanogo et al. au Mali ont rapporté respectivement un âge moyen de 24 et de 29 mois [10, 11].

Comme plusieurs auteurs l'ont noté la tranche d'âge 12 à 23 mois était la représentée : Yaméogo et al. au BF, Guindo et al. au Mali, Nguefack et al. au Cameroun, Abdou et al.

au Niger [5, 7, 9, 12].

Aussi, Kalmogho et al. BF ont constaté qu'un âge supérieur ou égal à 12 mois était un facteur de risque de malnutrition aiguë [13].

C'est pendant cette période de la vie en effet qu'interviennent la diversification alimentaire et le sevrage au lait maternel. La malnutrition survient quand cette diversification est inadéquate, faite précocement (avant 4 mois) ou tardivement (au-delà de 6 mois) ou avec des aliments de complément non adaptés et insuffisant, ou un sevrage total précoce. Les interdits alimentaires chez le nourrisson constituant également une barrière à la diversification alimentaire. En outre, chez les enfants de plus de 6 mois il y'a une baisse de l'immunité maternelle qui les rend vulnérable aux maladies.

- Les enfants malnutris de sexe masculin représentaient 63,64% (sex-ratio 1,75 dans notre étude.

Cette tendance du sex ratio en faveur des garçons est rapportée par plusieurs auteurs : Yaméogo et al. au BF (1,53), Yenani et al. en RCI (1,34), Maiga et al. au Mali (1,26), Nguefack et al. au Cameroun (59%), et Sanogo et al. au Mali (1,38) [5, 6, 8, 9, 11].

Cependant Musimwa et al. en RDC et Diarra et al. au Mali ont retrouvé une prédominance du sexe féminin avec respectivement 55,87% et 51,9% des cas [10, 14].

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que dans nos sociétés, culturellement les garçons sont plus amenés au centre de santé car considérés comme l'avenir de la famille. Sur le plan scientifique, les auteurs ne partagent pas le même point de vue par rapport à une certaine prédisposition de la malnutrition liée au genre.

L'âge moyen des mères était de 28,31ans (σ 6,64 ans ; extrêmes de 20 ans et 45 ans).

Ces chiffres sont comparables à ceux de Eboua et al, Aké-Tano et al en RCI qui ont noté respectivement un âge moyen de 27,6 ans (σ = 6,3 ans) et de 26,5 ans (σ = 6,2 ans ; extrêmes de 15 ans et 46 ans) [15, 16].

Nguefack et al. au Cameroun ont trouvé un âge médian de 20 ans (intervalle interquartile 19-23 ans) et une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 24

ans (83,0%) [9]. Par ailleurs, Mukuku et al. en RDC ont noté que l'âge maternel < 25 ans était un facteur prédictif de MAS [17].

Dans cette étude, les mères étaient FAF dans 96,10 % des cas et non scolarisés dans 88,31%.

Aké-Tano et al. en RCI ont noté que la majorité des mères étaient ménagères (36,5%) et non scolarisés (40,3%) ou de niveau primaire (30,4%) [16].

De même, Guindo et al., Diarra et al. au Mali ont rapporté 77,3 % et 74,4% de mères non scolarisé et pour la profession 88,8% et 75,6% de mères ménagères [7, 14].

En effet, cette situation pourrait être liée au statut de la femme (faible niveau d'instruction, faible pouvoir de décision, faible pouvoir d'achat, etc.) dans nos sociétés. L'analphabétisme favorise les croyances traditionnelles et les idées reçues sur les tabous alimentaires. Ce qui influence négativement la nutrition du jeune nourrisson.

Aspects cliniques

Dans notre étude, la fièvre, la toux et la diarrhée étaient les principaux motifs de consultation avec respectivement 70,13%, 55,84% et 45,45% des cas.

Ces résultats sont proches de ceux de Musimwa et al. en RDC qui rapportaient une prédominance de la toux (42,50 %), la diarrhée / vomissement (38,55%) et de la fièvre

(22,35%) [10]. De même, Bernal et al. en Colombie ont trouvé que la diarrhée était le premier motif de consultation avec 68.4% des cas [18].

Sanogo et al. au Mali ont noté que le faible poids (38,54%), la diarrhée (31,25%) et la fièvre (6,94%) étaient les principaux motifs de consultation [11].

La malnutrition aiguë sévère sans œdèmes était la plus représentée avec 90, 91% des cas et la forme avec œdèmes 6,49% dans notre étude.

Cette prépondérance de la forme sans œdèmes a été décrite par plusieurs auteurs :

Yaméogo au BF (86,59% ; 13,41%), Yenan en RCI (58% ; 32%), Maiga au Mali (73,74% ; 11,87%) et Eboua en RCI (marasme 93, 38% et kwashiorkor 1,5% des cas) [5, 6, 8, 15].

Des études réalisées dans d'autres régions montrent des résultats différents. Nguefack et al. au Cameroun ont rapporté 73,2% de forme mixte, 17,0% de forme avec œdèmes et 9,8% de forme sans œdèmes [9].

Aussi, Bernal et al. en Colombie ont trouvé que la forme œdémateuse était prédominante avec 60.8% des cas [18].

Le mécanisme d'apparition des œdèmes au cours de la malnutrition reste encore peu élucidé et la répartition des différentes formes n'a pas encore une explication qui fasse le consensus.

Le paludisme grave, la bronchopneumopathie, la gastroentérite aiguë (GEA) et la septicémie étaient les principales pathologies diagnostiquées avec respectivement 44,15%, 37,66%, 14,28% et 11,69% des cas.

Ces résultats se rapprochent de ceux de plusieurs auteurs africains [5, 9, 11, 14, 15] :

Yaméogo et al. (paludisme 29,40% ; pneumopathies 25,68% ; GEA 18,63%),

Nguefack et al. (VIH 41,5% ; GEA 34% ; infections respiratoires basses 31%).

Sanogo et al. (Paludisme 50,35% ; GEA 31,25% ; Pneumopathie 7,64%)

Diarra et al. (GEA 69,2% ; infections respiratoires 42,3% ; paludisme 29,5%),

et Eboua et al. (pneumonies 35,3% ; GEA 25,0% ; anémie sévère 38,2%),

Il s'agit en effet de pathologies infectieuses surtout. La malnutrition sévère est responsable d'une altération du système immunitaire chez les enfants présentant une carence nutritionnelle. Cette altération est caractérisée par une mauvaise réponse immunitaire augmentant ainsi la susceptibilité et la gravité des maladies bactériennes virales et parasitaires.

Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère

Tous les enfants ont bénéficié d'une antibiothérapie soit 100% des cas.

Nos résultats étaient proches de ceux de Bernal et al. en Colombie et de Haro et al. au Burkina Faso qui retrouvaient respectivement 99,4% et 97,3% des enfants ayant bénéficié d'une antibiothérapie [18, 19]. L'administration des antibiotiques était systématique

chez tous les enfants. La malnutrition aiguë constituant le lit de plusieurs maladies comme les infections bactériennes pulmonaires, digestives et urinaires. Elles sont fréquentes et évoluent facilement vers une septicémie.

Le traitement antipaludique a été administré dans 44,15% des cas dans notre série.

Yaméogo et al. au BF ont noté que la majorité des enfants ont bénéficié d'un traitement antipaludique soit 88,18% des cas [5].

Ces résultats pourraient être liés aux périodes et aux sites des différentes études.

La transfusion sanguine a été réalisée chez tous les enfants ayant présenté une anémie sévère dans notre étude.

Nos résultats sont différents de ceux de Yaméogo et Haro au Burkina Faso qui avaient rapporté respectivement 87,5% et 93,67% d'enfants [5, 19].

Tous les enfants déshydratés ont bénéficié d'une réhydratation à base du ReSoMal soit 100% et deux enfants présentant une déshydratation sévère ont bénéficié en plus du ReSoMal d'une perfusion à base de la solution de Darrow.

Tous les enfants en hypoglycémie ont bénéficié du sérum glucosé hypertonique 10%.

Une prise en charge efficace des complications de la malnutrition aiguë sévère garantit une issue favorable.

Devenir immédiat des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère

- La durée moyenne de séjour était de 7,36 jours (extrêmes de 1 et 28 jours).

Ces chiffres sont proches de ceux de Yenani et al. en RCI et de Nguefack et al. au Cameroun qui ont rapporté une durée moyenne d'hospitalisation de 8,5 jours (extrêmes de 1 et 30 jours) et de 13,3 jours (extrêmes de 1 et 21 jours) [6, 9].

Ce résultat était acceptable selon les recommandations de OMS pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications qui estime nécessaire une durée de 3 semaines avec une moyenne de 1 semaine pour la première phase du traitement [20]. Les comorbidités contribuant grandement à l'allongement de la durée de séjour. Ainsi, les malnutris avec

plusieurs pathologies connaissent un séjour plus long que ceux ayant une pathologie.

- Les principales complications que nous avons enregistré étaient la fièvre, l'anémie sévère, les troubles ioniques, la déshydratation sévère avec respectivement 72,73%, 33,77%, 15,58% et 6,49% des cas. Ces complications sont classiques et ont été décrites par plusieurs auteurs.

Maiga et al. au Mali ont retrouvé 38,22% de cas de fièvre et 33,1% de diarrhée, déshydratation [8] ; Yaméogo et al. au BF, 48,18% de cas de fièvre et 17,95% d'anémie sévère [5] ; Bernal et al. en Colombie, 51,1% de cas anémie et 9% de cas sepsis [18] ;

Diarra et al. au Mali, 12,72% de cas de déshydratation [14].

- Le taux d'abandon était de 10,39% dans notre série. Ce taux répond aux critères de meilleure performance de l'OMS qui est de 15% de taux d'abandon [20].

Yaméogo et al. au BF et Yenani et al. en RCI ont rapporté respectivement 4,09% et 12% de taux d'abandon [5, 6].

Ces taux au BF, pourraient se justifier par l'adoption de la politique nationale d'exemption de paiement des soins chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes depuis 2016. Celle-ci a contribué à lever la barrière financière et a favorisé l'accès aux centres de santé et aux soins.

- Nous avons enregistré un taux guérison de 79,22% Ce taux est supérieur à ceux de Yenani et al., Nguefack et al. Sanogo et al. qui ont noté respectivement 78,67%, 75,6% et 64,58% des cas [6, 9, 11].

Il est par contre inférieur à ceux de Abdou et al. au Niger et Diarra et al. au Mali qui ont noté respectivement 93,22% et 85,9% de taux de guérison [12, 14].

De façon globale, ces chiffres sont en partie liés à la disponibilité des intrants durant les périodes d'étude et à l'application du protocole de prise en charge par les acteurs du système.

- Nous avons enregistré un taux de décès de 9,09%. Ce chiffre est acceptable selon les normes de l'OMS (inférieure à 10%) [20].

Ce chiffre se rapproche de celui de Yenani et al. en

RCI qui ont trouvé 9,33% [6].

Il est par contre supérieur aux taux rapportés par Abdou et al. au Niger (5,16%), Diarra et al. au Mali (7,7%), Bernal et al. en Colombie (5,7%) et [12, 14, 18].

D'autres auteurs ont enregistré des chiffres plus élevés [9, 11, 15] : Nguefack et al. au Cameroun (21,9%) Sanogo et al. au Mali (18.06%), et Eboua et al. en RCI (33,8%).

Ces décès pourraient avoir pour cause d'une part l'altération marquée du système immunitaire qu'entraîne la malnutrition d'où une grande vulnérabilité aux infections, d'autre part la référence tardive et l'insécurité régionale (conflits intercommunautaires ou inter-ethniques).

- Le décès a été constaté dans les 24 heures suivant l'admission dans 85,71% des cas de décès et concernaient des enfants présentant une malnutrition aiguë sévère sans œdèmes.

Ce constat a été fait par certains auteurs africains.

Yaméogo et al. au BF ont trouvé que 55% des décès sont survenus dans les premières 48 heures [5] ; Yenan et al. en RCI ont rapporté que 71 % des patients décédés présentaient le marasme [6].

Selon l'étude menée par Nguefack et al. au Cameroun, tous les décès étaient enregistrés dans les 72 heures avec plus de 3/4 (78%) pendant les 48 premières [9]. Cette situation pourrait être liée au retard d'admission et à l'insuffisance du plateau technique. En effet, plusieurs parents consultent au centre de santé qu'après l'échec de l'automédication et du traitement traditionnel, les enfants arrivant dans un stade déjà avancé de leur maladie.

Conclusion

Il ressort de cette étude que la malnutrition aiguë sévère reste une préoccupation majeure dans nos pays en développement. Sa prévalence hospitalière était élevée et la morbi-mortalité reste non négligeable. Une amélioration de cette situation passe par la lutte contre la pauvreté en général, la sensibilisation des

populations et un renforcement des plateaux technique des hôpitaux.

*Correspondance

Alain Saga Ouermi

alainouermi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Service de pédiatrie. CHU régional de Ouahigouya, Ouahigouya, Burkina Faso
- 2 : Département de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU YO)
- 3 : Département de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Burkina Faso
- 4 : Service de pédiatrie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulles.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] FAO, FIDA, UNICEF, PAM, OMS. L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2017, 36p [Consulté le 15 Août 2021] <http://www.fao.org/3/I7695f/I7695f.pdf>
- [2] UNICEF, PAM. Comité permanent des Nations Unies de la nutrition, Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Déclaration commune de l'OMS, du PAM, de l'UNICEF et du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies. OMS, Geneva, 2007. [Consulté le 15 Août 2021]. https://www.unicef.org/french/nutrition/index_39468.html
- [3] Ministère de la Santé du Burkina Faso, Direction Générale Des Etudes et des Statistiques Sectorielles. Annuaire statistique 2019. Novembre 2020, p149
- [4] Ministère de la Santé du Burkina Faso. Enquête nutritionnelle dans les communautés et sites d'accueil des personnes déplacées internes au Burkina Faso selon la méthodologie Rapid SMART, Novembre 2019, p5.

- [5] Yaméogo R. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 59 mois dans le service de pédiatrie du centre hospitalier régional de Koudougou (Burkina Faso) : Aspects thérapeutiques et évolution immédiate. Thèse Med. Université Pr Joseph KI-ZERBO. 2020 n°138 ; p 164.
- [6] Yenani JP, Plo KJ, Assev, Kondji YS, Yebou YKR, Ouattara KS et al. Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à l'unité de nutrition thérapeutique du CHU de Bouaké. *Rev int sc méd* 2014 ; 16(1) :94-9.
- [7] Guindo M. Malnutrition aiguë sévère avec complication chez les enfants de 6 à 59 mois dans le service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse Med. Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2020 ; p 170.
- [8] Maiga B. Aspects épidémiocliniques de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans au CHU Gabriel Toure. *Health Sci. Dis.* 2019 ; 20 (3) : 74 – 7.
- [9] Nguenfack F, Adjahoung CA, Keugoung B, Kamgaing N, Dongmo R. Prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant avec des préparations locales alternatives aux F-75 et F-100 : résultats et défis. *Pan Afr Med J.* 2015; 21(329): 1-9.
- [10] Musimwa M. Malnutrition chez l'enfant de moins de 5 ans à Lubumbashi et ses environs Approche épidémioclinique et biochimique dans un milieu minier. Thèse Med. Université de Lubumbashi, 2017 ; p 207.
- [11] Sanogo M. Etude de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 mois à 5 ans hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. Thèse Med. Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2012 ; p 74.
- [12] Abdou I. Evaluation de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) du district sanitaire de Ouallam du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013. [Mémoire] Médecine 2014 p35.
- [13] Kalmogho A, Dahourou DL, Zoungana C, Yonaba C, Ouédraogo F, Barro M et al. Prévalence et facteurs associés à la malnutrition des nourrissons âgés de 6 à 23 mois admis aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso. *MALI MEDICAL* 2020 TOME XXXV N°3 p 45 – 50.
- [14] Diarra N. Infections courantes et la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 06 à 59 mois dans le service de pédiatrie du CS réf de la commune i du district de Bamako. Thèse Med. Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2014 n° ; p 108.
- [15] Eboua TKF. Complications de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés. *Rev int sc méd.* 2017 ;19,4 supplém :353-7.
- [16] Aké-Tano O. Pratiques alimentaires des enfants de 0 à 2 ans suivis dans une structure sanitaire à Abidjan. *Rev int sc méd* 2014 ;16, 1 :89-93.
- [17] Mukuku Mukuku O, Mutombo MA, Kamona LK, Lubala TK, Mawaw PM, Aloni MN. Développement d'un score prédictif de malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans. *Pan Afr Med J.* 2018; 29(185): 1-8.
- [18] Bernal C, Vélasquez CI, Alcaraz G, Botero J. Treatment of severe malnutrition in children: experience in implementing the World Health Organization guidelines in Turbo, Colombia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* March 2008 ; 46(3) :322-8.
- [19] Haro J. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois reçus au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle : complications et évolution immédiate. Thèse Med. Université Ouaga I Pr Joseph KI-ZERBO. 2016 n°30 ; 135p.
- [20] Ministère de la Santé du Burkina Faso. Protocole National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA). 2014 : 154p.

Pour citer cet article :

AS Ouermi, A Kalmogho, B Sanogo, H Savadogo, I Guira, M Barro et al. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois : états des lieux dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso) . *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 426-434