

## Article original

# Prise en Charge Pré Hospitalière de la Diarrhée chez l'Enfant de Moins de 5 Ans à Libreville

## *Pre hospital management of diarrhea in children under 5 in Libreville*

Y Nzame Vierin<sup>1,2</sup>, M Mengue M'Ella<sup>1</sup>, MP Ngoubeyou<sup>1</sup>, A Moussavou<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centre Hospitalier Universitaire de Libreville

<sup>2</sup> Faculté de Médecine de Libreville

**Auteur Correspondant:** Dr Yolande Nzame Vierin ; BP 12 645 Libreville Gabon

**E-mail :** yvierinzame@yahoo.fr

### ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Acute diarrhea still today a current problem because of their high incidence and their consequences in terms of mortality and morbidity.

**OBJECTIVE.** To assess the management of children with diarrhea before hospitalization.

**PATIENTS AND METHODS.** This was a retrospective descriptive study conducted from cases of children hospitalized for diarrhea from January 1st to December 31st 2012, in the pediatric department of Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. We included children younger than 5 years hospitalized for diarrhea. Data were collected using a pre-questionnaire and analyzed with epi info 3.5.4.

**RESULTS.** Seven hundred and fourteen children were hospitalized during the period of which 143 (20%) less than 5 years for diarrhea. The sex ratio was 1, 4. The average age was 12.9 months. Children aged 0 to 11 months accounted for 58.1%. In 66.1% of children, diarrhea started an average of 4.6 days before the date of the consultation. Dehydration was moderate in 67 children (46.9%) and severe in 20 (14%). The usual diet of the child was reported in 34 cases (23.8%). Self-medication had been conducted by the parents in 88.8% of cases. Oral rehydration salts were administered in 5.6% of cases.

**CONCLUSION.** Oral rehydration is not sufficiently used by families in the management of diarrhea in children under 5 years. The implementation of IMCI is a strategy that could improve the treatment of diarrheal diseases in the home.

**KEYWORDS:** Diarrhea, prehospital, children under 5 years, SRO.

### RÉSUMÉ

**INTRODUCTION.** Les diarrhées aiguës restent encore de nos jours un problème d'actualité du fait de leur grande incidence et de leur conséquence en termes de mortalité et morbidité.

**OBJECTIF.** Évaluer la prise en charge des enfants atteints de diarrhée avant leur hospitalisation.

**PATIENTS ET METHODES.** Il s'agit d'une enquête rétrospective et descriptive conduite à partir de dossiers d'enfants hospitalisés pour diarrhée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012, dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Nous avons inclus les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour diarrhée. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli et analysées avec le logiciel épi info 3.5.4.

**RESULTATS.** Sept cent quatorze enfants ont été hospitalisés pendant la période dont 143 (20%) de moins de 5 ans pour diarrhée. Le sex ratio garçon/fille était de 1,4. L'âge moyen était de 12,9 mois. Les enfants âgés de 0 à 11 mois représentaient 58,1% de l'effectif. Chez 66,1% des enfants, la diarrhée avait débuté en moyenne 4,6 jours avant la date de la consultation. La déshydratation était modérée chez 67 enfants (46,9%) et sévère chez 20 (14%). L'alimentation habituelle de l'enfant était reportée dans 34 dossiers, soit 23,8%. Une automédication avait été conduite par les parents dans 88,8% des cas. Les sels de réhydratation orale avaient été administrés dans 5,6% des cas.

**CONCLUSION.** La réhydratation orale n'est pas suffisamment utilisée par les familles dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. La mise en œuvre de la PCIME est une stratégie qui pourrait améliorer la prise en charge des maladies diarrhéiques à domicile.

**MOTS CLES.** Diarrhée, domicile, enfants de moins de 5 ans, SRO.

## INTRODUCTION

Les diarrhées aiguës restent encore de nos jours un problème d'actualité du fait de leur grande incidence et de leur conséquence en termes de mortalité et morbidité. Elles sont la cause de 18 % des décès dans le monde [1]. La diarrhée peut durer plusieurs jours, déshydratant l'organisme et le privant des sels minéraux nécessaires pour la survie [2]. Au Gabon, en 2012, la prévalence de la diarrhée était de 15,8%, dont 1,1% faite de selles sanglantes [3]. Elle est la 3ème cause de décès des enfants de moins de 5 ans [4]. L'objectif de cette enquête était d'évaluer la prise en charge des enfants atteints de diarrhée avant leur hospitalisation.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête rétrospective et descriptive conduite à partir de dossiers d'enfants hospitalisés pour diarrhée du 1er janvier au 31 décembre 2012, dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Nous avons inclus les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour diarrhée. Les dossiers des enfants âgés de plus de 5 ans ont été exclus de même que ceux de moins de 5 ans n'ayant pas présenté de diarrhée avant leur hospitalisation. La diarrhée a été retenue pour tout enfant ayant présenté une émission trop fréquente de selles trop liquides. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le motif de consultation, la date de début de la diarrhée, signes et pathologies associées, l'alimentation, l'aspect des selles et les médicaments administrés à domicile. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli et analysées avec le logiciel épi info 3.5.4.

## RÉSULTATS

Sept cent quatorze enfants ont été hospitalisés pendant la période dont 143 (20%) de moins de 5 ans pour diarrhée. La répartition selon les mois est reportée sur la figure 1.

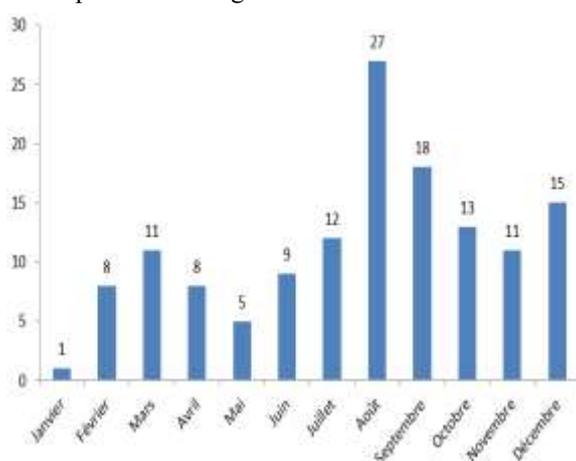


Figure 1. Répartition des cas de diarrhée selon la période.

Le sex ratio était de 1, 4. L'âge moyen était de 12,9 mois, pour des extrêmes de 1 et 59 mois. Les enfants âgés de 0 à 11 mois représentaient 58,1% de l'effectif et ceux de 12 à 59 mois 41,9%.

### A. Motif de consultation

Le motif de consultation était la diarrhée dans 93% des cas, chez les autres enfants, la diarrhée avait été retrouvée à l'interrogatoire de la mère. Les autres causes ayant motivé la consultation étaient la fièvre, l'asthénie, la toux ou les vomissements. Chez 66,1% des enfants, la diarrhée avait débuté en moyenne 4,6 jours avant la date de la consultation, pour des extrêmes allant de 1 à 21 jours. Nous avons noté 6,9% d'enfants chez qui la diarrhée avait débuté depuis 14 jours ou plus.

### B. Signes et pathologies associés

La déshydratation était modérée chez 67 enfants (46,9%) et sévère chez 20 (14%). La diarrhée était associée aux vomissements (60,8%), à la fièvre (77,6%), à des coliques (3,5%) ou à la toux (25,2%). Une bronchopneumopathie a été diagnostiquée dans 8,4% des cas et un paludisme dans 8,4% des cas. Une malnutrition était associée dans 1 cas et une infection à VIH dans 3 cas.

### C. Alimentation

L'alimentation habituelle de l'enfant était reportée dans 34 dossiers, soit 23,8%. Sur 11 enfants de 0 à 6 mois, 3 étaient allaités exclusivement, soit 27,2%. Sur 13 enfants de 6 à 12 mois, 1 enfant recevait une alimentation complémentaire, soit 7,6%. Les détails sont reportés sur le tableau I.

### D. Aspect des selles

Les selles étaient sanglantes (11,2%), liquides (56,6%) ou glaireuses (13,3%). L'aspect des selles n'était pas précisé dans les autres cas.

TABLEAU I : ALIMENTATION HABITUELLE DES ENFANTS

	0 à 6 mois	6 à 12 mois	12 à 24 mois	>24 mois	Total
Allaitement exclusif	3				3
Allaitement artificiel	4				4
Allaitement mixte	4	9	2		15
Bouillie		2			2
Allaitement et plat familial		1	1		2
Alimentation artificielle et plat familial		1			1
Plat familial			3	4	7
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>34</b>

### E. Médicaments administrés avant la consultation

Une automédication avait été conduite par les parents dans 88,8% des cas.

Les sels de réhydratation orale avaient été administrés dans 5,6% des cas. Les résultats sont reportés sur la figure 3. Les médicaments administrés n'ont pas été précisés dans 27,9% des cas.

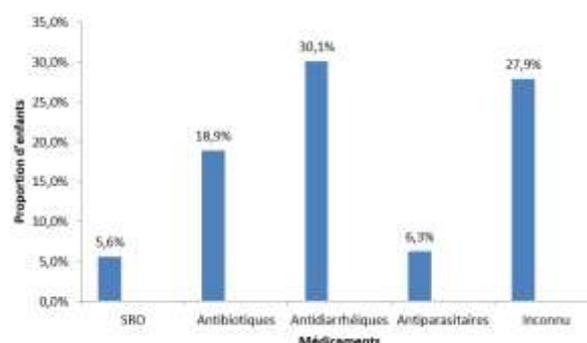


Figure 3 : Médicaments administrés à domicile avant la consultation

L'évolution a été favorable dans tous les cas.

## DISCUSSION

Ce travail nous a permis de déterminer la prise en charge des enfants atteints de diarrhée avant leur hospitalisation dans le service de pédiatrie.

### A. Age

Les enfants de moins d'un an représentaient plus de la moitié de l'échantillon (58,1%), comme rapporté dans la littérature [5].

### B. Motif de consultation

La diarrhée était le principal motif de consultation (93%). Toutefois, l'interrogatoire a permis de dépister d'autres cas de diarrhée. Il est nécessaire de rechercher les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans selon la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, les parents peuvent omettre de la mentionner en présence d'autres symptômes qui leur semblent plus importants [6].

### C. Aspect des selles

La présence de sang dans les selles témoigne d'un phénomène invasif et implique la prescription d'une antibiothérapie [7]. Dans notre série, 11,2% des enfants avaient des selles sanglantes. Ce taux est comparable à celui d'autres auteurs [5, 8], mais plus élevé que celui rapporté dans l'EDSG II [3].

### D. Le délai de consultation

Dans notre étude, 66,1% des parents avaient consulté en moyenne dans les 4,6 jours suivant l'apparition de la diarrhée. Ce délai de consultation est retrouvé par d'autres auteurs [5]. La diarrhée étant un symptôme fréquent, elle est souvent négligée par les mères

qui ignorent ses conséquences dramatiques quand sa prise en charge n'est pas appropriée.

### E. Alimentation

La diarrhée peut apparaître dans un contexte de malnutrition ou être à son origine [2], d'où la nécessité d'une alimentation appropriée. Dans notre étude, pour les nourrissons âgés de moins de 6 mois, l'allaitement exclusif a été relevé seulement chez 3 nourrissons sur 11, soit 27,2% ; entre 6 et 12 mois, seulement 2 nourrissons sur 13, soit 15,3%, recevaient du lait associé à une alimentation de complément, alors que les recommandations indiquent une diversification chez tous les enfants à partir de 6 mois [5].

L'alimentation ne doit pas être arrêtée durant l'épisode diarrhéique. Ainsi cette réalimentation permet de réduire le poids des selles et raccourcit la durée de la diarrhée [7].

### F. Réhydratation et supplémentation en zinc

Dans notre travail, seuls 5,6% des enfants avaient reçu un SRO avant la consultation. Ce taux est faible comparé à celui de Djadou au Togo, chez qui les parents avaient administré du SRO avant la consultation dans 13% des cas [8]. Il est aussi faible par rapport à l'EDSG II dans laquelle, 26,1% d'enfants ayant présenté de la diarrhée ont reçu des SRO [3]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que seuls les enfants n'ayant pas été correctement réhydratés à domicile aient été hospitalisés. En général, les enfants ne reçoivent pas le traitement approprié en cas de diarrhée [9]. La réhydratation orale est une mesure efficace préventive de la déshydratation pour laquelle il y a un risque dès le début de la diarrhée. Le nombre de vies sauvées n'est pas aussi grand qu'il devrait l'être. Les parents ne croient pas à l'efficacité des SRO qui ne ressemblent pas à un médicament et ne modifie pas l'évolution de la diarrhée. Ils sont plutôt demandeurs d'antibiotiques et autres antidiarrhéiques [10]. Cette faible utilisation des SRO par les parents, requiert une intensification des séances d'information dans les structures sanitaires et même des activités communautaires expliquant l'importance des SRO dans la prise en charge de la diarrhée. Aucun enfant n'a reçu de zinc tel que recommandé par l'OMS [11].

## CONCLUSION

La réhydratation orale n'est pas suffisamment utilisée par les familles dans la prise en charge de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. La mise en œuvre de la PCIME est une stratégie qui pourrait améliorer la prise en charge des maladies diarrhéiques à domicile. Des séances de sensibilisation et d'information sont également nécessaires auprès de la population afin de promouvoir l'utilisation des SRO et du zinc dans la prise en charge de la diarrhée.

**REFERENCES**

- [1] Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE and the WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children *Lancet* 2005-365-1147-52
- [2] OMS - "La diarrhée", Aide-mémoire n°330, Août 2009 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/fr/index.html>)
- [3] Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International. 2013. Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012. Calverton, Maryland, et Libreville, Gabon : DGS et ICF International
- [4] OMS. La santé des populations : Rapport sur la santé dans la Région africaine. 2006. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.
- [5] Sanou I, Kam K.L, Tougouma A, Sangare L. Diarrhées aiguës de l'enfant : Aspects épidémiologiques, cliniques, et évolutifs en milieu hospitalier pédiatrique à Ouagadougou. *Méd Afr Nre* 1999-46 (1)-22-46.
- [6] World Health Organisation. Handbook IMCI-integrated management of childhood illness. Geneva:UNICEF/WHO, 2000: 173]
- [7] WHO/FCH/CAH/04.07. Clinical management of acute diarrhea. Geneva & New York: World Health Organization & United Nations Children's Fund; 2004
- [8] K.-E. Djadou, A. Tsolényanu, S. Koffi, D. Dokounor, B. Bakondé, A.-D. Agbèrè. Connaissances des mères en matière de lutte antidiarrhéique à l'hôpital de Tsévié (Togo). *Arc Ped* 2007.14(5): 494
- [9] Birger Carl Forsberg, Max G Petzold, Göran Tomson, Peter Allebeck. Diarrhoea case management in low- and middle-income countries — an unfinished agenda. *Bull of the World Health Organization* 2007; 85: 42-8
- [10] Mouterde O. Solutions de réhydratation orale et diarrhée aiguë: état des lieux. *Arch. Pediatr* 2007; 14 : 165-8
- [11] Fontaine O. Zinc et traitement de la diarrhée. *Med Trop* 2006 ;66 : 306-9.