

Ministère de L'enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

THESE

**Aspects épidémiologique et clinique des éruptions
cutanéomuqueuses fébriles chez les enfants de 0 à 59 mois
dans le service de pédiatrie du centre de santé de référence
de la commune VI du district de Bamako de Janvier au
31 Décembre 2020**

Présentée et soutenue publiquement le 12/01/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. AMADOU MADOU DIARRA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury :

Président : Pr Abdoul Aziz Diakité

Membre : Dr Mariam Maiga

Co-directeur : Dr Abdoulaye Mamadou Traoré

Directeur : Pr Daouda Kassim Minta

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicace

A Allah, le tout puissant, le miséricordieux, le maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'il guide d'avantages mes pas pour le reste de mon existence.

A mes parents

Mon père : MADOU DIARRA

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je ne te porte ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et sacrifices que tu n'as jamais cessés de consentir pour mon éducation et de mon infini amour. Merci papa de m'avoir montré le bon chemin et que DIEU vous donne longue vie pour que nous puissions profiter de vos conseils et prières tan important pour notre réussite.

Ma mère : FATA DJIRE

Source de ma vie, pionnière de mon éducation, brave femme, dynamique, courageuse, combattante, tu es ma fierté de tous les temps. Ton souci premier a été ma réussite, et tu as consenti tous les sacrifices nécessaires alors ce travail est fruit de tes efforts.

A mes tontons, oncles et tantes :

Souffrez que je taise vos noms par craintes d'en omettre. Considérez ce travail comme le vôtre, car je n'y serai pas parvenu sans vos conseils et encouragements.

A mes sœurs et frères : Founè, Tata, Lassine, Fousseini et Moussa, trouvez ici l'expression de toute mon affection fraternelle

A ma chère Epouse : AISSATA MAIGA, ce travail est le résultat de votre effort personnel, vous qui m'avez aimé, encouragé pendant toute la durée de ce travail, très chère aimée, trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A toute la famille de Feu Kalifa Diarra : Hadam Traoré, Founé Théra, Yacouba, Sékou, Sidiki, Assanatou, Daye, Fatoumata, Salimata, Wassa.

Vous avez fait de moi un de votre, je n'ai manqué de rien depuis mon premier pas à la faculté, toute ma vie ne suffira pas pour vous remercier, alors je laisse le soin

Aspects épidémiologique et clinique des éruptions cutanéomuqueuses fébriles chez les enfants

au Bon Dieu Le Tout Puissant de vous combler de ses grâces et vous assister dans toutes vos entreprises comme vous l'avez faite pour moi. Je ne vous oublierai jamais

Remerciements

-A tous mes maitres de la faculté de médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako et à mes autres maitres d'école.

Pour la qualité des enseignements que vous prodiguez tout au long de notre formation.

-Aux personnels du service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune VI pour leurs soutiens, leurs qualités humaines, leurs admirations.

-Tous les médecins de ce service : Pr Maïga Mariam, Dr Traore Mariam, Dr Diallo Hibrahima, Dr Maïga Kaïdiatou, Dr Konate Manè, Dr Camara Nènè, Dr Yacouni Nema Poudiougou, Dr Traore Tenin, Dr Diallo Mafoune, Dr Diarra Mahamadou, Dr Sanogo Yaya, Dr Diarra Souleymane : Votre qualité humaine et votre franche collaboration m'ont beaucoup impressionné.

-A mes amis d'enfance : Mahamadou Yalcouyé, Boubacar Famanta, Mamoutou Tangara, Ely Mohamed, tous les autres

Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des frères plus que jamais, sincère. Sans vous, je n'aurais jamais pu mener ce travail donc il est le vôtre. Puisse cette fraternité demeure entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chères (AMEN).

-A tout le corps infirmier de la pédiatrie du centre de santé de référence de la commune VI pour l'accueil, la considération, et surtout la bonne collaboration.

-A tous les faisant fonction d'internes du service de pédiatrie du csref de la CVI pour la bonne collaboration.

- A tous nos cadets et que ceci soit une source d'encouragement

Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ici et qui de près ou de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de la présente thèse.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et Président du jury

Pr Abdoul Aziz Diakité

- **Maitre de conférences agrégé de pédiatrie à la FMOS**
- **Spécialiste en Hématologie pédiatrique**
- **Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des pathologies infectieuses tropicales**
- **Chef de service de pédiatrie générale**
- **Responsable de l'unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU-GT**

Cher maitre :

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

L'opportunité nous est ainsi donnée de vous faire part de l'estime et l'admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités de femme de science éclairée, de praticienne infatigable, de pédagogue averti font de vous une enseignante aimée et admirée de tous.

Soyez rassurée chère maitre de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maitre et Directeur de Thèse

Pr Daouda Kassim Minta

- **Professeur Titulaire de Maladies infectieuses et Tropicales**
- **Directeur du centre d'excellence de prise en charge VIH adulte du Mali**
- **Chercheur au département d'épidémiologie des affections parasitaires (DEAP)/MRTC/FMOS-Mali**
- **Vice-président de la société Africaine de pathologies**
- **Président du comité Scientifique VIH du Mali**
- **Président de la société Malienne de contrôle de Résistances aux Antimicrobiens (SOMARAM)**

Cher Maître

Nous tenons à vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations et sollicitation, nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements et de vos connaissances le temps que nous avons eu à passer à vos coté.

Homme de science, votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre amour le travail bienfaits force l'admiration.

Veillez accepter cher maitre nos sentiment de reconnaissance et de respect.

Puisse le seigneur vous payer pour ces bienfaits.

A notre maitre et Codirecteur de thèse

Dr. Abdoulaye Mamadou Traore

- **Spécialiste des Maladies Infectieuses**
- **Maitre-Assistant à la faculté de Médecine de Bamako**
- **Manager de projet**
- **Chercheur au DEAP de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

Cher Maître

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves et espérons être de la confiance que vous nous avez placé.

Vous avez eu confiance en nous en acceptant de nous guider dans la réalisation de ce travail, qui est d'ailleurs le vôtre.

Vous inspirez le respect par votre humanisme profond, votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre estime pour l'être humain.

Nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de cette thèse.

Permettez-nous cher maitre de vous exprimer notre gratitude et notre respectueux attachement.

A notre maître et membre du jury,

Dr. Mariam Maiga

- **Médecin Pédiatre**
- **Diplômée en cardiopédiatrie**
- **Chargée de recherche**
- **Chef de service de pédiatrie de centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako**

Cher Maître

Nous Vous sommes sincèrement reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle Vous avez accepté de juger ce travail.

Votre amour pour la profession, Votre souci du travail bien fait et Votre bonne foi pour nous assurer une formation solide fait de Vous un maître respecté.

Soyez rassuré cher maître de notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

CSREF : Centre de Santé de Référence

CVI : Commune VI

DRS : Direction Régionale de la Santé

Ig : Immunoglobuline

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

MAS : Malnutrition Aiguë Sévère

MAM : Malnutrition Aiguë Modérée

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

SIS : Système d'Information Sanitaire

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAC : Unités de Soins d'Accompagnement et de Conseils

URENI : Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive

URENAS : Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Sévère

URENAM : Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Ambulatoire Modérée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VZV : Virus Zona-Varicelle

VAR: Vaccin Anti Rougeoleux

WHO: World Health Organisation

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon les tranches d'âges en commune VI du district de Bamako.....	25
Tableau II: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon les tranches d'âges par pathologie en commune VI du district de Bamako	41
Tableau III : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le sexe par pathologie en commune VI du district de Bamako.....	42
Tableau IV: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon l'ethnie en commune VI du district de Bamako.....	42
Tableau V : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la provenance en commune VI du district de Bamako.....	28
Tableau VI : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le statut vaccinal en commune VI du district de Bamako	43
Tableau VII : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon l'état nutritionnel en commune VI du district de Bamako.	44
Tableau VIII : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le niveau de scolarisation en commune VI de district de Bamako	44
Tableau IX : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la profession du père en commune VI de district de Bamako	45
Tableau X : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le niveau de scolarisation de la mère en commune VI de district de Bamako.....	30
Tableau XI : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la profession des mères en commune VI du district de Bamako	46
Tableau XII: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la présence de catarrhe en commune VI du district de Bamako	48
Tableau XIII: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la présence de toux en commune VI du district de Bamako.....	48
Tableau XIV: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la présence de prurit en commune VI du district de Bamako	48

Tableau XV : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le type de lésion en commune VI du district de Bamako 49

Tableau XVII : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le pronostic en commune VI du district de Bamako 49

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le sexe en commune VI du district de Bamako..... 41

Figure 2 : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le mois en commune VI du district de Bamako..... 46

Table des matières

1. INTRODUCTION..... 17

1. GENERALITES 22

1.1. Rougeole 22

1.2. Varicelle 25

1.3. RUBEOLE 29

2. METHODOLOGIE 34

2.1. CADRE ET LIEU D’ETUDE..... 34

2.2. TYPE D’ETUDE..... 36

2.3. PERIODE D’ETUDE..... 36

2.4. POPULATION D’ETUDE 36

2.5. CRITERES D’ELIGIBILITE..... 36

2.6. DEROULEMENT DE L’ETUDE : 37

2.7. Collecte et Analyse des données..... 38

2.8. Aspect éthique 38

3. RESULTATS 40

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION 51

5. CONCLUSION 56

6. RECOMMANDATION 57

7. REFERENCES 44

ANNEXES 63

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Les fièvres éruptives de l'enfant sont des symptômes très fréquents. Elles correspondent à l'association d'une fièvre et d'éruptions sur le corps et éventuellement sur les muqueuses. Il est fréquent dans un contexte d'urgence d'être confronté au diagnostic d'une éruption fébrile de l'enfant.

Chez l'enfant, les maladies éruptives correspondent le plus souvent à des infections virales sans gravité. À l'occasion, elles peuvent représenter une menace pour des contacts réceptifs plus vulnérables : nouveau-nés, femmes enceintes et individus immunodéprimés. L'aspect de l'éruption, les signes et les symptômes accompagnateurs, l'âge de l'enfant et le contexte épidémiologique permettent généralement d'identifier l'agent infectieux [1].

Il existe trois grands types de situation en consultation :

L'OMS annonce lors d'un point de presse à Genève une recrudescence de la rougeole avec trois fois plus de cas de janvier à juillet 2019 dans le monde que l'an passé à la même période, chiffres jamais enregistrés depuis 2006.

Un constat illustré par une explosion des cas en Afrique, presque multiplié par dix, ainsi qu'une augmentation de 50% en méditerranée [2]. La République démocratique du Congo, Madagascar et l'Ukraine sont particulièrement touchés, à cause d'une faible couverture vaccinale d'après l'OMS [2]. En 2003, la situation se serait grandement améliorée au Maroc depuis, grâce notamment à une initiative lancée par l'OMS pour l'élimination de cette maladie considérée comme l'une des plus contagieuses au monde.

En effet, avant l'avènement de la vaccination, on estimait les cas imputables de décès dus à la rougeole à environ 130 millions par an sur le plan mondial. En 2010, 28 pays de la région africaine de l'OMS ont connu des flambées de rougeole.[2] Ainsi au Mali plusieurs flambées épidémiques de rougeole ont été enregistrées, la dernière grosse épidémie de rougeole remonte à 1998, où plus de

8009 cas ont été répertoriés dont 3362 pour le district de Bamako. En 1999, dans les localités à haut risque, 2506 cas ont été notifiés, avec une létalité de 1%. En 2001, le Mali a connu une seconde grande flambée de rougeole avec 4464 cas dus à l'accumulation des sujets non immunisés susceptibles de faire la rougeole. En avril 2019, 249 cas de rougeole ont été signalés à travers le Mali contre 184cas par rapport à la même période l'année dernière. [3]

Les cas de rubéole notifiés ont baissé de 97%, passant de 670 894 cas dans 102pays en 2000 à 22361cas dans 165pays en 2016.[4] Les taux de syndrome de rubéole congénitale sont les plus élevés dans les régions OMS de l'Afrique et de l'Asie du Sud-est où la couverture vaccinale est la plus faible.[4]

La varicelle atteint en moyenne 700000 Français par an. A ce jour, l'incidence est de 44 cas pour 100000 habitants selon les dernières données du réseau de surveillance sentinelles. [4]

En dépit de la vaccination anti-rougeoleuse accessible et gratuite à toutes les cibles du PEV, la rougeole et la varicelle demeure un fléau au sein de la communauté de la CVI notamment au cours des années 2019 avec respectivement 57 cas et 34 cas de rougeole et varicelle. Cette recrudescence régulière à une incidence considérable impose un état de lieu. D'où l'intérêt de la présente étude.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif général

Étudier les aspects épidémiologique et clinique des éruptions cutanéomuqueuses fébriles de l'enfant au Centre de Santé de Référence (CSREF) de la Commune VI du District de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des éruptions fébriles en consultation ;
2. Décrire les caractéristiques cliniques des éruptions fébriles ;
3. Déterminer le devenir des enfants atteints des éruptions fébriles au CSREF de la Commune VI.

GENERALITES

1. GENERALITES

Il faut bien sûr restreindre le cadre des éruptions fébriles à celles qui sont liées à la diffusion d'un germe ou de ses produits de façon systémique, en les distinguant nettement de la pathologie infectieuse dermatologique (infections cutanées).

Les éruptions cutanéomuqueuses sont nombreuses, notre étude ne porte que sur les cas rencontrés au service de pédiatrie du CSREF CVI

1. 1. Rougeole

Définition : la rougeole est une maladie virale due au paramyxovirus du genre morbillivirus très contagieuse caractérisée par une éruption cutanée précédée d'un épisode de forte fièvre avec toux, rhinite, et conjonctivite.[5]

Epidémiologie :

En 2019 le nombre de cas déclarés de rougeole est supérieur à 760 000, soit une augmentation de 476 % depuis 2016

Les cas déclarés en 2019 est le plus élevé dans trois des six régions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

- Afrique (522 884 cas) : soit en RDC 311 471 cas, la Madagascar 125 575 cas, et le Nigéria avec 28 260 cas
- Europe (104 268 cas dont 64 décès)
- Pacifique occidental (67 712 cas) [6]

Au Mali : chaque année le Mali enregistre des cas de rougeole presque dans toutes les régions sanitaires. En 2018, le Mali a notifié 1485 cas de rougeole dont 852 cas chez les moins de 5 ans. [7]

Mode De Transmission

La rougeole se transmet de personne en personne par voie aérienne.

- Le plus souvent à travers les gouttelettes de sécrétions produites par la toux, l'éternuement ou la parole.

Ces virus sont invisibles, mais elles sont en suspension dans l'air que l'on respire dans les endroits clos et peuplés comme les écoles, les transports en commun ou les magasins, les camps de concentrations.

- Parfois par contact direct avec un objet souillé par les sécrétions du nez et de la gorge d'une personne contaminée. [8]

Clinique

C'est une maladie chronologiquement fixe :

- après contagé, la période d'**incubation** (muette) dure **12 jours**
- la période d'**invasion** dure **3 à 4 jours** et se caractérise par une fièvre progressive, un catarrhe oculo-nasal très productif (gros rhume), un catarrhe bronchique (toux sèche improductive ou « férine »).

L'enfant est fébrile, fatigué, tousse de plus en plus, avec le « faciès pleurard ». Il se plaint du ventre, vomit quelquefois.

Le seul symptôme d'examen spécifique est l'existence des taches endobuccales de Köplick, autour de l'orifice du canal de Stenon. L'examen physique ne trouve par ailleurs que des râles bronchiques. Un petit rash cutané peut épisodiquement survenir.

- La phase d'**état** ou d'**éruption** débute au 15ème jour post-contage. L'éruption commence derrière les oreilles et va progressivement s'étendre en trois jours à l'ensemble du corps sous forme de maculo-papules irrégulières, avec intervalles de peau saine, non prurigineuses, de couleur rosée.

La fièvre à 40° persiste tant que l'éruption s'étend puis chute rapidement dès que l'extension est terminée. Persiste alors l'éruption et l'atteinte respiratoire et catarrhale qui vont progressivement s'éteindre en une semaine. Toute reprise de la fièvre signe une complication.

- La **convalescence** est quelquefois étalée sur 10 à 15 jours (asthénie persistante). La rougeole négative les réactions tuberculiques, altère momentanément l'immunité cellulaire et rend l'enfant fragile plusieurs mois à d'autres maladies virales épidémiques.

Le diagnostic est cliniquement facile chez un enfant non vacciné. Leuco neutropénie à l'hémogramme, positivité du sérodiagnostic (anticorps IHA) en

10 jours ne sont nullement nécessaires au diagnostic. Le cliché pulmonaire montre seulement une surcharge bronchique périhilaire. [1]

Complications

Les principales complications de la rougeole sont :

- La Diarrhée ;
- Les surinfections respiratoires : otites, laryngites, bronchites et pneumonie parfois mortelles même avec une prise en charge thérapeutique appropriée.
- Les complications neurologiques : encéphalites, panencephalite sclérosante subaiguë. [9]

Traitement

1 – Le traitement curatif

Il est seulement symptomatique : antipyrétiques, sédatifs de la toux, hydratation suffisante dans la phase fébrile. L'antibiothérapie préventive n'a aucune justification sauf chez l'immunodéprimé en visant les germes respiratoires (amoxicilline-amoxyclov).

2 – La prévention

Elle est assurée par l'isolement des malades (jusqu'à « guérison clinique », en fait jusqu'à l'apyrexie 7 jours après les premiers symptômes) vis à vis des personnes non vaccinées principalement, la vaccination reste l'arme principale. Alliée à Rubéole et Oreillons, elle est réalisée à partir d'une souche virale vivante suratténuée (Schwarz) en une injection entre 12 et 15 mois. Il est recommandé de réaliser une 2ème injection entre 3 et 6 ans et, si rien n'a été fait auparavant une injection « de rattrapage » à l'adolescence. Très efficace, elle est seulement contre-indiquée chez l'allergique au blanc d'œuf, chez l'immunodéprimé et pendant la grossesse.

Elle est réalisable dès 9 mois pour l'enfant en crèche, mais la revaccination devra intervenir vers 20 mois au plus tard.

En général bien supportée, elle peut être à l'origine d'une « rougeole » fébrile au 10^{ème} jour, ou simplement d'une poussée thermique qui peut se doubler de convulsions fébriles chez l'enfant à risque (la prévenir par antipyrétiques).

L'enfant non immun peut être protégé de la maladie après un contage, si l'injection vaccinale intervient dans les 72 heures qui le suivent. Au-delà, seul le recours à des immunoglobulines est possible, mais nécessite actuellement l'emploi d'Ig. IV : c'est dire que cette protection est réservée aux enfants à grand risque (immuno- déprimés) [1]

1.2.Varicelle

Définition : la varicelle est une maladie infectieuse fréquente avec éruption cutanée de vésicules. Elle est due au virus varicelle-zona (VZV) qui appartient au groupe des herpès virus. Elle est très contagieuse et sévit de façon épidémique avec des pics saisonniers le plus souvent au début du printemps et au début de l'été. [5]

Epidémiologie

Chaque année, on compte en France près de 700 000 cas de varicelle (10% des personnes atteintes ont plus de 10 ans), plus de 3000 hospitalisations (25% des malades ont plus de de 10 ans) et une vingtaine de décès (70% des victimes ont de plus de 10 ans). La majorité des cas de varicelles touchent des enfants de moins de 10 ans et sont bénins. [10]

Mode de Transmission

Par contact direct avec les vésicules cutanées et muqueuse ;

Par voie respiratoire, par inhalation de gouttelettes de salive émises par une personne malade durant une période de deux jours avant la survenue de l'éruption cutanée

Lorsqu'une femme enceinte non immunisée contracte la varicelle, le virus est transmise à l'enfant par voie trans-placentaire.

Clinique

- **L'incubation** : silencieuse est de **14 à 16 jours**
- **La phase d'invasion** : seulement marquée de fièvre (38 à 40°) et de malaise général, quelquefois paradoxalement muette, est brève (**24 à 48 heures**)
- **La phase d'éruption** : peut ainsi marquer l'intégralité de l'affection, accompagnée de fièvre lors de chaque poussée (39-40°) et souvent de micropolyadénopathies diffuses, l'éruption est cyclique au cours de plusieurs vagues éruptives (en règle 3 à 5) durant chacune 3 à 4 jours et s'étale au total sur 9 à 15 jours.

Chaque vague éruptive voit se succéder à un jour d'intervalle :

- d'abord maculo papules rouges, ubiquitaires
- puis vésicules apparaissant en leur centre « en goutte de rosée épidermique » légèrement prurigineuse
- puis flétrissement et croûte, nettement prurigineuse, qui desquamera en 4 à 5 jours (si elle n'a pas au préalable été arrachée par grattage, laissant alors un cratère indélébile à la cicatrisation).

Ces vagues éruptives sont d'intensité variable (de quelques éléments à plusieurs dizaines).

L'éruption « touche le cuir chevelu et épargne paumes et plantes ». Cette éruption cutanée (exanthème) peut être doublée d'atteinte des muqueuses (évanthème) buccales, conjonctivales ou génitales évoluant vers des micro ulcérations douloureuses transitoires.

- la guérison est acquise dès que fièvre et éruption ont cessé.

Complication

Les principales complications

* **Surinfection cutanée**

Chez le nourrisson surtout et préférentiellement par streptocoque A : cellulite streptococcique potentiellement très sévère.

Staphylocoque doré ou d'autres germes de la peau peuvent aussi surinfecter les éléments éruptifs. Ceci justifie la désinfection systématique des éléments éruptifs deux fois par jour. Une pathologie post-streptococcique peut suivre (glomérulonéphrite —RAA).

* **Complications neurologiques** : si l'encéphalite aiguë post infectieuse est rare, beaucoup plus commune est l'ataxie aiguë bénigne par cérébellite : troubles de l'équilibre sans dysmétrie surviennent sans reprise thermique 6 à 7 jours après l'éruption. Elle guérit sans séquelles en 10 à 15 jours.

Les crises convulsives fébriles peuvent marquer la phase d'état. Le syndrome de REYE est une hépto-encéphalopathie aiguë, probablement d'origine métabolique, induite préférentiellement par VZV avec favorisation par l'Aspirine, formellement contre-indiquée en cas de varicelle. Des complications névritiques isolées (nerfs rachidiens ou crâniens) sont connues. Une polyradiculonévrite peut se déclarer en période post éruptive.

* les **complications viscérales**

Sont rares et s'observent surtout chez l'immunodéprimé

- Varicelle pulmonaire dyspnéisante et d'aspect miliaire à la radiographie
- Myocardite, hépatite, pancréatite sont exceptionnelles
- Purpura thrombopénique aigu et purpura fulminant varicelleux évoluent pendant l'éruption
- Un purpura thrombopénique post éruptif, immunologique est possible et bénin.

La varicelle grave progressive, la varicelle hémorragique, la varicelle maligne pluriviscérale représentent des tableaux gravissimes de l'immunodéprimé et datent de l'ère pré thérapeutique par l'acyclovir, appliqué actuellement de façon systématique à l'immunodéprimé.

* la diffusion généralisée de l'éruption, réalisant comme pour l'herpès, un **syndrome de Kaposi-Julius berg**, peut survenir sur peau préalablement lésée (brûlures, dermatite atopique, eczéma...). Elle relève du même traitement antiviral.

- le nourrisson avant 6 mois, non protégé par une mère non immune pendant la grossesse, et surtout le nouveau-né, peuvent développer une varicelle très extensive, après contamination intra familiale à laquelle participe la mère. Elle ne justifie pas forcément un traitement antiviral. La varicelle dite congénitale est liée à la maladie maternelle les deux dernières semaines de la grossesse : l'enfant naît avec la maladie en évolution.

Diagnostic

. Il est avant tout clinique, si typique est l'éruption, dans sa morphologie et son évolution. La notion de contagion manque rarement.

. La biologie est en général inutile. Elle pourrait montrer :

- une leuconéutropénie franche, quelquefois avec thrombopénie, à l'hémogramme
- la présence du virus dans les vésicules, obtenu par ponction ou raclage d'une lésion et analyse en PCR
- une positivité à deux prélèvements sanguins séparés de 10 jours, d'un sérodiagnostic détectant des anticorps fixant le complément avec ascension de leur titre d'au moins 4 fois. D'autres anticorps (immunofluorescence indirecte – technique ELISA ...) seraient aussi identifiables si besoin et pourraient surtout fixer l'ancienneté de l'infection en précisant si les anticorps sont récents (IgM) ou anciens (IgG).

Traitement

*** Traitement curatif**

. Il n'est en général que symptomatique : désinfection biquotidienne des lésions cutanées ; antiprurigineux (phénothiazines) et soins attentifs des ongles ; antipyrétiques en évitant l'aspirine et en privilégiant le paracétamol.

. Dans les cas sévères, l'usage des immunoglobulines spécifiques (zona immunoglobulines ou ZIG) a été remplacé par

- l'acyclovir intraveineux à la dose de 5 à 10 mg/kg toutes les 8 heures tant que dure la maladie (5 à 10 jours)

- les Ig IV chez l'immunodéprimé à la dose de 1 gramme/kg pendant 2 jours (dose totale 2g/kg)

* **Les mesures préventives**, surtout applicables au sujet à risque sont représentées par :

- le strict isolement des malades jusqu'à guérison clinique

- l'emploi d'immunoglobulines d'acyclovir IV chez l'immunodéprimé – contact, à la même dose que curative, systématiquement si la dernière chimiothérapie date de moins de 1 mois, à la demande seulement après.

- la prévention systématique par la vaccination anti VZV est en cours d'étude.

Le vaccin antivaricelleux, vivant atténué, est efficace, bien supporté et actuellement encore réservé aux malades à risque, immunodéprimés naturels ou dans l'intervalle contrôlé de chimiothérapies ; Il est probable que dans les années à venir la vaccination (1 injection) sera proposée à la population générale dans le calendrier vaccinal. [1]

1.3. RUBEOLE

Liée à la diffusion systémique, après porte d'entrée respiratoire, du rubivirus, c'est une maladie contagieuse, souvent cliniquement inapparente, très bénigne en général mais possible source de contamination foetale quand elle est contractée par la femme enceinte : la rubéole congénitale est redoutable par les malformations qu'elle induit. C'est ce risque qui justifie sa prévention par la vaccination.

Clinique

- Après contagion, la phase d'**incubation**, silencieuse, est de **deux semaines**

- La phase d'**invasion** dure **48 heures** : fébricule, quelques douleurs diffuses et quelques adénopathies cervicales postérieures en sont les seules manifestations, identifiables rétrospectivement.

- La phase d'**état ou éruptive** est inconstante : elle associe une fébricule (37°5 à 38°5) et une éruption débutant au visage puis se généralisant plus ou moins en 48 heures. Elle est d'abord morbilliforme et pointillée, maculo papuleuse, puis

devient confluyente et scarlatiniforme dès le 2^{ème} jour. Elle est très éphémère (2 à 4 jours) et disparaît avec une inconstante desquamation fine.

Cette éruption s'accompagne parfois de quelques arthralgies, d'un coryza et de quelques taches purpuriques sur le palais. L'examen retrouve avec constance des adénopathies cervicales postérieures ou sous occipitales.

Diagnostic

- il peut être cliniquement malaisé, l'éruption pouvant être atypique, très localisée (visage racine des membres) voire absente. Son caractère micromaculeux et évolutif vers la confluence peut la rendre très atypique.

- l'hémogramme, leuconéutropénique, peut être évocateur quand il contient 10 à 15 % de plasmocytes et marque une tendance à la thrombopénie.

- la sérologie peut être utile puisque la clinique peut être hésitante. Les anticorps IHA sont présents dès l'éruption mais leur taux s'élève en 10 jours en étant de spécificité IgM ; on exige leur multiplication par 4 pour la certitude, en traitant les deux sérums simultanément. L'assurance sérologique de la maladie est d'un intérêt primordial pendant la grossesse : la confirmation du diagnostic est une indication à interrompre la grossesse.

Complications

Elles sont rares et généralement bénignes pour deux d'entre elles

- les polyarthrites ou polyarthralgies : transitoires, elles atteignent surtout les petites articulations distales (doigts, poignets, genoux). Elles ne suppurent jamais et guérissent sans séquelles après la phase de tuméfaction douloureuse.

- le purpura thrombopénique, apparaît souvent secondairement à l'éruption. Il est modéré malgré l'abaissement du taux des plaquettes parfois jusqu'à 50 000/mm³ et s'accompagne quelquefois d'une discrète splénomégalie. Il est immunologique et réagit bien, quand c'est nécessaire, à la corticothérapie.

Deux complications sont sévères ou graves :

- la méningoencéphalite (0.25 %o des cas), de type post infectieux, est décalée de quelques jours de l'éruption. Troubles de la conscience, convulsions, ataxie ou

mouvements anormaux sont possibles. L'évolution peut être prolongée ou même mortelle (10 % des cas).

- la rubéole congénitale. La diffusion transplacentaire du rubivirus dans le premier trimestre de la grossesse peut être létale pour le fœtus. Elle peut surtout y induire de graves malformations cardiaques, neurosensorielles (cécité – surdité) ou du système nerveux central (malformations corticales) compromettant à coup sûr le développement de l'enfant qui reste lourdement microcéphale. Contracté en fin de grossesse (6 au 8ème mois) le rubivirus provoque une maladie évolutive par inhibition sélective de l'immunité cellulaire spécifique : celle-ci se marquera par une affection multiviscérale dès la naissance avec encéphalopathie évolutive, myocardiopathie progressive, purpura thrombopénique majeur, qui mène presque inmanquablement au décès en quelques semaines.

Traitement

En l'absence de traitement curatif autre que symptomatique (anti inflammatoires – antipyrétiques – corticothérapie d'une thrombopénie), seul le traitement préventif est possible, apanage exclusif de la vaccination. On ne peut pas compter sur l'isolement des malades à cause de la contagiosité déjà présente une semaine avant l'éruption et du caractère très atypique de l'éruption (quand elle existe).

La vaccination, conjointe à Rougeole et Oreillons vise à protéger la femme enceinte en diminuant la circulation du virus. Tous les enfants doivent y être soumis, puisqu'ils représentent le principal réservoir de virus. La vaccination des enfants est faite d'une seule injection entre 12 et 15 mois. Il est recommandé de faire une seconde injection avant 6 ans, dite de rattrapage. A l'adolescence, les filles devront être vaccinées si elles n'ont pas reçu les deux injections précédentes. Il est toujours recommandé de vérifier l'état d'immunité acquise anti rubéolique (naturelle ou vaccinale) avant la première grossesse. En cas de négativité, la vaccination sera réalisée soucouvert d'une contraception menée un cycle avant et deux cycles après l'injection vaccinale. Une sérologie négative en début de grossesse ne justifie ni l'interruption de celle-ci, ni la vaccination (bien qu'aucun

cas d'embryopathie rubéolique n'ait été rapporté après vaccination). Par contre des mesures strictes de prévention pourront être prises, la sérologie contrôlée au moindre doute et la vaccination proposée dans les suites de couches. [

METHODOLOGIE

2. METHODOLOGIE

2.1. CADRE ET LIEU D'ETUDE

Dans le service de pédiatrie de CSREF de la CVI, se trouve au niveau de bloc principal rez-de-chaussée. Il est composé de trois (3) unités dont la pédiatrie générale, d'une unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive (URENI) et d'une unité de néonatalogie

IL comporte deux salles de consultation, deux salles d'hospitalisation d'une capacité d'accueil de 20 lits.

Le personnel de la pédiatrie

Trois (4) médecins pédiatres

Cinq (5) médecins généralistes

Quatre (4) techniciennes supérieures de sante

Cinq (5) aides-soignants

Des étudiants en médecine et des écoles de formation en sante.

Les activités du service : se caractérisent par,

La Consultation externe payante a 1000Fcfa et la prise en charge des urgences.

L'hospitalisation

Le service assure la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH, de même que le suivi des enfants de petit poids de naissance ;

L'activité préventive est assurée par le programme élargi de vaccination (PEV)

Présentation du CSREF CVI

Le centre de santé de référence de la commune VI (CS Réf CVI) du District de Bamako a servi de cadre pour notre étude. Il est l'un des six centres de références du District de Bamako, capitale de la République du Mali, qui est composée de 6 communes dotées chacune d'un centre de référence de premier niveau.

Le choix pour cette localité a été motivé par le fait que c'est une commune semi-rurale et qui est devenue presque une zone endémique.

Le centre de sante de Référence est constitué de cinq grands bâtiments :

Un 1^{er} bâtiment a étage abritant l'ensemble des services techniques, constitué de :

A l'étage se trouvent les unités : ORL, Ophtalmologie, Odontologie.

En bas se situent le laboratoire et les deux salles d'imagerie

Un 2^{ème} bâtiment a étage constitué de :

A l'étage l'administration qui englobe le bureau du médecin chef ; le secrétariat ; le chef du personnel ; le SIS ; le chef du personnel ; le service d'hygiène ; la salle de staff

En bas le service de médecine générale et de pédiatrie.

Un 3^{ème} bâtiment a étage constitué :

En bas le bureau de consultation Chirurgie ; salles d'hospitalisation médecine et chirurgie ; la petite chirurgie ; et à l'étage l'unité de néonatalogie.

Un bâtiment constitué du bloc opératoire et du service de Gynécologie

Un bâtiment pour l'USAC

1.1. Présentation de la commune VI

Il ressort des résultats du diagnostic participatif que l'occupation de la zone remonterait à la fin du XIX^{ème} siècle. En effet le quartier de Sénou qui est considéré comme le plus vieil établissement humain de la commune a été créé en 1887 par les Bambaras venus de la région de Ségou. Le quartier de Yirimadio qui est le second quartier de la commune a été également fondé par les bambaras venus de Ségou tandis que Magnambougou fondé en 1925 est le quartier le plus récent de la commune. Au fil de l'évolution de l'histoire, le processus d'implantation des populations s'est poursuivi à la faveur de la disponibilité des terres de la proximité du fleuve et de la position de la par rapport au centre-ville. Aujourd'hui la commune 6 renferment une population cosmopolite composées des différentes ethnies présente au Mali mais aussi issue des pays limitrophes.

La commune VI est située à 17 Km de la DRS de Bamako. Il couvre une superficie de 94Km².

En 2009, la population totale de la Commune VI s'élevait à 470 269 habitants, dont 238506 hommes et 231763 femmes (source RGPH 2009). En application du taux d'accroissement annuel la population a atteint 627 819 habitants en 2018.

Elle est composée de 50,7% d'hommes et 49,3% de femmes. La densité du district est de 94 habitats/Km² (470269 habitats/ 94 Km²).

Elle est limitée:

- Au Nord par le fleuve Niger,
- A l'Est et au Sud par le cercle de Kati,
- A l'Ouest par la Commune V.

Elle est constituée de 10 quartiers donc Banankabougou, Djanekele, Faladie, Magnabougou, Missabougou, Niamakoro, Senou, Sogoniko, Sokorodji, et Yirimadio, ayant chacun à leur tête un chef de quartier.

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune VI à savoir : les Bambaras, Peulhs, Sonrhais, Sénoufos, Malinkés, Dogons, Soninkés ... et des ressortissants d'autres

2.2. TYPE D'ETUDE

Nous avons conduit une étude descriptive, transversale avec collecte prospective des données.

2.3. PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée du 01 Janvier au 31 Décembre 2020 soit une durée de 12mois.

2.4. POPULATION D'ETUDE

La population d'étude était constituée par tous les enfants de 0 à 15 ans vus en consultation dans le service de pédiatrie du CSREF de la C VI durant la période d'étude ; et répondant à nos critères d'éligibilité.

2.5. CRITERES D'ELIGIBILITE

Critère d'inclusion

Notre étude a porté sur :

- Tous les enfants âgés de 0 à 15 ans ayant consulté pour fièvre associée à une éruption cutanée ;
- Les dossiers exploitables ;

- Les enfants répondant aux critères d'éligibilités et dont les parents ont donné leur assentiment pour la participation à l'étude

Critère de non inclusion

- Enfant vus en consultation pour autre pathologie non éruptive
- Dossiers incomplets
- Refus des parents à la participation de leur enfant.

2.6. DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Le tirage des cas se faisait tous les jours ouvrables. Tous les enfants de la tranche d'âge étaient initialement enregistrés à l'arrivée dans le registre de consultation.

- Accueil
- Interrogatoire
- Examen physique
- Proposition de participation à l'étude lorsque le diagnostic d'éruption fébrile était retenu
- Remplissage de questionnaire adressé aux parents et/ou aidant enfant

Définitions opérationnelles

Vaccin : c'est une substance ou une préparation antigénique spécifique d'un agent infectieux qui a pour but de provoquer une réponse immunitaire susceptible de protéger contre la maladie correspondante.

Cas suspect de Rougeole : toute personne présentant de la fièvre, une éruption généralisée maculopapulaire (non vésiculaire) et de la toux ou un rhume ou une conjonctivite (yeux rouge).

Cas suspect de Varicelle

Apparition brutale d'une éruption cutanée maculopapuleuse généralisée avec présence concomitante de papules, vésicules, pustules ou croûtes qu'apparaissent sur le tronc et le visage et avant de se propager aux extrémités sans autre cause apparentée.

2.7. Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête comportant les paramètres sociodémographiques, anamnestic et cliniques.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Word, Excel et SPSS version 12.0

2.8. Aspect éthique

Un consentement verbal a été obtenu auprès de tous les parents ou aidants-enfant. L'anonymat et la confidentialité des données ont été observés. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et graphiques sans divulguer l'identité des participants.

RESULTATS

3. Résultats

3.1. Resultats globaux

Durant la période de l'étude allant du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2020, nous allons colligés 8242 enfants consultants au service de pédiatrie du CSREF CVI. Parmi ces patients 110 ont consultés pour éruption fébrile soit une fréquence de 1,33%.

N= population consultant =8242

n= patient avec une éruption fébrile= 110

Fréquence = $N/n = 1,33\%$

Parmi les 110 cas d'éruptions fébriles, le diagnostic de rougeole a été retenu chez 69enfants(69/110 soit une fréquence62,7%)et la varicelle chez 41enfants(41/110 soit une fréquence 37,3%).

3.2. Données sociodémographiques

Tableau I: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon les classes d'âge en commune VI du district de Bamako.

Age des patients	Fréquence absolue	Fréquence relative
0 à 24 mois	52	47,3%
25 à 59 mois	33	30%
>59 mois	25	22,7%
Total	110	100%

La tranche d'âge de 0 à 24 mois représentait 47,3% des cas.

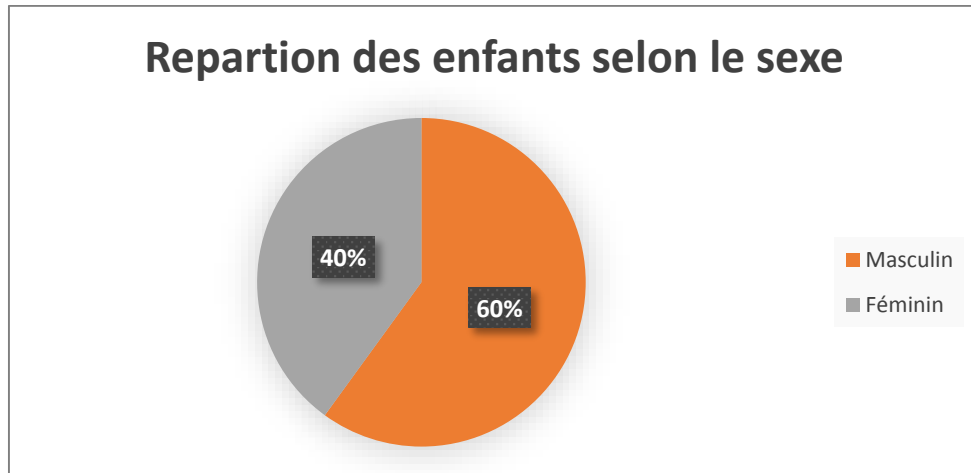


Figure 1 : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le sexe en commune VI du district de Bamako.

Dans notre étude le sexe masculin représentait 60% contre 40% de sexe féminin avec un ration de 1,5 en faveur des garçons

Tableau II: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon les tranches d'âges par pathologie en commune VI du district de Bamako

Tranches d'âges	Rougeole		Varicelle	
	Fréquence relative	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence absolue
0 à 24mois	42	60,9%	10	24,4%
25 à 59mois	21	30,4%	12	29,3%
≥ 59mois	6	8,7%	19	46,3%
Total	69	100%	41	100%

Parmi les cas de rougeole les tranches d'âges de 0 à 24mois représentaient 60,9% suivi de 25 à 59mois avec 30,4% et parmi les cas de varicelle la tranche d'âge supérieur à 59mois représentait 46,3% suivi de 25 à 59mois avec 29,3%.

Tableau III : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le sexe par pathologie en commune VI du district de Bamako

Sexe	Rougeole		Varicelle	
	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence absolue	Fréquence relative
Masculin	40	57,97%	26	63,4%
Féminin	29	42,03%	15	36,6%
Total	69	100%	41	100%

Parmi nos cas de rougeole le sexe masculin représentait 57,97% contre 42,03% pour le sexe féminin. Et respectivement de 63,4% et 36,6% parmi les cas de varicelle.

Tableau IV: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon l'ethnie en commune VI du district de Bamako

Ethnies des patients	Fréquence absolue	Fréquence relative
Bambara	46	41,8%
Sarakolé	7	6,4%
Malinké	10	9,1%
Peulh	15	13,6%
Sonrhaï	7	6,4%
Senoufo	3	2,7%
Minianka	6	5,5%
Bozo	6	5,5%
Dogon	10	9,1
Total	110	100

Les bambaras représentaient 41,8% suivi de peulhs avec 13,6%

Tableau V : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la provenance en commune VI du district de Bamako

Provenance des patients	Fréquence absolue	Fréquence relative
Sogoniko	15	13,6%
Niamakoro	19	17,6%
Magnambougou	13	11,8%
Sokorodji	3	2,7%
Yirimadjo	12	10,9%
Sirakoro	17	15,5%
Banankabougou	5	4,5%
Faladiè	8	7,3%
Senou	9	8,2%
Hors airs	9	8,2%
Total	110	100%

Niamakoro représentait 17,6% suivi de Sirakoro avec 15,5% et de Sogoniko avec 13,6%

Tableau VI : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le statut vaccinal en commune VI du district de Bamako

Statut vaccinal des patients	Fréquence absolue	Fréquence relative
A jour	80	72,7%
Non à jour	30	27,3%
Total	110	100%

Dans notre étude, les enfants qui ont leur statut vaccinal à jour représentaient 72,7% contre 27,3% des non vaccinés.

Tableau VII : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon l'état nutritionnel en commune VI du district de Bamako.

État nutritionnel des patients	Fréquence absolue	Fréquence relative
Normal	98	89,1%
MAM	10	9,1%
MAS	2	1,8%
Total	110	100%

Dans notre étude 89,1% des enfants avaient un état nutritionnel normal ; 9,1% avaient une malnutrition aiguë modérée et 1,8% de malnutrition aiguë sévère.

Tableau VIII : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le niveau de scolarisation en commune VI de district de Bamako

Scolarisation des pères	Fréquence absolue	Fréquence relative
Non scolarisés	29	26,4%
Primaire	56	50,9%
Secondaire	15	13,6%
Supérieur	10	9,1%
Total	110	100%

Dans notre étude 50,9% des pères ont un niveau de la primaire et 26,4% des non scolarisés ; 13,6% de secondaire et 9,1% de supérieur.

Tableau IX : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la profession du père en commune VI de district de Bamako

Profession des pères	Fréquence absolue	Fréquence relative
Cultivateur	7	6,5%
Commerçant	25	22,5%
Artisan	2	1,8%
Fonctionnaire	24	21,8%
Ouvrier	50	45,5%
Elève ou Etudiant	2	1,8%
Total	110	110%

Les ouvriers représentaient 45,5% ; commerçant avec 22,5% ; les cultivateurs 6,5% ; les fonctionnaires 21,8% ; Elèves ou Etudiants 1,8% et Artisan 1,8%

Tableau X: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le niveau de scolarisation de la mère en commune VI du district de Bamako

Scolarisation des mères	Fréquence absolue	Fréquence relative
Non scolarisées	43	39,1%
Primaire	51	46,4%
Secondaire	11	10%
Supérieur	5	4,5%
Total	110	100%

Dans l'étude les mères non scolarisées représentaient 39,1% ; et les mères avec un niveau primaire à 46,4% ; secondaire 10% et supérieur 4,5%

Tableau XI : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la profession des mères en commune VI du district de Bamako

Profession des mères	Fréquence absolue	Fréquence relative
Ménagère	87	79,1%
Commerçante	10	9,1%
Fonctionnaire	1	0,9
Elève ou Etudiant	12	10,9
Total	110	100%

Les mères ménagères représentaient 79,1% contre 9,1% des commerçantes ; 0,9% des fonctionnaires et 10,9% des élèves ou étudiants.

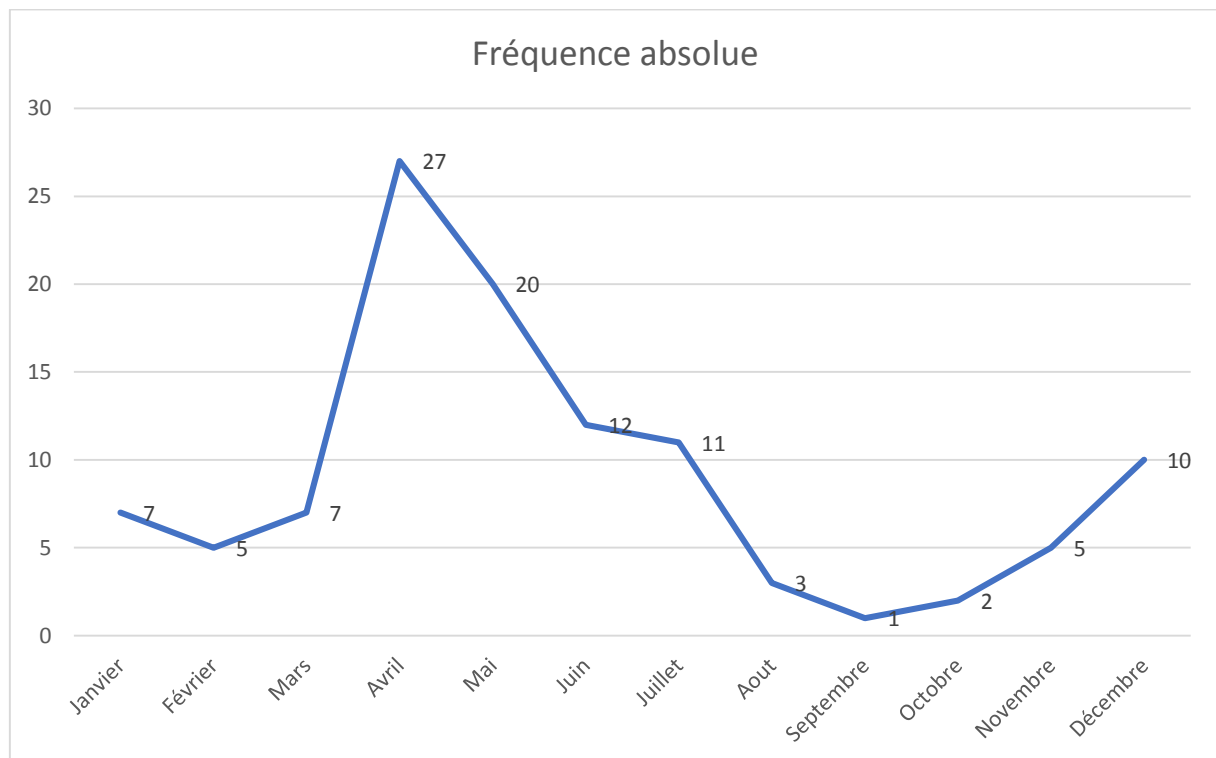


Figure 2 : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le mois d'admission au centre en commune VI du district de Bamako

Le pic des éruptions était enregistré pendant la période chaude et sèche de l'année c'est-à-dire d'Avril, Mai et Juin.

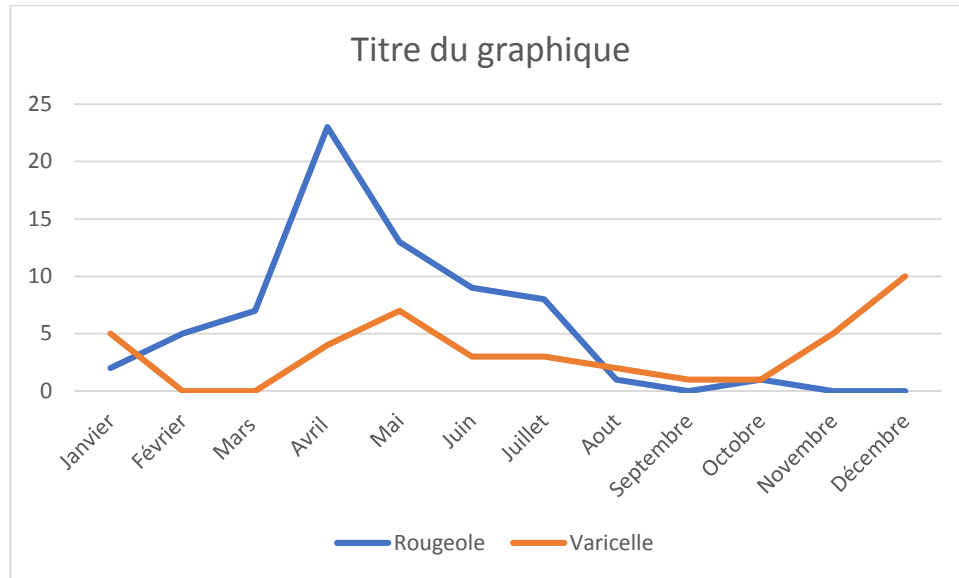


Figure 3: Répartition des enfants atteints de rougeole et de varicelle selon le mois d'admission en commune VI du district de Bamako

Le pic de rougeole a été enregistré en mois d'Avril et Mai et celui de varicelle en Mai et Décembre.

3.3. Données cliniques

Tableau XII: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la présence de catarrhe en commune VI du district de Bamako

Présence de Catarrhe	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	38	34,5%
Non	72	65,5%
Total	110	100%

Dans notre étude 34,5% des enfants présentaient le catarrhe contre 65,5%

Tableau XIII: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la présence de toux en commune VI du district de Bamako

Présence de Toux	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	39	35,5%
Non	71	64,5%
Total	110	100%

Dans notre étude 35,5% avaient la toux contre 64,5%

Tableau XIV: Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon la présence de prurit en commune VI du district de Bamako

Présence de prurit	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	26	23,6%
Non	84	76,4%
Total	110	100%

23,6% des enfants avaient le prurit contre 76,4%

Tableau XV : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le type de lésion en commune VI du district de Bamako

Type de lésion cutanée	Fréquence absolue	Fréquence relative
Maculo-papuleuse	56	50,9%
Vésicule	29	26,4%
Croute	12	10,9%
Desquamation	13	11,8%
Total	110	100%

La lésion était maculo-papuleuseuse dans 50,9%, vésicule (26,4%) ; crouteuse (10,9%) et desquamative (11,8%).

3.4. Données évolutives

Tableau XVI : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon l'évolution en commune VI du district de Bamako

Complication	Fréquence absolue	Fréquence relative
Pneumopathie	4	3,6%
Pas de complication	106	96,4%
Total	110	100%

Dans notre étude 3,6% des enfants avaient une pneumopathie contre 96,4%

Tableau XVII : Répartition des enfants atteints d'éruptions cutanées selon le pronostic en commune VI du district de Bamako

Pronostic des patients	Fréquence absolue	Fréquence relative
Guérison	110	100%
Décès	0	0
Total	110	100%

Dans notre étude 100% des enfants ont retrouvé la guérison.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Limites du travail

Il est fréquent dans un contexte d'urgence d'être confronté au diagnostic d'une éruption fébrile de l'enfant. Si l'origine infectieuse (virale ou bactérienne) est la plus fréquente étiologie, les toxidermies médicamenteuses ou les maladies inflammatoires peuvent être aussi associées à cette pathologie. Il existe des données documentées parcellaires sur certaines pathologies responsables d'éruption cutanée dans un contexte de fièvre au Mali. Cependant à notre connaissance, aucune étude n'a à ce jour été réalisée sur les fièvres éruptives dans le district sanitaire de la commune VI de Bamako, capitale du Mali. Notre étude permet de faire une photographie de la situation en une période précise. Sa réalisation a été confrontée à deux difficultés majeures :

- Le diagnostic a été retenu sur la base des arguments cliniques sans preuve biologique. En effet, le diagnostic biologique de la rougeole repose sur la détection de l'ARN du virus par RT-PCR en temps réel, qui peut être réalisée à partir de la salive, du LCR, du sérum, de l'urine ou d'un prélèvement nasopharyngé. L'isolement du virus est possible, mais il est lent. Pour la varicelle, le diagnostic positif est avant tout clinique. La lésion dermatologique élémentaire de la varicelle est une vésicule, elle n'est pas toujours évidente.
- Les informations relatives au statut vaccinal ont été obtenues de façon verbale sans preuve, car les cartes de vaccination n'étaient pas rapportées par pour la majorité des enfants. Des biais de réponse peuvent donc exister.

2. Données sociodémographiques

Malgré, nos résultats permettent de décrire la situation épidémiologique et clinique des éruptions fébriles dans la commune. Les deux pathologies diagnostiquées ont été la rougeole et la varicelle. La rougeole est évitable par la vaccination, gratuite dans le cadre du PEV au Mali. La varicelle, primo infection

de l'infection par le Virus Zona Varicelle (VZV), un herpes virus. En principe le nouveau-né est protégé par les anticorps maternels jusqu'à 3 à 6 mois.

Bien que ciblée par le PEV, des cas de rougeole sont régulièrement rapportés au Mali chaque année. Ainsi, de 2009 à 2018, dans le District sanitaire de Tominian 96 cas de rougeole ont été rapportés [20]. Dans la même commune VI, 39 cas positifs de rougeole ont été notifiés de 2014 à 2018[21]. On note ainsi une nette augmentation des cas dans la commune. Cela serait certainement en rapport avec le relâchement de la vaccination. D'ailleurs, 27,3% des enfants n'étaient pas à jour pour la vaccination dans notre série.

La couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans, particulièrement des enfants d'un an à deux ans, est un indicateur clef de l'utilisation des services de vaccination [22], les occasions manquées de vaccination constituent des obstacles majeurs à la réalisation d'une bonne couverture vaccinale dans les populations cibles du PEV. C'est loin d'être un phénomène rare en Afrique. Ainsi, en Afrique subsaharienne, un enfant sur deux reçoit chaque année une série de vaccinations incomplètes [23].

Selon certains auteurs, les raisons avancées par les femmes sont diverses pour justifier leur irrégularité à faire vacciner leurs enfants : manque de temps, vaccin non disponible, manque d'informations, enfants malades, etc. [24].

Sans étudier les raisons réelles de ce relâchement au cours de cette étude, nous avons constaté une diminution de la fréquentation des services de santé y compris de la vaccination durant la pandémie de la Covid-19. Cela peut expliquer en partie cette augmentation de l'incidence de la rougeole.

Dans notre série, 72,7% des femmes ont déclarées que leurs enfants étaient à jour sur la vaccination contre 27,3% qui n'étaient pas complètement immunisés. Diarra MM et al ont rapporté que 46,9% des cas de rougeole étaient non vaccinés à Bamako en 2014 avec un risque de rougeole 2,55 [1,12 – 5,82] chez les non vaccinés. Les campagnes de vaccination touchent de plus en plus d'enfants mais le gap reste important. Pinchoff J. et al. retrouvaient 50% de non vaccinés entre

1998 et 2002 et 55% en 2010 en Zambie [25]. Ce résultat est inférieur à celui de Pomerai KW et al. dans une étude d'investigation d'une épidémie de rougeole à Zaka (Zimbabwe) en 2010 (OR = 12,46 [6,20 ; 25,31]) [26].

Selon l'OMS, il faut une couverture vaccinale de 90% à 95% pour arrêter la transmission de la rougeole. Le Mali n'a pas encore atteint cet objectif et celui d'élimination pour 2020. En plus du faible taux de vaccination, une mauvaise qualité des vaccins et le non-respect de la chaîne de froid conduisent à une détérioration avec perte de pouvoir immunogène [12,13].

Au-delà de la vaccination, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte dans la survenue de cette épidémie qui sont entre autres : la promiscuité des enfants réceptifs, les mauvaises conditions d'hygiène l'âge précoce, moins de 2 ans (essentiellement en milieu urbain), la malnutrition, les maladies débilitantes (VIH, tuberculose, cancer, etc...), les conditions socioéconomiques précaires (pauvreté), les mouvements des populations.

Il est d'actualité que ce sont les jeunes enfants non vaccinés qui sont les plus exposés au risque de rougeole. Dans notre étude, les enfants de moins de 2 ans (24 mois) représentent 47,3% de l'effectif.

Bien vrai que nous n'avons trouvé aucune étude démontrant une corrélation entre le niveau de scolarisation de la mère et la vaccination, la majorité des enfants inclus dans notre étude étaient de mères ménagères (79,1%) et commerçantes (9,1%). Le niveau d'étude peut aider à mieux comprendre les messages de sensibilisation.

La malnutrition expose au risque d'infection. Dans notre série, les éruptions cutanées (rougeole et varicelles) sont survenues sur terrain de malnutrition dans 10,9%. Selon la littérature il existe d'autres facteurs qui n'apparaissent pas dans notre étude comme l'infection à VIH.

Dans notre étude les cas d'éruptions ont été observés toute l'année avec une incidence plus élevée pendant la saison sèche et chaude (période de forte chaleur).

Les cas de rougeole ont été les plus notifiés aux mois d'Avril et Mai avec respectivement 20,9% et 11,8% et ce résultat se rapproche à ce de Diarra qui notifie plus de cas en Mars avec 20,8% et en Février avec 13,5% [27]. L'évolution presque cyclique de la survenue des cas de rougeole entre Mars et Avril a été décrite en Côte d'Ivoire [32].

Les cas de varicelle ont été les plus notifiés aux mois de Décembre et Mai avec respectivement 9,1% et 6,4%.

Selon l'âge et le sexe des patients

La tranche d'âge la plus représentée était 0-24 mois avec 60,87% (42/69), la tranche d'âge de 25-59 mois avec 30,43% (21/69). Ce résultat est comparable à celui de M. Diarra en 2014 à Bamako qui trouve 45,8% chez la tranche d'âge de 12-59mois et 30,2% chez les moins de 12mois [27]

Cette population était à majorité de sexe masculin 57,97% (40/69) et ce même constat a été fait par M. Diarra qui trouve une représentativité de 60,4%. Cependant il est contraire au résultat de Mahamud. A, Burton A...dans une étude en Kenya 2011 où le sexe féminin était plus représenté avec 56,2% [28].

Varicelle

La tranche d'âge supérieur ou égal à 59 mois était la plus représentée avec 46,3% (19/41) et de 25-59mois avec 29,3% (12/41). Ce résultat est différent de celui de MI Wateba, S. Saka qui trouvent 47,67% chez les enfants âgés de 2à5ans et 82,5% chez les moins de 15ans [29]

Les observations faites par la plupart des auteurs en occident rapportent que près de 50% des enfants ont eu la varicelle avant l'âge de 5ans et 90% avant l'âge de 12ans [30,31].

Le sexe masculin était le plus représenté avec 63,4%

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

5. CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons enregistré 110 cas suspects des éruptions cutanées fébriles dans notre service. La rougeole et la varicelle étaient les deux pathologies retrouvées et ont respectivement de 62,7% et 37,3% des cas.

Nous avons également rapporté que la rougeole semble prédominer dans la tranche d'âge de 0 à 24mois et cela surtout au mois d'avril.

Et que la varicelle prédomine chez les enfants de 59mois et plus surtout au mois de décembre.

Nos données font également état de la qualité du vaccin qui influe sur la prévention.

La persistance des épidémies de rougeole et de la varicelle pose de façon cruciale la rapidité dans le diagnostic et la prise en charge des enfants atteints. Cette rapidité dépend de la maîtrise et l'éradication future de la maladie.

6. RECOMMANDATION

Au terme de cette étude certaines recommandations nous ont paru opportunes :

❖ Aux autorités sanitaires

- Poursuivre la campagne de vaccination en respectant le plan stratégique pour le contrôle accéléré de la rougeole au Mali
- Améliorer le recyclage des équipes impliquées dans les différentes enquêtes épidémiologiques
- Soutenir la sensibilisation en matière de PEV à travers les médias publics et privés
- Continuer l'appui technique et financier pour le contrôle et l'élimination de la rougeole et la varicelle

❖ Au CSREF de la commune 6 :

- Confirmer par le bilan biologique le diagnostic des pathologies cutanéomuqueuses au laboratoire national de référence en respectant les conditions de prélèvement, de conservation et d'acheminement

❖ Aux populations :

- Respecter le calendrier vaccinal des enfants
- Être conscientes que le futur de l'enfant dépend de sa bonne prise en charge sanitaire actuelle
- Demander aux mamans d'amener les cartes de vaccination lors des consultaion

REFERENCES

7. REFERENCES

1. CARRIERE JP. Fièvre éruptive de l'enfant. PDF site [http/ nanopdf.com](http://nanopdf.com) mise à jour par Docteur C. DeBUSSON
2. OMS : Explosion des cas de rougeole dans le monde. In [https //www.futura.sciences.com](https://www.futura.sciences.com). Publié le 14 Aout 2019.
Consulter le 09 mars 2021, heure :
UNICEF. Plan stratégique d'élimination de la rougeole. In [https//www.Unicef.org](https://www.Unicef.org). Consulte le 15 mars 2021
3. OMS. Principaux repères sur la rubéole. In [http//www.who-int/fr/nouris-room/fact-sheets/detail//rubella](http://www.who-int/fr/nouris-room/fact-sheets/detail/rubella). Consulté le 09 mars 2021.
4. Floret D .Rougeole. EMC-pédiatrie-maladies infectueuses. 2015 ;11(1) article 4-290-A-10) [http : www.ameli-santé.fr/rougeole/qu'est-ce -que la rougeole.html](http://www.ameli-santé.fr/rougeole/qu'est-ce-que-la-rougeole.html).
5. René MIGLIANI : La rougeole dans le monde en 2019. Internet : www.mesvaccins.net. Consulté le 09 mars le 2021. Date de mise a jour le 05 Mars 2020 à 14h24
6. OB Togola : Mali santé publique2019-révues sur internet [https//revues.ml](https://revues.ml)
7. Ministère de la Sante : Direction Générale de la santé technique de vaccination : lancement de la campagne nationale de vaccination contre la rougeole
In [http//www.e-vaccination-fr/rougeole/transmission](http://www.e-vaccination-fr/rougeole/transmission).
8. Rougeole-oreillon-rubéole sur le site internet d'infovac-franc
[http//www.e-vaccination.fr/rougeole/transmission](http://www.e-vaccination.fr/rougeole/transmission) mise à jour en Avril2019
9. Brenda L. Tesini,Rougeole, Manuel MSD 2018 :
Internet :www.doctissimo.fr
10. Amblar P, Bernard P et al. Dermatite atopique. In College des Enseignants en Dermatologie de France. Paris Masson Ed ? 2005 : 48-53.

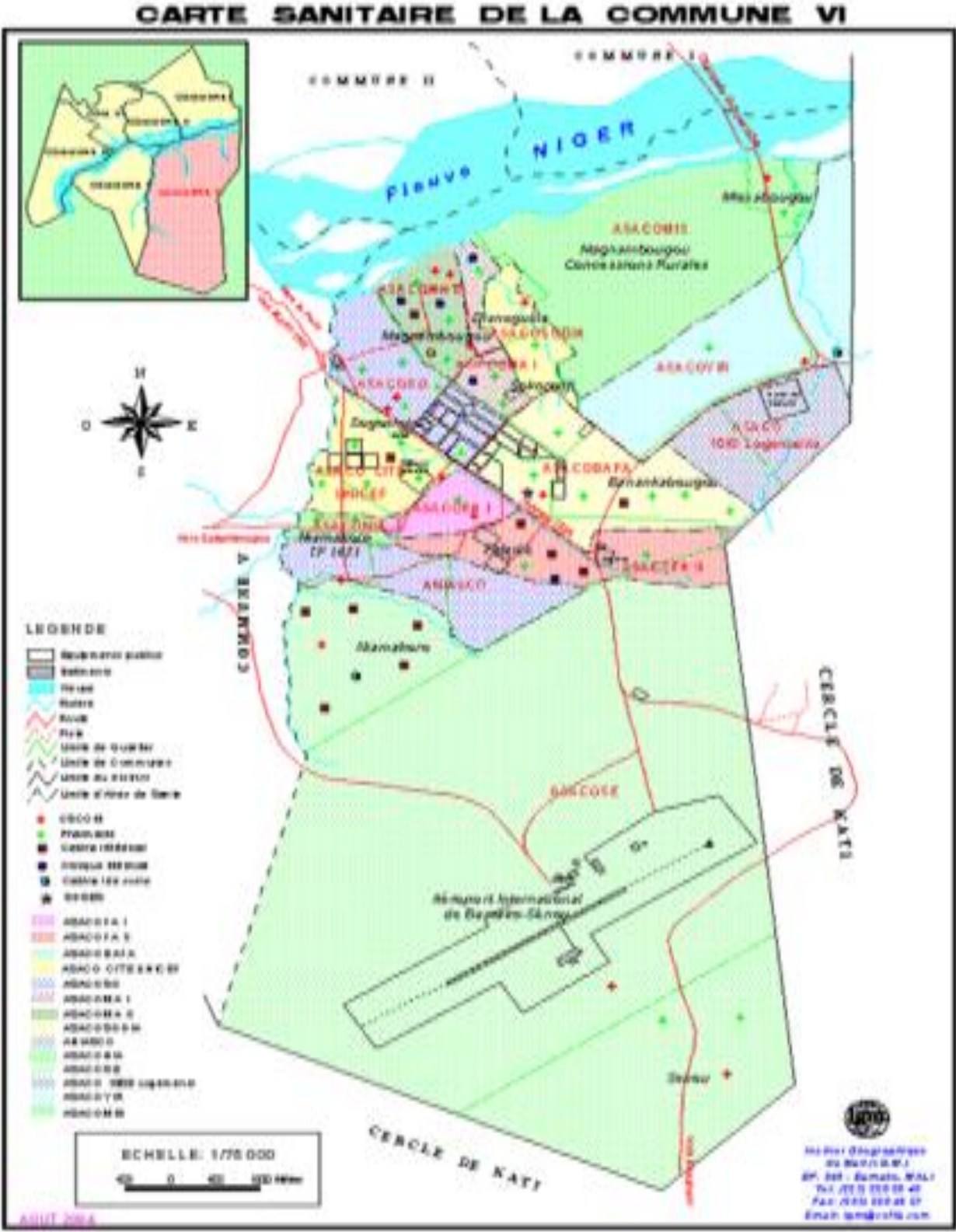
11. Pierre Wattre et al. La rougeole. In Cours de virologie médicale. Ed 14 ; Edition C et R, Paris 1992 : 293-301.
12. SUTCLIFFE PA, REA E. Our break of measles in a highly vaccinated secondary school population. CMAJ-JAMC 1996; vol? 1407-1413.
13. Internet : [www.amiform.com/web /DPC](http://www.amiform.com/web/DPC) pédiatrie-infectiologie
14. In <http://www.pediatrie.be/>
15. campus-cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato-14/site/html/cours PDF
16. In www.ameli.fr/assure/santé/thèmes/roséole/recommande-roséole
17. JEAN-BERNARD G. Maladies éruptives de l'enfant.pdf ; CHU Ste-Justine Octobre 2010
18. Dao B. Evaluation de la campagne de vaccination contre la rougeole. These, Med, Bamako. Numero : pages.
19. Analyse des données de surveillance de la rougeole, Tominian, 2009 à 2018.
20. Tendances évolutives de la rougeole en commune VI du District de Bamako de 2014 à 2018. Mali santé publique 2019
21. Cayemittes M, Chahnazarian A. Survie et santé de l'enfant en Haïti. Institut Haïtien de l'enfant, Port-au-Prince. Edition de l'enfant 1989 : 82-95.
22. N M Ndiaye, P Ndiaye, A Diodhiou, AS Gueye, AT Dia. Facteurs d'abandon de la vaccination des enfants âgés de 10 à 23 mois à Ndoulo (Sénégal). Cahiers santé 2009 ; 19(1) :9-13.
23. Talani P, Nkounkou-Pika J., Mayanda H., Yala F. Les occasions de vaccination manquées à Brazzaville. Bull Soc Pathol Exot 200 ; 93(2) :121-2.
24. Pinchoff J, Chipeta J, Banda GC, Miti S, Shields T, Currierof ; et al. Spatial clustering of measles cases during endemic(1998-2002) and epidemic (2010) periods in Lusaka, Zambia. BMC infectious diseases 2015; 15 :121.

25. Pomerai KW, Mudyiradima RF, Gombo NT. Measles outbreak investigation in zaka, Masvingo Province, Zimbabwe, 2010. BMC research notes. 2012; 5(1) : 687.
26. Diarra Moussa Modibo, MD, MPH-epidemiology : Facteurs associés à la survenue d'une épidémie de rougeole : cas du district de Bamako en 2014.
27. Mahamud A, Burton A, Hassan M, Ahmet JA, Wagacha JB, Spiegel P, et al. Risk factors for measles mortality among hospitalized somali refugees displaced by famine, Kenya. Clin Infect Diseases. 2013 ;97(8) : e160-6.
28. MI Wateba, S. Saka, O. Tidjani. Aspect épidémiologique, clinique et thérapeutique de varicelle grave de l'adulte et de l'enfant au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Togo.
29. Comité consultatif national de l'immunisation. Mise à jour sur la varicelle. Can commun DU Rep 2004 ; 30 :1-26.
30. Debruyne M, Floret D, Khoshnout B, Emery C, Fagnani F, Lancon F. Seroprevalence of varicella-zoster virus (VZV) in the french population. Int J antimicrob agent 2004 ; 24(suppl) : s240.
31. Rey JL, Trolley C, Soro B, Cunin C, Merouze F. Difficultés de la surveillance épidémiologique de la rougeole en Afrique. Exemple de la Côte d'Ivoire. Ann Soc belge Méd Trop 1991 ;71 :115-21.

ANNEXES

IX. ANNEXES

Annexe 1 : carte sanitaire de la CIV



Annexe2 :

Fiche d'enquête

I. Données Sociodémographiques

Nom :

Prénom :

Q1 Sexe : 1=Féminin

2 =Masculin

Q2Age : 1= 1 à 24 mois

2= 25 à 59 mois

3= \geq 59 mois

Q3Ethnie :

1=bambara 2=Sarakolé 3=malinké

4=peulh 5=sonrhäi 6=senoufo

7=minianka 8=khassonké 9=autres à préciser

1-Antécédents familiaux :

-Père :

Q1. Age (en années)

1= \leq ou égale 18ans 2= \geq 18ans

Q2. Statut matrimonial

1= marié 2= célibataire 3= divorcé 4= veuf

Q3Profession

1= cultivateur 4= fonctionnaire

2= commerçant 5= ouvrier

3= artisan 6= élève/étudiant

7= autres à préciser :

Q4 Niveau de scolarisation

1= Non 2= primaire

3= secondaire 4= supérieur

5= autre à préciser :

-Mère :

Q1 Age

1= \leq ou égale 18ans 2= $>$ 18ans

Q2Statut matrimonial

1= mariée 2= célibataire 3= divorcée 4= veuve

Q3Professio

1=ménagère 2= commerçante

3= fonctionnaire 4= artisan

5= ouvrière 6= élève/étudiante

Aspects épidémiologique et clinique des éruptions cutanéomuqueuses fébriles chez les enfants

7= autres à préciser

Q4 Niveau de scolarisation

1= n'a jamais fait l'école 2= primaire
3= secondaire 4= supérieur

5= autres à préciser :

2-Antécédents personnels:

Q1 d'hospitalisation

1= Oui 2= Non

Q2 Carte de vaccination

1=oui 2= non

Q3 Etat vaccinal

1= à jour 2= non à jour

Q4 Etat nutritionnel (rapport poids /taille)

1= N 2= MAM 3= MAS

Q5 Niveau scolarisation

Nourrisson Enfant Non scolarisé
Elève

Q6 Provenance :

1= Sogoniko 2= Niamakoro
3= Magnambougou 4= Sokorodji
5= Yirimadio 6= Sirakoro
7= kalaban coura 8= Faladie
9= Senou 10= Niamana
11= Baguineda 12= Missabougou

16= Autres :

Q7 Référence

1= référé 2= non référé

Q8 Origine : si référence

1= CSCOM 2= Cabinet médical 4= Clinique

5= Autre à préciser :

II. Données Cliniques :

Q1 Signes Fonctionnels

1= Prurit 2= Pas de prurit 3= Douleur
4= Toux 5= Catarrhe ORL

Aspects épidémiologique et clinique des éruptions cutanéomuqueuses fébriles chez les enfants

6= Pas de signe fonctionnel 7= Fièvre Adénopathie

Q2 Type des lésions élémentaires

1=Macule 2= Vésicule 3= Papule
4=Croûte 5= pustule 6= Maculo-papuleuse
7=Nodule 8= Ulcération 9= Squames Bulle
11= Purpura 12= Erythème

Q3 Sièges des lésions

1=Cuir chevelu 2= Face 3= Cou
4=Tronc 5= Membre supérieur 6= Membre inférieur
7=région génitale 8=Généralisé

Q4 Diagnostic :

Rougeole Varicelle Rubéole Roséole

Q5 EVOLUTION : Complications

Oui Non

Q6 Si complication :

Pneumonie Encéphalite Sepsis Autres

Q7 Pronostic :

Guérison Décès

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Année universitaire : 2021- 2022

Prénom : AMADOU MADOU

Tel : (00223)73 36 04 20/ 62 42 01 07

Email :

amadoumdiarra380@gmail.com

TITRE : Aspect épidémiologique et clinique des éruptions cutanéomuqueuses fébriles chez les enfants de 0 à 59 mois dans le Service de Pédiatrie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Pédiatrie, santé publique.

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Résumé

Les éruptions fébriles constituent un problème de santé publique dans les pays en développement. Malgré la disponibilité des vaccins efficaces contre la rougeole, la varicelle et la rubéole, des cas d'éruptions fébriles virales sont régulièrement rapportées au Mali. Il nous parut nécessaire de faire un état de lieu au CSREF de la CVI qui est la structure de référence dans la commune d'où la présente étude. L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologique et clinique des éruptions cutanéomuqueuses fébriles de l'enfant au Centre de Santé de Référence de la commune VI du district de Bamako.

Nous avons conduit une étude épidémiologique, descriptive et analytique à collecte prospective. Après obtention du consentement d'un des parents, tous les enfants âgés de 0 à 15 ans ayant consulté pour fièvre associée à une éruption cutanée et muqueuse, et avec dossier médical ont été inclus.

Durant la période, sur 8242 enfants consultant, 110 présentaient une éruption fébrile soit une prévalence de 1,33%. Le diagnostic de rougeole a été retenu pour 69 cas (69/110 ; 62,7%) et la varicelle pour 41 cas (41/110 ; 37,3%). Tous les quartiers de la CVI sont concernés. Les garçons étaient plus nombreux et les enfants âgés de 0 à 24 mois représentaient 47,3%. Parmi les 110 enfants, 30 (27,3%) n'étaient pas correctement vaccinés selon le calendrier du PEV. En effet, 39,1% des mères n'avaient aucun niveau de scolarisation. Les cas d'éruption ont été enregistré toute l'année avec un pic en Avril pour la rougeole et au mois de mai pour la varicelle. Les lésions étaient majoritairement maculo-papuleuses (50,9%) suivies de vésicules (26,4%) ; dans 10,9% la maladie était associée à une malnutrition. Tous les enfants sont sortis guéris.

La rougeole et la varicelle sévissent toute l'année dans notre commune avec des pics pendant la saison sèche et chaude de l'année malgré la vaccination. Il convient d'entreprendre d'autres études pour identifier les déterminants du refus de vaccination chez les enfants dans notre commune.

Mots clés : *Éruptions Fébriles, épidémiologie, clinique, Pédiatrie.*

IDENTIFICATION SHEET

Name: Diarra

College year: 2021-2022

First name: Amadou Madou

Such :(00223)73 36 04 20 / 62 42 01 0 7

Email:

amadomdiarra380@gmail.com

Title: Epidemiological and clinical aspect of febrile mucocutaneous eruptions in children from 0 to 59 months in the pediatric department of the reference health center of commune six in the district of Bamako from January to December 31, 2020

Country of origin: Mali

City of Defense: Bamako

Sector of interest: Pediatrics, Public health

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)

Summary:

Febrile rashes are a public health problem in developing countries. Despite the availability of effective vaccines against measles, chickenpox and rubella, cases of viral febrile eruptions are regularly reported in Mali. It seemed necessary to us to make an inventory at the CSREF which is the reference structure in the municipality from which the present study. The objective was to study the epidemiological and clinical aspects of febrile mucocutaneous eruptions in children at the reference health center of commune six in the district of Bamako.

We conducted an epidemiological, descriptive and analytical study with prospective data collection. After obtaining the consent of one of the parents, all children aged 0 to 15 years who consulted for fever associated with a skin and mucous rash, and with a medical file were included.

During the period out of 8242 consulting children, 110 had a febrile eruption, a prevalence of 1,33%. The diagnosis of measles was retained for 69 cases (69/110; 62,7%) and chickenpox for 41 cases (41/110, 37,3%). All districts of the CVI are concerned. Boys were more numerous and children aged 0 to 24 months accounted for 47,3%. Among the 110 children, 30(27,3%) were not properly vaccinated according to the EPI schedule. Indeed, 39,1% of mothers had no level of education. Rash cases have been recorded throughout the year with a peak in April for measles and May for chickenpox. The lesions were mostly maculopapular (50,9%) followed by vesicles (26,4%), in 10,9% the disease was associated with malnutrition. All the children came out healed.

Measles and chickenpox are rampant all year round in our commune with peaks during the dry and hot season of the year despite vaccination. Further studies should be undertaken to identify the determinants of vaccination refusal among children in our commune.

Keywords: Febrile rashes, Children, Epidemiological, clinical, pediatrics

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant L'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure