

Article original

Évaluation des pratiques dans la prise en charge du paludisme d'importation de l'enfant dans la région Nord–Pas-de-Calais

Evaluation of imported pediatric malaria management in northern France

L. Elmansouf^a, F. Dubos^{a,*,b}, A. Dauriac^a, C. Courouble^c,
I. Pruvost^a, B. Dervaux^{b,d}, A. Martinot^{a,b},
le Réseau interhospitalier d'évaluation des pratiques médicales dans
les affections courantes de l'enfant

^a Unité de pédiatrie générale, urgences et maladies infectieuses, CHU de Lille, université Lille Nord-de-France, UDSL, 2, avenue Oscar-Lambret, 59000 Lille, France

^b EA 2694, santé publique, épidémiologie et qualité des soins, université Lille Nord-de-France, 59000 Lille, France

^c Département d'information médicale, hôpital Dr-Schaffner, centre hospitalier Lens, Lens, France

^d Délégation à la recherche, CHU de Lille, 59000 Lille, France

Reçu le 22 avril 2010 ; reçu sous la forme révisée 8 septembre 2010 ; accepté le 18 novembre 2010

Disponible sur Internet le 31 janvier 2011

Résumé

Objectifs. – Évaluer l'adéquation aux recommandations de la prise en charge de l'accès palustre de l'enfant.

Patients et méthodes. – Étude de cohorte, descriptive, rétrospective, multicentrique, menée sur une période de sept ans (2000–2006) dans les 18 services de pédiatrie et le service de maladies infectieuses et tropicales de la région Nord–Pas-de-Calais. Tous les enfants inférieurs à 18 ans ayant consulté dans l'un de ces centres et pour lesquels un diagnostic de paludisme était porté par un frottis sanguin et/ou une goutte épaisse étaient inclus.

Résultats. – Cent trente-trois cas de paludisme d'importation ont été recensés. Sur les 120 dossiers disponibles, il y a eu 97 accès simples et 23 accès palustres graves. Les traitements de 115 patients étaient analysables. Il s'agissait d'un traitement initial oral dans 47 cas et intraveineux dans 68 cas. La quinine intraveineuse était le traitement de premier choix (58 %). Le premier traitement oral était l'halofantrine. Aucune modification n'était constatée au fil des six ans. Seuls 32 % des prises en charge étaient conformes aux recommandations de 1999. Cinq échecs thérapeutiques étaient constatés. L'application optimale des recommandations aurait permis un gain de 117 jours d'hospitalisation, soit 54 000 €.

Conclusions. – Les recommandations de la SPILF étaient peu suivies. Ces prises en charge inappropriées ont conduit à des échecs thérapeutiques et un surcoût de prise en charge.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Enfant ; Paludisme ; EPP

Abstract

Objectives. – The study's objective was to evaluate the adequacy of treatment to recommendations, for the management of pediatric malaria.

Methods. – A descriptive, retrospective, multicentre cohort study was conducted over a 7-year period (2000–2006) in 18 pediatric and infectious diseases units in northern France. All children, under 18 years of age, having consulted in one of these hospitals and for whom the diagnosis of malaria has been made by blood smear and/or thick drop examination, were included.

Results. – One hundred and thirty-three cases of imported malaria were reported. Among the 120 available files, 23 documented severe malaria. Treatment documentation was available for 115 patients. This treatment was initiated orally in 47 cases and intravenously in 68 cases. Intravenous quinine was the first-line treatment in 58% of cases. Halofantrine was the first-line oral treatment. No change was observed along the 6 years. Only 32% of management was in adequacy with recommendations. Five therapeutic failures were recorded. The optimal application of recommendations would have saved 117 days in terms of hospital stay, corresponding to 54,000 €.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francois.dubos@chru-lille.fr (F. Dubos).

Conclusions. – The French Infectious Disease Society (SPILF) recommendations were not well observed. This inappropriate management was responsible for treatment failures and increased costs.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Children; EPP; Malaria

Bien que le paludisme d'importation soit plus fréquent en France que dans les autres pays d'Europe, il reste une affection rare dans l'activité d'un praticien libéral et même d'un pédiatre hospitalier [1], avec un risque de méconnaissance et de retard diagnostique [2]. Ce retard diagnostique, souvent plus marqué chez l'enfant à cause de la fréquence des formes cliniques atypiques (fréquence des formes digestives fébriles), expose à une morbidité importante telle qu'une anémie sévère, des troubles hémorragiques, des troubles neurologiques, et au risque de décès. Une prise en charge conforme aux recommandations permet de diminuer cette morbi-mortalité [3,4].

Ces recommandations ont été émises par la Société de pathologie infectieuse de langue française lors d'une conférence de consensus en avril 1999 [5]. Celle-ci proposait pour la prise en charge de l'accès palustre simple de l'enfant une hospitalisation systématique et la possibilité de recours sans distinction d'efficacité ou de tolérance à trois antipaludiques : l'halofantrine, la méfloquine ou la quinine [5]. Cette absence de distinction a entraîné des protocoles curatifs différents d'un service à l'autre, et des effets indésirables des traitements [6]. Cette conférence de consensus a été révisée en 2007 [7], pour recommander en première intention dans les accès palustres simples de l'enfant l'atovaquone-proguanil, la méfloquine ou l'artéméter-luméfántrine.

Devant l'impression en pratique de prescriptions inadaptées, et d'une méconnaissance du paludisme et des recommandations thérapeutiques, nous avons cherché à évaluer les pratiques professionnelles dans la prise en charge du paludisme de l'enfant. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'adéquation des traitements de l'accès palustre de l'enfant aux recommandations de 1999 dans la région Nord-Pas-de-Calais. L'adéquation de ces traitements aux recommandations de 2007 était évaluée en objectif secondaire.

1. Matériels et méthodes

1.1. Caractéristiques de l'étude et critères d'inclusion

Il s'agissait d'une étude de cohorte descriptive, rétrospective, multicentrique, menée sur une période de sept ans (2000–2006). Cette étude était réalisée avec la participation des 18 services de pédiatrie et du service de maladies infectieuses d'adultes du centre hospitalier de Tourcoing de la région Nord-Pas-de-Calais.

Les enfants âgés de moins de 18 ans, ayant consulté aux urgences d'un de ces hôpitaux, et pour lesquels un diagnostic de paludisme était porté par un frottis sanguin et/ou une goutte épaisse étaient inclus. Étaient exclus secondairement les patients dont les dossiers avaient fait l'objet d'une erreur de codage, les

patients transférés et codés en double (dans les deux centres), et les patients pour lesquels le paludisme n'était pas confirmé. Un non-suivi à j7, j14 et j28 n'était pas un critère de non-inclusion.

1.2. Identification des patients

Les patients étaient identifiés à partir des codes diagnostiques du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), issus de la dixième classification internationale des maladies : B50, paludisme à *P. falciparum* ; B51, paludisme à *P. vivax* ; B52, paludisme à *P. malariae* ; B53, autres paludismes confirmés par examen parasitologique ; B54, paludisme, sans précision. Un contrôle de l'exhaustivité des données de cette base était effectué à partir de la base de données du paludisme des laboratoires de chaque centre hospitalier et à partir des dossiers cliniques des patients.

1.3. Définitions

Un accès palustre était défini par une clinique évocatrice et la mise en évidence lors d'un examen parasitologique sanguin spécifique (frottis sanguin et/ou goutte épaisse) du parasite de type *Plasmodium* dans sa forme asexuée. L'accès palustre était considéré comme grave lorsqu'il y avait une mise en évidence de *P. falciparum*, avec la présence d'au moins un des signes cliniques de gravité définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2000 [8–11]. L'accès palustre était considéré comme simple lorsqu'il y avait une mise en évidence de *P. falciparum*, *vivax*, *ovale* ou *malariae*, en l'absence de signe clinique de gravité [8–11].

1.4. Critères de jugement

1.4.1. Adéquation des traitements aux recommandations de 1999 et 2007

Le traitement était considéré adéquat lorsqu'il suivait les recommandations du consensus de 1999 pour la prise en charge d'un accès palustre de l'enfant à *P. falciparum*. De la même façon, l'adéquation du traitement aux recommandations du consensus actualisé en 2007 était évaluée, même si la période d'étude était antérieure à cette actualisation. Pour les accès palustres autres qu'à *falciparum*, l'adéquation du traitement était évaluée à partir des manuels de référence [12,13].

1.4.2. Efficacité ou échec thérapeutique

Le test d'efficacité thérapeutique de l'OMS qui prend en considération des données cliniques et parasitologiques validées en 1996 a différencié trois niveaux de réponse : la réponse clinique adéquate (RCA), l'échec thérapeutique précoce

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3413226>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3413226>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)