

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

**Université des Sciences, des
Techniques et des Technologies
de Bamako(U.S.T.T.B)**



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)



Année Universitaire 2021 - 2022

N°...../2023

**LA ROUGEOLE CHEZ LES NOURRISSONS DE 1
MOIS A 24 MOIS HOSPITALISES AUX URGENCES
PEDIATRIQUES DU CHU GABRIEL TOURE.**

MEMOIRE

Présentée et soutenue publiquement le 13/04/2023

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par

Docteur Phillippe KELEMA

**Pour obtenir le grade de Diplôme d'Etudes Spéciales en Pédiatrie
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

PRESIDENT : Pr Abdoul Aziz Diakité

MEMBRE : Pr Belco Maiga

CO-DIRECTEUR : Dr Adama Dembélé

DIRECTEUR : Pr Fousseyni Traoré.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

En Dieu, le père tout puissant, pour m'avoir accordé la vie, la santé et permis la réalisation de ce travail.

A mon père, Feu Simon Kéléma : je me souviens de toi jour et nuit. Nous célébrons le 12 avril, le trente-quatrième anniversaire de ton rappel à dieu. Que le seigneur t'accueille dans son royaume.

A ma chère mère, feu Isabelle Dembélé : Je n'oublie jamais tes soutiens pour la réussite dans mes études, sans vous je ne serais pas à ce niveau. Vous avez joué les rôles d'une mère car chaque mère se soucie de l'avenir de son enfant. Nous célébrons cette année le 03 août, le douzième anniversaire de ton rappel à dieu. Que le seigneur t'accueille dans son royaume ma chère maman.

A mes frères : Bruno, Clément, Georges

Je profite de ce travail qui est le vôtre pour vous dire que je vous aime beaucoup tout en vous souhaitant plein de succès dans toutes vos activités. Soyons toujours unis. Trouvez dans ce travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel.

A ma très chère épouse : Céline Sylla

Merci pour toute l'affection, le soutien et la complicité que tu m'apportes. Femme merveilleuse, tu m'as fait oublier tous les soucis durant cette formation. Que dieu le père tout puissant nous garde toujours unis et attentionnés et qu'il nous donne une longue vie afin que nos rêves soient réalisés. Je t'aime très fort.

A mon cher fils : Simon Kéléma

Reçoit ici toutes mes affections et bénédiction. Je prie pour toi, que le seigneur t'accorde une longue vie, qu'il te donne de l'intelligence et de grandir dans la foi.

A ma tuteure Mme Dembélé Fanta Diakité : les mots me manquent pour exprimer toute ma reconnaissance à ton égard. Je formule pour vous, pour toute ta famille mes vœux de longévité, de bonne santé; plein d'amour et de joie.

A ma belle-sœur: Bernadette Dembélé

Pour les moments agréables et parfois difficiles qu'on a partagés ensemble.
Merci pour ta considération, ta compréhension et ton rôle de mère dans la
famille.

A mon tonton : Daniel Siméon Kéléma

Pour votre soutien, vos bénédictions et vos encouragements.

REMERCIEMENTS

Seigneur, je te rends grâce de m'avoir donné la faculté d'accomplir cette œuvre selon ta volonté.

A mes chers frères : Michel Dembélé et Célestin Dembélé : Ce travail est pour moi l'occasion de vous dire merci pour vos soutiens. Recevez ici chers frères mes sincères reconnaissances.

A François Dembélé et toute sa famille : Merci pour votre soutien fraternel.

A tous mes oncles, tantes, cousins, cousines, nièces et neveux : Pour tout le soutien et la considération dont j'ai bénéficié de votre part.

A ma belle-famille : Merci à la famille Sylla pour la grande considération au sein de la famille. Vos prières et vos bénédictions m'ont permis d'achever cette formation. Que le seigneur nous garde unis.

A mes amis et camarades fraternels de la chambre C7 : Merci pour votre compagnie et votre soutien.

A tous mes promotionnaires de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie et du DES de Pédiatrie pour votre esprit de famille et de compréhension.

A tout le personnel de l'hôpital de Sikasso, plus spécifiquement le directeur et le personnel de la pédiatrie pour votre soutien et accompagnement

A tout le corps professoral de la Pédiatrie pour leur amour de la transmission du savoir je vous dis encore merci.

A mon maître le professeur Adama Dembélé, ce travail est aussi le vôtre. Que DIEU vous récompense, et qu'il vous protège et votre famille. Amen.

A mon très cher maître le professeur Abdoul Aziz Diakité: je vous dis merci pour tout le soutien durant ce cursus. Que le seigneur vous accorde une longue vie pleine de santé et de bonheur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury

Pr DIAKITE Abdoul Aziz

- ✓ *Professeur Titulaire en pédiatrie à la FMOS ;*
- ✓ *Chef de service de la pédiatrie générale au CHU Gabriel Touré ;*
- ✓ *Spécialiste en hématologie pédiatrique ;*
- ✓ *Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses tropicales ;*
- ✓ *Responsable de l'Unité de Prise en charge des enfants atteints de drépanocytose au CHU Gabriel Touré ;*
- ✓ *Président de la commission médicale d'établissement du CHU Gabriel Touré (CME) et du Groupe Technique Consultatif pour les vaccins et vaccination au Mali (GTCV) ;*
- ✓ *Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED), de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF) et du Collège Ouest Africain des Médecins*

Cher Maitre,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité font de vous un Maître respecté et admirable. Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration. Veuillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude.

A notre Maitre et Membre du jury

Pr MAIGA Belco

- ✓ *Maitre de conférences agrégé en Pédiatrie à la FMOS ;*
- ✓ *Chef de service des urgences pédiatriques du CHU-GT*

Cher Maitre,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations d'être parmi ce jury. Nous avons bénéficié de votre encadrement en pédiatrie. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales. Ce mémoire est pour nous l'occasion de vous remercier pour votre courtoisie. Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et co-directeur

Professeur DEMBELE Adama

- ✓ *Pédiatre, praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré*
- ✓ *Maître de Recherche*
- ✓ *Trésorier adjoint de l'Association malienne de la pédiatrie*

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail. En aucun moment nous n'avons manqué de votre assistance. Nous avons pu admirer au cours de la réalisation de ce travail, vos qualités d'homme de sciences, votre sens critique, votre amour du travail bien fait et surtout vos qualités humaines, qui font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher Maître le témoignage de notre profonde gratitude. Puisse le Tout Puissant vous aide à aller au bout de vos ambitions professionnelles.

A notre Maître et Directeur

Pr TRAORE Fousseyni

- ✓ Pédiatre oncologue ;
- ✓ Maître de conférences agrégé en Pédiatrie à la FMOS ;
- ✓ Praticien hospitalier au CHU-GT

Cher Maître,

*C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de diriger ce mémoire.
Votre humanisme, votre souci de bien faire, votre courage et votre sens élevé
des responsabilités font de vous un maître exemplaire.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements et
notre profonde reconnaissance.*

ABREVIATIONS

AC : Anticorps

Ag : Antigène

AEG: Altération de l'état général

AIS : Anti inflammatoire stéroïdien

BCG : Bacille de Calmette et de Guérin

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CIVD : Coagulation intra vasculaire disséminée

CRP : Protéine C réactive

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRef : Centre de santé de référence

CVD : centre pour le développement des vaccins

DES : Diplôme d'Etudes Spéciales

DRP : Désobstruction rhinopharyngée

DTC : Diphtérie, tétanos, coqueluche

EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

ECB : Examen cytobactériologique

Hep B : Hépatite B

Hib : Haemophilus influenzae b

HIV : Virus de l'immunodéficience humaine

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

IM : Intra musculaire

JNV : Journées nationale de vaccination

LCR : Liquide céphalo-rachidien

NFS : Numération formule sanguine

MAS : Malnutrition aiguë sévère

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme élargie de vaccination

PCR : Polymérase chain réaction

PCV : Vaccin contre le pneumocoque

ROR : Rougeole, oreillon, rubéole

SC : Sous-cutanée

VAA: Vaccin anti amaril

VAR: Vaccin anti rougeole

VPI : Vaccin polio inactivé

VPO : Vaccin polio oral

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLE DES MATIERES

. I INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
III. METHODOLOGIE	4
1. Cadre d'étude	4
2. Type d'étude et période	6
3. Population d'étude	6
4. Critères d'inclusion	6
5. Critères de non inclusion	6
6. Echantillonnage	6
7. Collecte des données	6
8. Paramètres étudiés	6
9. Déroulement de l'enquête	7
10. Analyse des données	7
11. Ethique	7
12. Définitions opérationnelles	7
IV. RESULTATS	8
1. Données sociodémographique et économique	8
2. Etat vaccinal	10
3. Données cliniques	11
4. Données thérapeutiques	13
5. Complications	13
6. Durée d'hospitalisation	14
7. Evolution et devenir	14
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	17
1. Fréquence	17
2. Caractéristiques sociodémographiques et économiques	17
✓ Age	17
✓ Sexe	17

✓ Niveau d’instruction et profession des parents	17
3. Etat vaccinal	18
✓ Etat vaccinal selon le PEV	18
✓ Couverture vaccination contre la rougeole	18
4. Données cliniques	18
✓ Motif de consultation	18
✓ Signes physique	19
5. Complications de la rougeole	19
6. Données thérapeutique	19
7. Evolution et devenir	19
CONCLUSION	21
RECOMMANDATIONS	22
REFERENCES	23
ANNEXES	26

I. INTRODUCTION

La rougeole est une maladie virale aigue hautement contagieuse, caractérisée par une fièvre, une rhinite (écoulement nasal), une toux, une irritabilité, une conjonctivite/un larmoiement et un énanthème (signe de Koplick) sur la muqueuse buccale et labiale. A ces symptômes, succède une éruption maculo-papuleuse accompagnée d'une forte fièvre, qui débute au niveau de la tête, du cou et du visage avant de s'étendre progressivement au thorax, aux bras, et aux jambes et d'atteindre les pieds le troisième jour [1]. L'éruption dure 5-6 jours. Les formes compliquées sont plus fréquentes chez les patients âgés de moins d'un an et de plus de 20 ans. La première cause de décès est la pneumonie chez l'enfant [2].

En 2001, le Mali a connu une flambée d'épidémie de rougeole avec 4464 cas pouvant s'expliquer par l'accumulation des sujets non immunisés susceptibles de faire la rougeole. En 2003, La rougeole s'est traduite par plus de 30 millions de cas et 530 000 décès dans le monde [3]. Les flambées épidémiques commencées en fin 2008, se sont poursuivies dans les localités insuffisamment couvertes par la vaccination [5]. L'éradication d'une maladie contagieuse nécessite l'obtention et le maintien d'un taux de couverture vaccinale important (>95%). Lorsque celle-ci diminue, des flambées épidémiques peuvent réapparaître, y compris dans des pays où la maladie semblait être contrôlée depuis plusieurs années [6]. La vaccination compte parmi les mesures de santé publique les plus efficaces permettant de prévenir la mortalité, la morbidité ainsi que les complications des maladies infectieuses. D'après les estimations de l'OMS, près de 3 millions de décès sont évités annuellement dans le monde grâce à la vaccination et 1,5 million d'autres décès pourraient être évités simplement si la couverture vaccinale s'est améliorée [7]. Cependant, l'efficacité vaccinale n'est possible qu'à la seule condition que l'immense majorité de la population soit vaccinée [8]. Depuis la généralisation de la vaccination, les maladies jadis très fréquentes, sont de nos jours relativement contrôlées ; il s'agit notamment du tétanos, de la diphtérie, la coqueluche [9], la rougeole [10], la diarrhée à *rotavirus* [11] et les infections invasives à *pneumocoque* et à *H.influenzae* [5].

Bien que les vaccins soient disponibles gratuitement dans les formations sanitaires, beaucoup d'enfants échappent à différentes stratégies mise en place pour les atteindre. A cause des raisons multiples expliquant les mauvaises couvertures vaccinales, la résurgence de ces maladies reste appréciable [12]. Deux raisons expliqueraient la fréquence des maladies évitables par la vaccination : la faible couverture vaccinale et le fait que l'immunité conférée par le vaccin décline si bien qu'à l'adolescence, certains enfants ne possèderaient plus d'anticorps protecteurs [13-14]. Au Mali, dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les vaccins de routine pour les enfants comprennent : le vaccin du BCG contre la tuberculose, le vaccin du DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et *l'Haemophilus influenzae* type b, le vaccin oral contre la polio, le vaccin contre la polio inactivée (VPI), le vaccin contre le pneumocoque (PCV), le vaccin contre le rotavirus, le vaccin anti rougeoleux, le vaccin contre la méningite et le vaccin contre la fièvre jaune [15]. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année [15]. Cependant, nous avons observé une recrudescence de certaines maladies évitables par la vaccination.

Selon l'OMS, l'Afrique est particulièrement touchée par l'explosion des cas de rougeole du fait du retard de la vaccination des enfants, avec une hausse de 400% (près de 17500 cas) pour les trois premiers mois de 2022 par rapport à la même année de 2021 [16]. Ce constat est valable au service des urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré. Ainsi, nous avons initié ce travail pour explorer la complétude vaccinale dans les dossiers médicaux des enfants hospitalisés pour rougeole et nos objectifs sont :

II. OBJECTIFS

Objectif général

Déterminer la fréquence de la rougeole chez les nourrissons de 1-24 mois hospitalisés aux urgences

Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer l'état vaccinal selon le PEV des nourrissons de 1-24 mois hospitalisés pour rougeole,
- ✓ Décrire les signes cliniques de la rougeole,
- ✓ Déterminer les complications et le devenir immédiat des nourrissons hospitalisés pour rougeole.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU-GT) de Bamako.

✓ **Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré**

Le CHU-GT constitue l'un des hôpitaux de troisième niveau de référence ou sommet de la pyramide sanitaire de la République du Mali. L'ancien dispensaire, il a été érigé en Hôpital et baptisé « Gabriel TOURE », le 17 janvier 1959 à la mémoire d'un jeune médecin victime du devoir. Le CHU Gabriel Touré est situé en pleine ville de la capitale, reçoit des patients de toutes les communes de Bamako et ceux référés par les autres localités du Mali. Malgré l'existence des centres de santé communautaires (CSCom) et les centres de santé de références (CSRéf); l'affluence y reste encore très élevée.

✓ **Département de pédiatrie**

Le département de pédiatrie est constitué par :

- Un service de pédiatrie générale qui comprend la consultation externe, trois pavillons d'hospitalisations, une unité d'oncologie pédiatrique, une unité de prise en charge de la drépanocytose, une unité de prise en charge nutritionnelle et un centre d'excellence de prise en charge du VIH pédiatrique,
- Un service des Urgences Pédiatriques,
- Un service de Néonatalogie avec une unité kangourou,
- Des salles pour des projets (CVD) : Site sentinelle à l'hôpital Gabriel Touré dont les activités sont menées au niveau du laboratoire et de la pédiatrie. Ce centre conduit des recherches pour déterminer l'ampleur des maladies évitable par la vaccination.

✓ **Service des Urgences Pédiatriques**

Il a été créé en 2010 dans le cadre de la restructuration du département de pédiatrie. Le service des Urgences Pédiatriques comporte :

- Un hall d'accueil qui fait office de salle d'attente avec une télévision écran plat pour les accompagnants,
- Une salle de tri,

- Deux boxes de consultation en couleur blanchâtre : où la permanence est assurée de 08h à 16h par deux D.E.S, un interne « thésard » le tout supervisé par un médecin pédiatre,
- Un secteur d'hospitalisation de 25 lits constitué de : d'une salle pour les nourrissons, une salle pour les grands enfants et une salle de réanimation équipé avec un lit non encore fonctionnelle,
- Une salle d'isolement,
- Huit monétaires, deux aspirateurs et des sources d'oxygène.

✓ **Ressources Humaines**

L'effectif du personnel des Urgences Pédiatriques est composé de:

- Un Maitre de conférences agrégé en pédiatrie, chef de service,
- Trois pédiatres praticiens (dont deux Maitres de recherches),
- Des médecins en cours de spécialisation du Diplôme d'Etudes Spéciales (DES) de Pédiatrie,
- Des étudiants en thèse de doctorat en médecine,
- Deux (02) Techniciens supérieurs de santé,
- Onze (11) Techniciens de santé,
- Une (01) Technicienne de surface,
- Un (01) Agent de surveillance.

✓ **Activités aux Urgences Pédiatriques**

- Les urgences pédiatriques fonctionnent 24h /24 et 7jours /7,
- La prise en charge des enfants malades,
- Les hospitalisations des cas graves, qui après amélioration sont secondairement transférés en pédiatrie générale (pavillons),
- La formation théorique et pratique des médecins en spécialisation et des thésards,
- Le staff tous les jours (comptes rendu de garde),
- Le staff du jeudi (discussion sur les patients compliqués du service) ou e-pédiatrique

2. Type d'étude et période

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} avril 2020 au 30 mars 2022, soit deux ans.

3. Population d'étude

Les nourrissons âgés de 1 mois à 24 mois hospitalisés dans le service des urgences pédiatrique du département pendant la période d'étude.

4. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les nourrissons âgés de 1 mois à 24 mois hospitalisés pour rougeole suspectée ou confirmée dont les dossiers d'hospitalisation étaient exploitables.

5. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- ✓ les nourrissons âgés de 1 à 24 mois hospitalisés pour d'autres pathologies,
- ✓ les enfants hospitalisés pour rougeole âgés de plus de 24 mois.

6. Echantillonnage

L'échantillonnage était exhaustif, incluant tous les cas archivés de rougeole suspectée ou confirmée chez les 1 mois à 24 mois.

7. Collecte des données

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête préétablie à cet effet et validée à partir des dossiers et registres d'hospitalisation.

8. Paramètres étudiés

- ✓ Fréquence
- ✓ Données sociodémographiques et économiques : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction des pères et des mères, la profession des pères et des mères,
- ✓ Etat vaccinal : l'état vaccinal selon le PEV, la couverture vaccinale contre la rougeole,
- ✓ Données cliniques : le motif de consultation, les signes physiques, les examens complémentaires,
- ✓ Données thérapeutiques,
- ✓ Complications et le devenir,
- ✓ Durée d'hospitalisation.

9. Déroulement de l'enquête

Nous avons procédé par fouille manuelle de tous les dossiers archivés, des registres de consultation et d'hospitalisation concernant notre période d'étude. Puis nous avons sélectionné tous les cas suspects de rougeole chez les nourrissons de 1 mois à 24 mois. Ensuite nous avons renseigné notre fiche d'enquête dans l'anonymat totale (aucune identité des patients ne figurait sur notre fiche d'enquête).

10. Analyse des données

Les données ont été saisies sur les logiciels Microsoft Word 2010, Excel 2010 et analysées avec le logiciel SPSS 20.0.

11. Aspects éthiques

Les dossiers ont été utilisés dans l'anonymat et la confidentialité. Un consentement du chef de service a été obtenu pour l'utilisation des dossiers.

12. Définitions opérationnelles

✓ Cas suspect

Toute personne chez qui un clinicien suspecte la rougeole ou fièvre supérieure à 38°C et éruption maculopapulaire généralisée et un des signes suivants : toux ou rhinorrhée ou conjonctivite [31].

✓ Cas confirmé

Cas suspect ou probable et confirmation biologique : Ac sérique supérieur à 3 fois la normale ou présence d'IgM ; détection de l'Ag par immunofluorescence dans les sécrétions rhinopharyngées ; culture du virus positive [31].

✓ PEV (Programme Elargie de Vaccination)

C'est un programme mondial essentiel de santé dont son objectif global est de fournir des services de vaccination efficaces et de qualité à la population cible.

IV. RESULTATS

Durant notre période d'étude, nous avons pu colliger 76 patients hospitalisés aux urgences pédiatriques répondant à nos critères d'inclusion sur 1674 patients hospitalisés, soit une fréquence de 4,5% des patients hospitalisés aux urgences pédiatriques.

1. Données sociodémographique et économique

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Age (mois)	Effectif	Pourcentage (%)
1-5	6	7,9
6-11	28	36,8
12-17	24	31,6
18-24	18	23,7
Total	76	100

Les nourrissons âgés de 6-11 mois représentaient 36,8%.

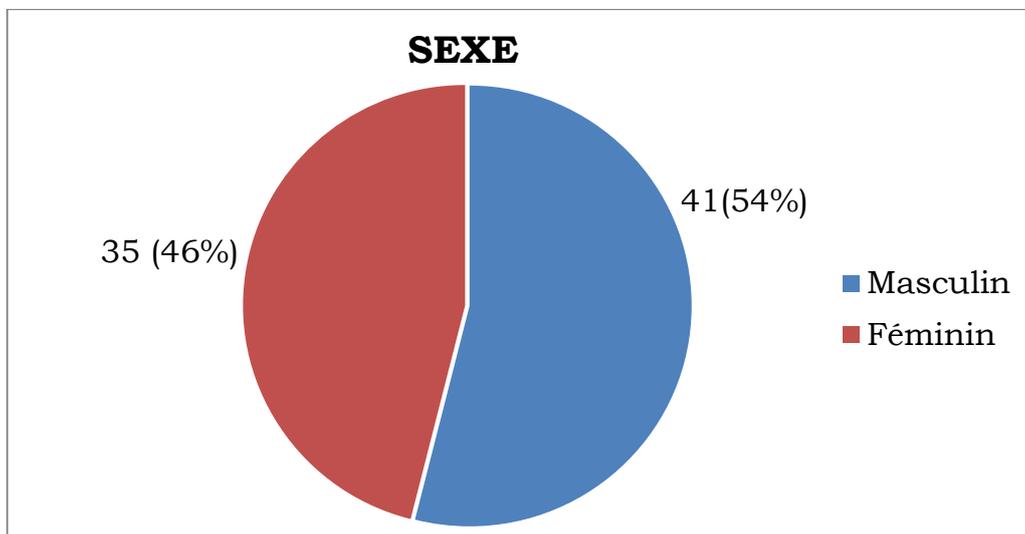


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Le sex-ratio était de 1,17.

Tableau II : Répartition des pères selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction des pères	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisé	37	48,7
Primaire	12	15,8
Secondaire	12	15,8
Supérieur	9	11,8
Ecole coranique	6	7,9
Total	76	100

Les pères étaient non scolarisés dans 48,7% des cas.

Tableau III : Répartition des mères selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction des mères	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisé	41	56,6
Primaire	21	27,6
Secondaire	12	15,8
Total	76	100

Les mères étaient non scolarisées dans 56,6%.

Tableau IV : Répartition des pères selon la profession

Profession des pères	Effectif	Pourcentage (%)
Ouvrier	33	43,4
Commerçant	21	27,6
Cultivateur	8	10,5
Fonctionnaire/Salarié	9	11,9
Etudiant	5	6,6
Total	76	100

Les pères étaient ouvriers dans 43,4%.

Tableau V : Répartition des mères selon la profession

Profession des mères	Effectif	Pourcentage (%)
Femme au foyer	61	80,3
commerçante	8	10,5
Fonctionnaire	2	2,6
Couturière	2	2,6
Coiffeuse	3	3,9
Total	76	100

Les mères étaient femme au foyer dans 80,3%.

2. Etat vaccinal

Tableau VI : Répartition des patients selon l'état vaccinal du PEV

Etat vaccinal du PEV	Effectif	Pourcentage (%)
Vaccination correcte	22	29
Vaccination en cours et correcte	20	26,3
Vaccination incorrecte	31	40,8
Non vacciné	3	3,9
Total	76	100

L'état vaccinal était correct dans 29% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon la couverture vaccinale contre la rougeole

Couverture vaccinal contre la rougeole	Effectif (n=70)	Pourcentage(%)
Vacciné à 9 mois	22	31,4
Vacciné après 9 mois (Rappel)	1	1,4
Non vacciné contre la rougeole	47	67,2
Total	70	100

Les patients étaient vaccinés contre la rougeole dans 31,4%.

3. Données cliniques

Tableau VIII : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif (n=76)	Pourcentage (%)
Gêne respiratoire	49	64,5
Fièvre	29	38,2
Eruption cutanée	19	25
Toux	10	13,6
Anorexie	7	9,2
Diarrhée	5	6,6
Altération de l'état général	4	5,2
Convulsion	3	3,9
Autres*	3	3,9

Autres* : rhume (1), somnolence (1), saignement nasal (1)

La gêne respiratoire était présente dans 64,5% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon les signes physiques spécifiques de la rougeole

Signes physiques spécifiques	Effectif (n=76)	Pourcentage (%)
Catarrhe oculo-naso-pharyngé	73	96
Signe de Köplick	63	83
Eruption généralisée	61	80,3
Température >38°C	40	52,6
Eruption desquamative	15	19,7

L'éruption cutanée était présente chez tous les patients.

Tableau X : Répartition des patients selon d'autres signes associés

Autres signes associés	Effectif (n=76)	Pourcentage (%)
Détresse respiratoire	68	89,5
Râles crépitants	60	78,9
Pâleur	12	15,9
Convulsion	5	6,6
Coma	7	9,2
Déshydratation sévère	3	3,9
Epistaxis	1	1,3

La détresse respiratoire était associée dans 89,5%.

Tableau XI : Répartition des patients selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage (%)
NFS	71	93,4
CRP	62	81,8
Hémoculture	26	34,2
ECB du LCR	8	10,5
Radiographie du thorax	60	78,9
Sérologie HIV	3	3,9
PCR (IgM)	00	00
Aucun examen	3	3,9

Aucun examen de confirmation par le PCR n'avait été réalisé.

4. Données thérapeutiques

Tableau XII : Répartition des patients selon le traitement

Traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Désobstruction rhino-pharyngée (DRP)	14	18,4
Oxygène	16	21
Antibiotique	70	92,1
Antipyrétique	54	41
Soins oculaires	18	23,7
Soins cutané	14	18,4
Vitamine A	37	48,7
Corticoïde	3	3,9
Diazépam	5	6,6
Transfusion	4	5,2

L'antibiotique était utilisé dans 92% des cas.

5. Complications

Tableau XIII : Répartition des patients selon les complications

Complications	Effectif	Pourcentage (%)
Pneumonie	61	80,3
Malnutrition aiguë sévère	15	19,7
Méningo-encéphalite	8	10,5
Déshydratation sévère	3	3,9
Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)	1	1,3
Aucune complication	4	5,3

La pneumonie était présente dans 80% des cas.

6. Durée d'hospitalisation

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage (%)
1-3	12	15,8
4-6	23	20,3
7-10	31	40,8
11-15	6	7,9
15 et plus	4	5,3
Total	76	100

Les patients avaient un séjour d'hospitalisation entre 7 à 10 jours dans 40%.

7. Evolution et devenir

Tableau XV : Répartition des patients selon l'évolution immédiate

Evolution immédiate	Effectif	Pourcentage (%)
Guérison	61	80,3
Sortie contre avis médical	2	2,6
Evadé	3	3,9
Décès	10	13,2
Total	76	100

Dans 80% des cas les patients étaient guéris et 13,2% étaient décédés.

Tableau XVI : Répartition des patients guéris selon les complications

Complications immédiate	Guérison (n=61)	
	Effectif	Pourcentage (%)
Pneumonie	50	82
Malnutrition aiguë sévère	5	8,2
Méningoencéphalite	4	6,6
Déshydratation sévère	2	3,2

Les patients atteints de pneumonie étaient guéris dans 82% des cas.

(p=0,03)

Tableau XVII : Répartition des décès selon l'état vaccinal contre la rougeole

Etat vaccinal contre la rougeole	Décès (n=10)	
	Effectif	Pourcentage (%)
Vacciné	4	40
Non vacciné	6	60
Total	10	100

Les patients décédés n'avaient pas reçu le vaccin anti rougeoleux dans 60% des cas. (p=0,006).

Tableau XVIII : Répartition des décès selon les complications

Complications	Décès (n=10)	
	Effectif	Pourcentage (%)
Pneumonie	5	50
Méningo-encéphalite	3	30
Déshydratation sévère	1	10
CIVD	1	10
Total	10	100

La pneumonie était la cause de décès dans 50%.

Tableau XIX: Répartition des décès selon l'âge

Age (mois)	Décès (n=10)	
	Effectif	Pourcentage (%)
1-5	1	10
6-11	3	30
12-17	3	30
18-24	3	30
Total	10	100

Les décès étaient plus fréquents après 5 mois.

Tableau XX: Répartition des décès selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Décès (n=10)	
	Effectif	Pourcentage (%)
1-3	6	60
4-6	2	20
7-10	0	00
11-15	2	20
Total	10	100

Les décès étaient survenus dans les trois premiers jours d'hospitalisation dans 60% des cas.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les limites de l'étude

✓ La tenue des dossiers médicaux

Nous avons constaté que beaucoup de dossiers étaient incomplètes et inexploitable surtout la partie vaccination, ce qui a réduit la taille de notre échantillon.

✓ La confirmation diagnostique

La sérologie sanguine, le test salivaire, la détection du virus par PCR n'avaient été réalisées chez aucun patient. Ainsi nos résultats sont obtenus par suspicion clinique et non confirmation biologique. Malgré ces limites, nos résultats peuvent être discutés avec ceux de certains auteurs.

1. Fréquence

Pendant la période d'étude, 1674 nourrissons avaient été hospitalisés dans le service des urgences pédiatriques parmi lesquels 76 étaient hospitalisés pour la rougeole, soit une fréquence de 4,5%. Ce taux est nettement supérieur que ceux trouvés par Mariko S T (0,3%) [22] et Fofana A et al (0,035%) [24]. Cette différence pourrait s'expliquer par le choix de notre période d'étude au moment de la recrudescence des cas de rougeole dans le service.

2. Caractéristiques sociodémographiques et économiques

✓ Age

La tranche d'âge de 6 à 11 mois (27,6%) était la plus atteinte dans notre étude. Cette tranche d'âge constitue la cible privilégiée de la vaccination contre la rougeole qui se fait à 9 mois selon le PEV en vigueur au Mali. Malgré la fragilité immunitaire des nourrissons à cet âge, ils reçoivent la protection anti rougeole.

✓ Sexe

Le sexe masculin était majoritaire (54%) avec une sex-ratio de 1,17. Cette prédominance masculine a été retrouvé dans d'autres études [22, 24, 25]. Cependant, aucun auteur n'a pu établir un lien formel entre le sexe et la survenue de la rougeole.

✓ Niveau d'instruction et profession des parents

Les pères étaient majoritairement ouvriers (43,4%) et non instruits (48,7%). Tout comme les pères, les mères étaient pour la plupart des femmes au foyer (80,3%) et non instruites (56,6%). Ce résultat est similaire à celui de Mariko S T qui avait trouvé que les pères étaient paysans (45%) et non instruits (52,9%). Les mères étaient ménagères (84%) et non instruites (58,8%) [22]. Le niveau d'instruction et la profession des parents peuvent impacter favorablement ou défavorablement sur la demande des services de santé notamment la vaccination.

3. Etat vaccinal

✓ Etat vaccinal selon le PEV

Seulement 29% de nos patients avaient un statu vaccinal correct. Ce résultat est nettement inférieur à celui de Diallo M (51,9%) [20] et proche à celui de Fofana A et al (26,8%) [25]. Par ailleurs 3,9% de nos patients n'avaient reçu aucun antigène. Ce résultat est similaire à celui de Diallo M (3,8%) [20] et inférieur à celui de Nguetack F et al (8,1%) [21] dans d'autres études. Ce faible taux de couverture vaccinale pourrait s'expliquer soit par une connaissance limitée du PEV, un oubli ou une négligence des parents.

✓ Couverture vaccination contre la rougeole

Seulement 1/3 de nos patients avaient reçu le vaccin anti- rougeole (31,4%). Ce résultat est nettement inférieur dans d'autres études qui avaient trouvé respectivement (53,8%) [20], (71,4%) [21] et (63,4%) [24]. Ces différences pourraient s'expliquer par les causes influençant sur la non vaccination qui sont entre autres : l'ignorance, la rupture de vaccin, les maladies de l'enfant, l'indisponibilité de la mère... La nature rétrospective de notre étude ne nous permet pas de savoir le pourquoi de cette insuffisance, d'où l'intérêt d'une étude sur les déterminants et raisons de non vaccination complète des enfants. Seulement 1,3% de nos patients avaient reçu la 2^e dose de VAR (le rappel).

4. Données cliniques

✓ Motif de consultation

La gêne respiratoire (64,5%), la fièvre (38,5%) et l'éruption cutanée (25%) étaient les motifs de consultation les plus fréquents. Ce résultat est

superposable à celui de Mariko S T dont l'éruption cutanée vient en première position (37,2%) suivi de détresse respiratoire (27,4%) et de la fièvre (15,7%) [22]. Cette fréquence élevée de la gêne respiratoire s'explique peut-être par un retard de consultation dans les centres de santé.

✓ **Signes physique**

L'éruption cutanée (100%), le catarrhe oculo-naso-pharyngé (96%), la détresse respiratoire (89,5%), le signe de Köplick (83%) et la fièvre (52,6%) ont été les plus retrouvés. Dans l'étude de Fofana A et al, tous les patients présentaient de la fièvre, de l'éruption cutanée et le signe de Köplick (29,3%) [24]. Ces résultats prouvent que l'éruption cutanée, le catarrhe oculo-naso-pharyngé la fièvre et le signe de Köplick peuvent être considérés comme des signes suspects de la rougeole.

Par ailleurs, il est à noter que l'éruption cutanée au cours de la rougeole se présente sous forme d'exanthème (éruption erythématomaculeuse faite d'éléments roses rouges, arrondis, de contours irréguliers, mesurant moins de 1 cm de diamètre, distincts les uns des autres en laissant des intervalles de peau saine et non prurigineux), suivi de la phase desquamative.

5. Complications de la rougeole

La pneumonie occupait le premier rang des complications de la rougeole (80,3%), suivi de la malnutrition (19,7%) et de la méningoencéphalite (10,5%). Ce résultat est similaire à celui de Mariko S T dont la pneumonie occupait également (76,4%) suivi de la malnutrition (6%) et de l'encéphalite (6%) [22]. Nous pouvons déduire que les atteintes respiratoires restent les plus fréquentes des complications de la rougeole [26].

6. Données thérapeutique

Dans notre étude l'antibiothérapie a été la plus utilisée dans la prise en charge (92,1%) et la vitamine A (48,7%). Dans l'étude de Mariko S T, tous les patients avaient reçu de l'antibiotique [22]. L'antibiotique vise les complications et non le virus de la rougeole.

7. Evolution et devenir

La guérison était effective dans 80,3%. Ce résultat était légèrement supérieur à celui de Fofana A et al (63,40%) [24]. Durant l'hospitalisation, 13,2% des

patients étaient décédés. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Mariko S T (7,6%) [20] et inférieur à celui de Fofana A et al (19,5%) [24]. La forte létalité pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des complications pulmonaire et neurologique.

CONCLUSION

La recrudescence des cas de rougeoles dans notre contexte s'expliquait par l'insuffisance de vaccination contre la rougeole, d'où la nécessité d'une nouvelle étude sur les déterminants et raisons de non vaccination complète des enfants.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Au Autorités sanitaires du Mali

- Mener des campagnes de sensibilisation à la population sur l'importance de la vaccination et sur la gravité des maladies cibles du PEV notamment la rougeole ;
- Renforcer la formation continue du personnel surtout dans le domaine de la communication sur la vaccination ;
- Rendre disponible le PCR dans l'hôpital pour le diagnostic biologique de confirmation.

Au personnel sanitaire

- Vérifier et renseigner le carnet ou document de vaccination durant les séances de consultation ;
- Renforcer la sensibilisation des parents sur les avantages de la vaccination depuis la salle d'accouchement et à chaque contact avec l'enfant ;
- Renseigner correctement la partie vaccination dans le dossier médical.

REFERENCES

1. Médecins Sans Frontière. Prise en charge d'une épidémie de rougeole. Edition 2013. Numéro ISBN : 2-906498-93-9
2. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, France. Fiche rougeole 2015, publié le **13.04.16**, mise à jour le **05.03.18**.
[en ligne]. Consulté le 17 Juin 2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-rougeole_2015.pdf
3. Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde : progrès en 1999-2003. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2005, 80(9):78-81 (<http://www.who.int/wer/2005/wer8009/fr/index.html>, consulté le 8 décembre 2005).
4. Antona D, Lévy-Bruhl D, Fatima Aït-Belghiti F, Bonmarin I. Synthèse des données de surveillance de la rougeole du 1er janvier 2008 au 30 septembre 2019, point de situation au 08 octobre 2019 de Santé Publique France.
5. Ministère de la Santé du Mali. Plan stratégique national d'élimination de la rougeole au Mali 2013- 2020
6. Caseris M, et al. Actualité de la rougeole. Rev Med Interne (2015),
7. WHO. Immunization coverage [Internet]. 2016 [cité 12 janv 2017]. Disponible sur:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>
8. OMS. La vaccination dans le monde: vision et stratégie 2006-2015 [Internet]. [cité 24 déc 2016]. Disponible sur:
<http://www.who.int/immunization/givs/fr/>
9. Guiso N. Impact de la vaccination sur l'épidémiologie des maladies infectieuses: exemple de la coqueluche. MS Rev. 2007;
10. Minal (K. Patel), Gacic-Dobo M, Peter M S, Dabbagh A, Mulders MN, Okwo-Bele J-M, et al. Progress towards regional measles elimination – worldwide, 2000–2015. Wkly Epidemiol Rec Relevé Épidémiologique Hebd. 2016; 91(45):525–536.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Mesurer l'impact de la vaccination par les vaccins conjugués anti-streptococcus pneumoniae et anti-Haemophilus influenzae type b. Measuring impact of streptococcus

pneumoniae and haemophilus influenzae type b conjugate vaccination [Internet]. 2013 [cité 24 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/82076>

12. Santoni F. Le programme élargi de vaccination: 25 ans demain. *Médecine Trop.* 2001;61(2):177-86.

13. Wu C-J, Ko H-C, Lee H-C, Tsai W-C, Li M-G, Pao Y-Z, et al. Decline of Tetanus Antitoxin Level with Age in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 1 mai 2009;108(5):395-401.

14. Gustafsson L, Hessel L, Storsaeter J, Olin P. Long-term Follow-up of Swedish Children Vaccinated With Acellular Pertussis Vaccines at 3, 5, and 12 Months of Age Indicates the Need for a Booster Dose at 5 to 7 Years of Age. *Pediatrics.* 1 sept 2006; 118(3):978-84.

15. EDSM-VI. Vaccination des enfants. 2018. P:29-32.

16. WHO. WHO recommendations for routine immunization-summary tables <https://www.who.int/immunization/policy/immunization-tables/en/>

17. OMS en Afrique: Epidémie des maladies évitables par la vaccination en Afrique. [Cité le 28/04/22]

Site : afro.who.int

18. WHO. Vaccine Position Papers

<https://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en/>

19. WHO. Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva, 2022

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052178>

20. Diallo M : Evaluation de la couverture vaccinale du PEV chez les enfants de 12-24 mois en commune II du district de Bamako.

Thèse médecine 2015

21. Nguefack F et al : Déterminants et raisons de non vaccination des enfants hospitalisés dans deux hôpitaux de référence pédiatrique à Yaoundé. *Health Sci. Dis* : vol 19 (2) April-Mai-June 2018

Avalable at : www.hsd.fmsb.org

22. Mariko S T : Etude épidémioclinique de la rougeole dans le département de pédiatrie générale. Thèse médecine 2021

23. Ministère de la santé du Mali : Programme élargie de vaccination.

Site : <http://www.sante.gov.ml>

24. Fofana A et al : Morbimortalité de la rougeole infantile dans la ville de Bamako de 2009-2011

Rev Mali Infect Microbial 2022, Vol17 N°1

<https://www.afro.who.int>

25. Antono D et al : Epidémiologie de la rougeole en France entre 2011 et 2018. [Cité le 02/01/2019]

26. F. Durieux et Laffont Encyclopédie médico-chirurgicale : maladies infectieuses

27. Ministère de la santé publique. Plan d'action annuel 2014 du programme élargi de vaccination du Cameroun. 2014.

28. Nguefack Dongmo F, Tassadong C, Dongmo R, Tatah S, Fodoung Wamba Danny S, Chiabi A, et al. Factors Influencing Routine Vaccination of Children of Mothers Live-Stock Retailers in the Markets of Yaoundé. World J Vaccines. 12 mai 2016;06(02):23.

29. Russo G, Miglietta A, Pezzotti P, Biguioh RM, Mayaka GB, Sobze MS, et al. Vaccine coverage and determinants of incomplete vaccination in children aged 12–23 months in Dschang, West Region, Cameroon: a cross-sectional survey during a polio outbreak. BMC Public Health. 10 juill 2015;15(1):630.

30. Bielicki JA, Achermann R, Berger C. In touch but not up-to-date: Ambulatory visits and vaccination status in a cohort of young Swiss children. Vaccine. 4 nov 2013;31(46):5375-80.

31. MSF Médical Guidelines : Investigations de l'épidémie de rougeole.

<https://medicalguidelines.msf.org>

ANNEXES

QUESTIONNAIRES:

I-Identification

1. Age (mois): 1-5/_/ 6-11/_/ 7-9/_/ 12-17/_/ 18-24

2. Sexe : M/_/ F/_/

II. Caractéristique socio démographique

1. Personne en charge de l'enfant :

Père/Mère/_/ Mère/_/ Père/_/ Grand-mère/_/Tiers personne/_/

2. Niveau d'instruction des pères :

Primaire/_/ Secondaire/_/ Supérieur/_/ Non scolarisé/_/

3. Niveau d'instruction des mères :

Primaire/_/ Secondaire/_/ Supérieur/_/ Non scolarisé/_/

4. Profession des pères:

Fonctionnaire/_ / cultivateur/_/ Commerçante/_/ Ouvrier/_/ Autres.....

5. Profession des mères:

Fonctionnaire/_ / Commerçante/_/ Femme au foyer/_/ Autres.....

III. Programme vaccinal (PEV):

1. vaccination correcte selon l'âge

Oui /_/ Non /_/

2-Vaccination en cour et correcte selon l'âge

Oui /_/ Non /_ /

3-Non vacciné/_/

4- Nourrisson vacciné contre la rougeole :

-Avant 9M /_/, A 9M/_/, Après 9M/_/, Rappel après 9M/_/

5- Nourrisson non vacciné contre la rougeole :

-Avant 9M /_/, A 9M/_/, Après 9M/_/

IV- Examen clinique :

1-Motif de consultation : fièvre/_/, éruption cutanée/_/, toux/_/, détresse respiratoire/_/, autres.....

2- Etat général : bon/_/, mauvais/_/

3- Coloration des conjonctivites et peau: bonne/_/, pâle/_/, éruption généralisé/_/ éruption desquamative/_/

4- Examen pulmonaire :

Examen normal/_/, Détresse respiratoire/_/ râles crépitant/_/

5- Examen neurologique : Normal/_/, prostration/_/, coma/_/, déficit de focalisation/_/

6- Examen ORL : Ecoulement nasal : oui/_/, non/_/ ; Pharyngite : oui/_/, non/_/ Signe de Koplick : oui/_/, non/_/

7- Examen OPH : Conjonctivite : oui/_/, non/_/

9- Examens complémentaires :

NFS/_/, CRP/_/, Hémoculture/_/ PCR/_/, Rx du thorax/_/, TDM/_/

10-Complications : Pneumonie/_/, méningo-encéphalite/_/,

Malnutrition/_/, Déshydratation/_/, autres.....

11-Durée d'hospitalisation :

1-3jours/_/, 4-6jours/_/, 7-10jours/_/, 11-15jours/_/, sup 15jours/_/

12- Evolution : Guérie/_/, DCD/_/, Evadé/_/, Sortie contre avis médical/_/

Fiche Signalétique

Prénom : Phillippe

Nom : KELEMA

Tél : 74-12-10-11

Email : phillipekelema@yahoo.fr

Pays : Mali, **Ville :** Bamako

Année Universitaire : 2021-2022

TITRE : La rougeole chez les nourrissons de 1 mois à 24 mois hospitalisés aux urgences pédiatriques du CHU Gabriel Touré

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

RESUME

Nous avons mené une étude rétrospective transversale et descriptive de 2 ans (du 01 avril 2020 au 30 mars 2022). Elle a porté sur 76 cas de rougeole suspectée ou confirmée sur 1674 patients hospitalisés de 1 mois à 24 mois pendant la période, soit une fréquence de 4,5%. La tranche d'âge de 6 à 11 mois était la plus touchée. Le sex-ratio était de 1,17. Le statu vaccinal était à jour dans 29% et 4% des patients n'avait reçu aucun antigène. L'état vaccinal contre la rougeole était de 31,4% et seulement 3% avait reçu la 2^e dose de VAR. La gêne respiratoire (64,5%) était le motif de consultation le plus fréquent suivi de la fièvre (38,2%) et de l'éruption cutanée (25%). Les signes physiques les plus fréquents étaient l'éruption cutanée (chez tous les patients), le catarrhe oculo-naso-pharyngée (96%), la détresse respiratoire (89,5%) et le signe de Koplick (83%). Aucun patient n'avait réalisé le PCR pour le diagnostic biologique de confirmation. Quarante-vingt-douze pourcent (92%) des patients avaient bénéficié de l'antibiotique. La pneumonie (80%), la malnutrition aiguë sévère (19,7%) et la méningo-encéphalite (10,5%) étaient les complications les plus fréquentes. La durée d'hospitalisation variait de 7-10 jours (40%). La guérison était effective dans 83,3% contre un taux décès de 13%.

A la fin de cette étude, nous avons constaté une recrudescence des cas de rougeole par insuffisance de vaccination.

Les mots clés : Etat vaccinal, rougeole, complications

Material Safety Data Sheet

First name: Phillipe **Last name:** KELEMA

Tel: 74-12-10-11 **Email:** phillipekelema@yahoo.fr

Country: Mali, **City:** Bamako

Academic year: 2021-2022

TITLE: Measles in infants from 1 month to 24 months hospitalized in the pediatric emergency room of the CHU Gabriel Touré

Place of deposit: FMPOS Library

SUMMARY

We conducted a 2-year cross-sectional and descriptive retrospective study (from April 01, 2020 to March 30, 2022). It covered 76 cases of suspected or confirmed measles out of 1,674 patients hospitalized from 1 month to 24 months during the period, i.e. a frequency of 4.5%. The age group of 6 to 11 months was the most affected. The sex ratio was 1.17. The vaccination status was up to date in 29% and 4% of patients had received no antigen. The measles vaccination status was 31.4% and only 3% had received the 2nd dose of VAR. Respiratory discomfort (64.5%) was the most frequent reason for consultation followed by fever (38.2%) and rash (25%). The most frequent physical signs were rash (in all patients), oculo-nasopharyngeal catarrh (96%), respiratory distress (89.5%) and Koplick's sign (83%). No patient had performed the PCR for the laboratory confirmation diagnosis. Ninety-two percent (92%) of patients had benefited from the antibiotic. Pneumonia (80%), severe acute malnutrition (19.7%) and meningoencephalitis (10.5%) were the most common complications. The duration of hospitalization varied from 7-10 days (40%). Healing was effective in 83.3% against a death rate of 13%.

At the end of this study, we noted an upsurge in cases of measles due to insufficient vaccination.

Key words: Vaccination status, measles, complications