

# LE BULLETIN MÉDICAL D'AFRIQUE

---

## *INTERVIEW :*

### *DITES MOI DOCTEUR...*



Bonjour Dr et merci d'accorder cette interview au Bulletin Médical d'Afrique.

1. BMA : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots à nos lecteurs ?  
(nom, prénom, spécialité, lieu d'exercice, années d'ancienneté dans le métier, etc.)

#### **Réponse du Docteur :**

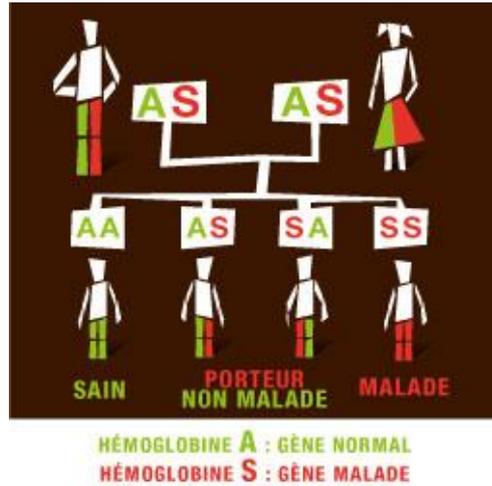
**Je suis le Docteur Sonia FOALENG TAKAM, Pédiatre exerçant en France depuis quelques années.**

2. BMA : Nous allons aujourd'hui aborder avec vous le thème de la drépanocytose. Une affection qui touche des millions de personnes à travers le monde et représente de ce fait un véritable problème de santé publique. Alors docteur, dites nous, c'est quoi la drépanocytose ?

#### **Réponse du Docteur :**

La drépanocytose est la première maladie génétique, mendélienne (héréditaire autosomique récessive) de l'hémoglobine HbS, la plus répandue dans le monde. Encore appelé anémie falciforme ou anémie SS ou encore dans certains pays africains « Hématies ». elle n'est pas contagieuse comme beaucoup le pense. Mais transmise par LES DEUX parents à leur enfant. La mutation GAG>GTG affecte le 6<sup>ème</sup> acide aminé de la chaîne B-globine : acide glutamique remplacé par une valine conférant de nouvelles propriétés à l'Hb qui entraîne la formation de polymère en situation hypoxique avec falciformation de globule rouge : formes de croissant ou faucille (anémie hémolytique chronique falciforme) et vaso-occlusion : globules rouges anormaux qui bouchent les petits vaisseaux sanguins (douleur, atteintes des organes et infections).

### Transmission



### Falciformation

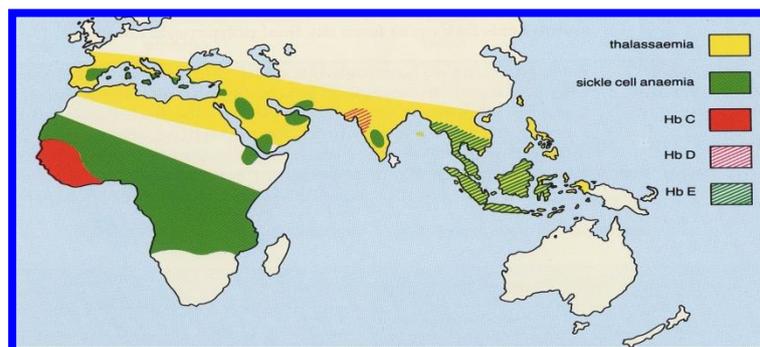


3. Sur le plan épidémiologique, quelle est la prévalence de cette affection dans le monde et plus particulièrement en Afrique ?

#### Réponse du Docteur :

C'est la première maladie génétique la plus répandue dans le monde occupant la première place en France devant la mucoviscidose. On note environ 800 000 nouveau né / an dans le monde (dont 80 % dans les pays en voies de développement et 1/2000 en Europe Occidentale). En France, 400 nouveaux cas de drépanocytose par ans. En Afrique noire 1/65 nouveau-nés naît drépanocytaire. Elle touche essentiellement les enfants dont les parents sont originaires d'Afrique noire ou du Nord, les Antilles. Cependant du fait du brassage croissant des populations, elle pourra concerner tous les enfants d'ici quelques années.

*Distribution géographique des maladies génétiques dans le monde. (Sickle cell anaemia = Drépanocytose)*



4. Quels sont les symptômes de cette pathologie et comment se fait le diagnostic de confirmation de la maladie ?

**Réponse du Docteur :**

Il n'y a pas de phase pré-symptomatique et les principaux symptômes de la drépanocytose sont : les crises vaso occlusives (douleur : très douloureuses et répétées tout au long de la vie), les infections, les anémies hémolytiques et ictère, les séquestrations spléniques, les AVC.



Les circonstances du diagnostic se font soit par dépistage systématique chez tout sujet d'ethnie dite à risque ; Soit au décour d'une enquête familiale ; Soit lors d'un diagnostic étiologique d'anomalies de l'hémogramme évocatrice d'une maladie de l'hémoglobine (anémie hémolytique, microcytose, pseudopolyglobulie) ou lors d'une découverte de l'Hb lors du dosage d'Hb A1c.

Le diagnostic de confirmation se fait par l'étude de l'hémoglobine utilisant une technique de 1ere intention (détection, identification et dosages) telle que que l'Isoelectrofocalisation (IEF) qui sera secondairement confirmée par une seconde technique telle que la chromatographie liquide à haute pression (CLHP). Dans tous les cas, avant de porter le diagnostic de drépanocytose, elle devra être confirmé par une seconde technique.

**Expérience Africaine : analyse et résultats (SDM : syndrome drépanocytaire majeur)**

	Burkina Faso	RDC	Bénin	Ghana	Angola
Techniques	Screening (IEF) + confirmation (HPLC) en Belgique	Screening (IEF)	Screening (IEF)		Screening (IEF)+ confirmation EC

5. BMA : On dit souvent que les patients drépanocytaires ont une espérance de vie réduite par rapport à la population générale. Quel suivi médical et quelle hygiène de vie devraient respecter ces patients pour espérer voir leur espérance de vie se prolonger ?

### **Réponse du Docteur :**

Le suivi de tout drépanocytaire doit être à une échelle pluridisciplinaire (Médecins, infirmière, psychologue, puéricultrice, assistant social, ...) en mettant en place des consultations de suivi, d'éducation thérapeutique, des dépistages des complications viscérales par des bilans annuels systématiques en hôpital de jour, La prévention des infections (antibioprophylaxie : ORACILLINE), des programmes vaccinaux élargis (Pneumocoque, Grippe), des traitements en cas de complications (hydroxyurées, programme d'échange transfusionnel).

Le drépanocytaire doit respecter les règles d'hygiène de vie bien définies (hyperhydratation, éviter les situations d'hypoxie, changement brutaux de température, conduite à tenir en cas de fièvre, ..) qui doivent être bien comprises et appliquées et surtout réévaluées à chaque consultation.

Les parents des enfants drépanocytaires ou les drépanocytaires adultes doivent avoir une connaissance parfaite de leur maladie afin de mieux vivre avec, d'éviter les facteurs favorisant les crises et prévenir les complications.

#### ***Education des parents : Apprendre la palpation de la rate.***



## Quelques règles hygienodietetiques



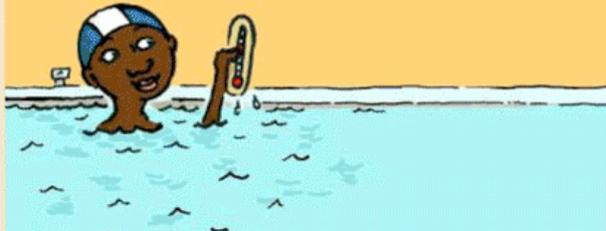
Lors de la pratique sportive, des **PRÉCAUTIONS** doivent être prises pour éviter le risque, faible, de favoriser une crise vaso-occlusive :

- Il est important, pour tout enfant pratiquant une activité sportive, de favoriser **la prise de boissons**, en fonction des conditions climatiques et de la durée de la séance de sport. Toutes les règles d'hydratation applicables chez l'enfant sont à renforcer chez l'enfant drépanocytaire, surtout lorsque les conditions climatiques sont particulièrement propices à la perte d'eau par sudation. Tous les moyens passifs de prévention de l'accumulation de chaleur, comme par exemple le port de vêtements amples et de couleur claire sont à privilégier.

- Toute **variation brusque de température** (passage chaud/ froid ou froid/ chaud) doit être évitée ; par conséquent, il faut absolument se couvrir après un effort pour empêcher par exemple la baisse rapide de la température du corps : mettre un peignoir en sortant de l'eau, changer de tee-shirt s'il est humide. Dans tous les cas, la baignade sera interdite si la température de l'eau est inférieure à 25°C. De même, l'exposition à des vents froids et à une ambiance humide nécessite de bien se couvrir, surtout au niveau des extrémités (mains, pieds) : penser aux gants, bonnet, écharpe,...

- Enfin, il ne faut jamais **manquer d'oxygène**, c'est-à-dire éviter les endroits confinés, mal aérés, ce qui reste exceptionnel. Toute activité physique, même de faible intensité, sera stoppée en cas d'essoufflement anormal. Dans l'état actuel de nos connaissances, il faudra interdire tout séjour ou pratique d'une activité physique en altitude au dessus de 1500 mètres.

- Il est donc primordial que chaque intervenant soit attentif aux changements de **comportement et d'attitude** de l'enfant : fatigue, pâleur, douleur, fièvre, enfant trop calme,.... qui peuvent être signes de complications de la maladie.



## Reconnaitre la pâleur



6. BMA : Existe-t-il des traitement permettant de guérir de manière définitive de cette maladie ?

**Réponse du Docteur :**

A ce jour, il y a une possibilité d'obtenir une guérison totale par transplantation de la moelle osseuse. Le donneur provenant de la fratrie du patient drépanocytaire non malade et HLA compatible, chez qui les cellules souches ont été prélevées à la naissance au niveau du sang du cordon. La greffe permet d'obtenir une guérison proche de 90%. Néanmoins elle ne demeure pas sans risque et reste très coûteuse et malheureusement pas encore faisable dans les pays en voies de développement.

7. BMA : Quel autres conseils pourriez vous donner aux malades drépanocytaires ainsi qu'à leur entourage pour les aider à mieux gérer la maladie et ses complications ?

**Réponse du Docteur :**

La drépanocytose n'est pas une fatalité. Elle entraîne beaucoup de culpabilité tant au niveau des parents (parfois entretenue par la famille : vous n'aurez pas dû vous marier ....), tant du côté des frères/sœurs bien portants (coupable de ne pas pouvoir aider leur frère/sœur malade) et du côté des malades (de n'être pas comme les autres dont tout parents rêvent) etc... La stigmatisation est forte et beaucoup de parents cachent encore leur enfant malade. L'enfant drépanocytaire est souvent considéré comme un « condamné à mort ». On le protège, on le soigne mais on ne construit pas son avenir malheureusement. Même si la maladie est présente, il y a toujours un espace de liberté à créer (importance du travail, de se marier et faire des enfants, d'avoir une activité physique). Pour aller bien, il faut aller bien physiquement, mais aussi socialement et psychologiquement.



8. BMA : En Afrique sub-saharienne, ce problème représente un défi majeur pour les autorités de santé publique. Quelles sont, selon vous, les mesures qui pourraient être mises en place dans ces pays, pour réduire la morbidité et la mortalité de cette maladie sur le continent ?

**Réponse du Docteur :**

La drépanocytose est une maladie chronique avec des accidents aigus. C'est un réel problème de santé publique, bien qu'elle reste encore aujourd'hui une maladie inconnue du grand public. L'absence de politiques efficaces de santé publique dans les pays en voies de développement fait le lit de croyances magico-religieuse sur la causalité de la maladie et entretient le tabou qui pèse sur la drépanocytose en Afrique tout comme en Europe. La politique de santé des pays d'Afrique devrait mettre en place un programme de dépistage néonatal systématique de la drépanocytose, d'assurer la prise en charge médicale pré symptomatique, un suivi rigoureux et également faciliter l'accès aux

soins et mettre en place un dispositif d'intervention thérapeutique précoce afin d'améliorer la morbidité et la mortalité.

9. BMA : Nous avons coutume, afin de susciter des vocations chez nos lecteurs, de poser en fin d'interview une question sur le métier de médecin.

Alors, docteur, dites nous, si vous aviez en face de vous un jeune africain qui souhaite se lancer dans des études de médecine, et qu'il vous demande trois points positifs et trois points négatifs de ce métier, que lui répondriez-vous ?

#### **Réponse du Docteur :**

La pédiatrie est comme la médecine général de l'enfant s'exerce aussi bien en milieu hospitalier qu'en libéral. Il n'y a pas de risque au chômage quelque soit le pays où l'on se trouve. Elle donne le choix au Pédiatre de pouvoir se « sur spécialiser » (endocrinologie pédiatrique, néphrologie pédiatrique, Cardiologie pédiatrique, gastrologie pédiatrique, etc) ... pour ceux qui aiment les enfants c'est la spécialité à choisir tout en pouvant la combiner avec une sur spécialisation de son choix. Les enfants d'aujourd'hui sont des adultes de demain ... les médecins de nos enfants ou petits enfants de demain ... C'est un métier qui demande d'être à l'écoute, de pouvoir établir une relation avec l'enfant et sa famille dans un climat de confiance et d'alliance dans les situations difficiles.

En terme d'inconvénients, le pédiatre court le risque d'attraper les petits virus des enfants bien évidemment ... de finir parfois très tard pour ceux qui se mettent en libéral. C'est un métier prenant où il faut non seulement s'occuper du problème de l'enfant, mais aussi gérer l'angoisse des parents et pour finir comme toute autre spécialisation, le pédiatre court aussi le risque des plaintes des parents des patients insatisfaits.

10. BMA : Un dernier mot à l'attention des confrères qui nous lisent ?

#### **Réponse du Docteur :**

J'encourage énormément mes futurs confrères à ne pas hésiter à embrasser cette spécialité. J'ai fait ce choix et si j'avais à recommencer je n'hésiterai certainement pas. Il faut cependant aimer les enfants, ne pas être gêné par les cris, les pleurs, etc .... Savoir garder son calme, inspirer confiance et surtout savoir établir une bonne relation avec l'enfant et la famille.

Personnellement, je l'ai embrassé ce métier et je ne le changerai pour rien au monde. Rien ne peut remplacer une réflexion, un fou rire, une grimace, un gazouillement d'un enfant pour égayer sa journée. Les enfants sont un don de Dieu, m'en occuper est un réel et immense plaisir.



*Pour finir, je te remercie cher confrère et promotionnaire d'avoir penser à moi dans cette enquête.*

Merci beaucoup Docteur d'avoir accepté de répondre à nos questions.