

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>; le nom d'utilisateur est formationcontinue et le mot de passe : pediatrie

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 1^{er} mars 2016

Deuxième heure :

Arrivés d'ailleurs : bilan chez les enfants migrants et adoptés

Oratrices : Drsses N. Wagner & K. Posfay-Barbe (HUG, Genève)

Le problème de la prise en charge des enfants arrivés d'ailleurs est un thème d'actualité, un article sera prochainement publié dans Paediatrica. Le parcours de ces enfants est souvent difficile.

A l'arrivée en Suisse, l'enfant est accueilli dans un centre d'enregistrement pendant quelques semaines. Soit la demande est acceptée et la famille bénéficie d'un permis N, soit il n'y a pas d'entrée en matière (NEM) et la famille est refoulée.

Les demandes d'asile sont traitées au cas par cas. Si elle est refusée, la famille est refoulée; si elle est acceptée, elle peut bénéficier d'un permis B ou F. Durant la procédure, certaines familles rentrent dans leur pays d'origine.

Le permis B est renouvelable d'année en année, le permis C a une durée indéterminée, le permis N signifie que la demande est en cours, le permis F et une admission provisoire, en attente d'une décision. En dehors de ces permis, il y a les situations NEM (non entré en matière) ou les situations clandestines. Les NEM ont trois à sept jours pour quitter la Suisse. Une situation NEM est par exemple une famille qui a déposé une demande dans un autre pays européen (accord de Dublin).

Il y a un centre d'accueil à Vallorbe, puis les familles sont réparties dans différents cantons.

En général, les enfants sont vus en consultation santé migrant : l'enfant requérant, souvent non francophone et requièrent l'aide d'un traducteur. Souvent il y a des situations complexes.

Le but de la consultation est le dépistage de maladie et le rattrapage vaccinal. Actuellement, la majorité des requérants sont d'origine afghane (47,3%), syrienne (16,3%), somalienne. Il y a moins de demandes en provenance de l'Erythrée. Il y a un pic de consultations d'octobre à décembre.

Concernant les recommandations de prise en charge, peu de littérature existe, et le bilan varie en fonction du pays d'origine.

Vaccinations : la difficulté est liée à l'absence de document, une anamnèse peu fiable, un nombre de doses non ou mal déterminé, ou des difficultés de mémoire liée à l'importance de la fratrie (la mère mélange les souvenirs).

Tout d'abord, il faut savoir ce qui se fait dans le pays. Sur [apps who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules](https://www.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules), il est possible de trouver le plan et l'attitude vaccinale par pays.

Si les recommandations sont à jour, il suffit de compléter selon les recommandations suisses. Mais le carnet de vaccination, quand il est disponible, n'est pas toujours interprétable.

Une étude portant sur 92 migrants en provenance des pays de l'Est ou d'Afrique a montré que 41% avait un carnet de vaccination, et que 27% disait être à jour.

L'attitude proposée est de donner une dose booster, puis de faire un contrôle sérologique 1 mois après. 96% avaient une bonne réponse et ne nécessitait pas de dose supplémentaire.

Donc : DTPaHibIPV HBv<1 an et sérologie, suite selon résultats

DTPaIPV de 1 à 5 ans, suite selon sérologies

Pneumocoques 2 doses

Hépatite B 2 doses

Tuberculose : incidence de 1 à 2/100.000, 80% sont des étrangers. L'incidence est plus élevée en situation de catastrophe. Il faut aussi tenir compte du trajet parcouru par le migrant, qui a pu traverser des zones à haute endémie. Il faut aussi tenir compte des pays où la tuberculose est multi-résistante.

Le dépistage est nécessaire pour identifier, suivre et traiter les patients, surtout s'il existe une immunosuppression. Actuellement, tout adulte avec toux, perte de poids, frissons nocturnes bénéficie d'une radiographie du thorax et analyses des expectorations. Cette attitude n'est pas adaptée aux enfants, chez lesquels il est recommandé de faire un test de Mantoux ou un IGRA (TbSpot ou Quantiferon) si âgé de plus de 5 ans. Si ce dépistage est positif, une radiographie du thorax est pratiquée.

Si la radiographie est normale avec Mantoux ou IGRA positif, un traitement d'isoniazide et rifampicine sur 3 mois ou isoniazide seul sur 9 mois est introduit.

Si la radiographie est anormale, un traitement classique est introduit.

Lors de la notion de comptage, il est utile de connaître l'antibiogramme chez la personne source.

Dépistage HIV : si la mère est séronégative, le dépistage n'est pas nécessaire. Si le statut est inconnu ou l'enfant symptomatique, il faut faire un dépistage.

Hépatite B : lorsque la mère est infectée, le risque est de 90% pour l'enfant de développer une hépatite chronique. Le dépistage implique l'interprétation du dosage de l'AgHBs, Ac antiHBs et Ac antiHBc.

Il faut dépister tout enfant en provenance d'un pays à haute ou moyenne endémie d'hépatite B.

La présence d'AgHBs signe une hépatite chronique.

Lors d'Ac antiHBc positif et AgHBs négatif, la présence d'Ac antiHBs signe une ancienne hépatite B.

Lors d'Ac antiHBc positif et AgHBs négatif, l'absence d'Ac antiHBs rend la situation ambiguë : soit il s'agit d'une très ancienne hépatite B avec négativation des Ac antiHBs, soit d'une stimulation non spécifique.

Parasites intestinaux : souvent asymptomatiques, ils peuvent occasionner des troubles du transit, anémie, retard de croissance.

Protozoaires : lambliaze (diarrhée), entamoeba histolytica (anémie), blastocystis hominis (pathogène controversé).

Helminthiases : ténias, oxyure, ascaris, anguillule, schistosomes...

Sur 615 enfants porteurs de parasites, 15 % avaient moins de trois ans, 60 % entre 3 et 12 ans. Les recommandations sont de procéder à trois dépistages de parasites dans les selles ou de donner une dose unique d'albendazole.

Le dépistage permet un traitement ciblé, mais souvent le prélèvement est difficile (par exemple pour bilharziose, anguillulose). Un prélèvement est positif dans 75.9 % des cas, trois prélèvements donnent 100 % de résultat positif.

L'alternative est un traitement par dose unique d'Albendazole (Zentel), qui fonctionne pour les helminthes, mais pas pour les protozoaires, anguillulose, et bilharziose. Ces infections ne sont pas couvertes par ce médicament.

A la consultation des migrants, il a été décidé de procéder à un seul prélèvement de selles et si pas possible de donner une dose d'albendazole.

Bilharziose (schistosomose). Il existe trois sortes : haematobium, avec atteinte des voies urinaires, manzoni et japonicum avec atteinte digestive. L'infection peut persister pendant 30 ans, et parfois évoluer vers un cancer de la vessie (S. haematobium). Les sérologies sont sensibles, pour l'analyse de selles qu'il faut procéder une sédimentation des selles. Le parasite est présent en Afrique, Syrie, Brésil.

Il peut occasionner une atteinte urinaire avec hématurie, augmentation du risque de cancer de la vessie. Du point de vue digestif, la symptomatologie est sous forme de douleurs abdominales, diarrhée, inappétence, et des problèmes liés à l'embolisation de d'œuf de schistosome, par exemple dans la circulation hépatique.

Proposition PIG : sérologie schistosome.

Anguillulose (strongyloïdose) : parasites très fréquents, la contamination peut se faire par contact avec le sol contaminé. Il existe un cycle entéro entérique, avec auto entretien. Lors d'immunosuppression, il y a un risque accru avec dissémination multi organique.

Proposition PIG : sérologie si provenance d'un pays à risque.

Maladie de Chagas : il s'agit d'une trypanosomiase, avec transmission uniquement en Amérique du Sud ; il y a une atteinte cardiaque, digestive, 20 à 30 ans après la contamination. Il existe un risque de transmission foëto-maternelle.

Recommandations PIG : sérologie chez tout enfant provenant d'un pays à risque, âgé de plus que neuf mois.

Autrement, il convient de rechercher :

- une anémie (liée à une carence martiale ou à une hémoglobinopathie) ;
- un déficit en vitamine D (non exposition au soleil). La substitution est recommandée jusqu'à l'âge de trois ans et un dosage est utile en cas de douleur osseuse. Les enfants africains ont un risque accru de déficit en vitamine D. Une substitution systématique est à discuter.

Il convient également de prêter attention au stress post-traumatique, et aux états dépressifs. L'approche n'est pas facile compte tenue de la barrière linguistique. L'école peut être une source de résidence.

En résumé, le bilan proposé est :

- AgHBs et Ac antiHBc (ac antiHBs si ac antiHBc +)
- Sérologie HIV
- Dosage réponse vaccinale après dose booster
- 3 examens de selles (ou dose unique d'albendazole)
- Recherche d'anémie

Et en plus selon pays d'origine :

- sérologie pour la maladie de Chagas, bilharziose, anguillulose, Mantoux ou IGRA, bilan vitamine D

Adoption : 350 à 400 enfants sont adoptés en Suisse par année. La majorité ont entre 0 et 4 ans, provenant essentiellement d'Afrique, puis d'Inde, puis de Colombie. Les conditions d'origine sont très variables. A l'arrivée, il est recommandé de

procéder à un dépistage des hépatite B, hépatite C, HIV ; de faire une formule sanguine ; de faire trois analyses de selles avec recherche de lamblia.

Il faut également rechercher une cryptosporidiose, une schistosomiase, une tuberculose (test de Mantoux ou IGRA), et de rechercher la syphilis. Concernant le rappel vaccinal, il est proposé de faire une dose de rappel puis une sérologie. Il est utile de consulter le site mesvaccins.ch.

Autre problème d'actualité : le Zikavirus. Il s'agit d'un flavivirus, proche du West Nile virus et de la dengue. Il a été prouvé que le virus a un neuro tropisme chez la souris. Le virus est connu en Afrique, en Amérique, des cas sont également décrits en Asie.

Le problème a été la survenue de 58 cas de microcéphalie sur un mois, avec un taux d'incidence de 0,5 pour 10'000. Au Brésil, il y a eu 4180 cas déjà décrits contre 147 sur 32'014. Le virus a été retrouvé dans des cerveaux de fœtus décédés. L'augmentation des cas de syndrome de Guillain Barré est également décrite.

Recommandations :

Pour la femme enceinte, tout voyage en pays d'endémie est contre-indiqué, (y compris Antilles), et un certificat médical de contre-indication au voyage doit être établi.

Pour les femmes en âge de procréer, il faut éviter toute conception, employer un répulsif puissant (30 % de DEET), employer des habits imprégnés de répulsif. Au retour, un test de grossesse est recommandé ; autrement, une contraception quatre semaines après le retour est recommandée. En cas de symptôme, une sérologie de recherche pour le virus Zika est recommandée.

Lorsque la femme est enceinte au retour d'un voyage dans un pays à risque, il est recommandé de faire des sérologies pour Zika, fièvre jaune (réaction croisée possible) ; de faire une PCR dans le plasma et la salive. Il ne faut pas oublier les autres maladies associées aux fœtopathies (TORCH). Si les tests sont négatifs, et sans reconstrôler quatre semaines après le retour, des échographies suivies sont pratiquées. Si tout est négatif, il n'y a pas de traitement particulier. Si les tests sont positifs, une interruption thérapeutique de grossesse est discutée.

Les signes cliniques sont peu spécifiques : état fébrile, rash, conjonctivite, arthralgies.

Lors d'anomalie évocatrice de fœtopathie, des sérologies pour dengue, Zika, chikungunya, TORCH sont pratiquées avec recherche PCR pour Zika. La prise en charge est obstétricale, une ITG est discutée.

Compte rendu du Dr V. Liberek
Transmis par le laboratoire MGD

vliberek@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch