



**Dépistage systematique de la vasculopathie cerebrale par doppler
transcrânien chez l'enfant drépanocytaire au Mali**

**Dr Alain Dorie , Pr Dapa Aly Diallo, Pr Gil Tchernia
CRLD Bamako ,Mali**

**VI Congres de la Société Africaine Francophone
d'Hématologie**

Bamako , le 23 novembre 2011



Introduction

- La vasculopathie cérébrale est l' une des complications majeures de la drépanocytose
- Les enfants présentant des vitesses accélérées au DTC définissent **un sous groupe à risque élevé d'AVC** à l'origine d'une mortalité précoce ou de séquelles fonctionnelles majeures
- Adams (étude stop 1 et 2) : programme de transfusion régulière réduit considérablement ce risque

Risque d'AVC /an

(Adams et al 1992, 1997)

DTC Normal : 0.5-1%

DTC accéléré limite : 2-5 %

DTC accéléré pathologique : 10%

METHODOLOGIE

- Etude prospective de Mai 2008 à octobre 2011
- 236 enfants âgés de 1 à 17 ans ont bénéficié d'un dépistage systématique de la vasculopathie cérébrale par DTC de type Sonosite Micromaxx /le même opérateur

Vitesse normale : <1.5m/s :contrôle annuel

Vitesse limite : 1.5m/s - 1.79 m/s : contrôle trimestriel

Vitesse pathologique :> 1,79 m/s: programme transfusionnel

Population étudiée

Sexe M/F		130/106	
	âge moyen		
SS	7,6±3,9	150	63,55%
SC	8,2± 3,7	57	24,15%
S/β°	8,6± 4,7	13	5,5%
S/β+ Thal	9,2± 3,1	16	6,77%
Total		236	100%

Résultats globaux

DTC	Nombre	%	Taux d'HB
Incomplet	14	5,93%	9,15
Normal	182	77,13%	8,94
Limite	27	11,44%	7,21
Pathologique	13	5,5%	6,92

17% accélérés

Résultats DTC selon le phénotype

DTC	normal	limite	pathologique	Total
SS Age moyen= 7,6 Tx moyen d'hb (g/dL)	106 (75,17%) 8,16	23 (16,31%) 7,03	12 (8,51%) 7,17	141
SC Age moyen= 8,2 Tx moyen d'hb	50 (94,33%) 10,57	2 (3,77%) 9,95	1 (1,89%) 4,5	53
SBO Age moyen=8,6 Tx moyen d'hb	11 (84,62%) 7,97	2 (15,38%) 6,45	0	13
SB+ Age moyen=9,2 Tx moyen d'hb	15 (100%) 10,14	0	0	15
Total	182	27	13	222

SS; Tx my hb DTC N Vs DTC L: $p=0,0002$ DTC N Vs DTC $p= 0,03$

Fréquence et vitesse moyenne de chaque artère pour les DTC accélérés

Artère	CAD	CAG	CID	CIG	CMD	CMG	CPD	CPG	TB
DTC Limite	7 13.7% 1,64m/s	7 13,7% 1,61m/s	2 3,9% 1,55m/s	2 3,9% 1,52m/s	19 37,25% 1,59m/s	13 25,5% 1,59m/s	1 1,9% 1,54m/s	0	0
DTC Patho	0	2 10% 1,97m/s	3 15% 2,06m/s	0	9 45% 1,91m/s	6 30% 1,96m/s	0	0	0

Descriptif du suivi

DTC limite	Perdus de vue	Contrôles	Evolution
n=27	5+1depart Congo	21	3 : passage vitesse pathologique 4 : normalisation 14 : stable, vitesse limite

DTC patho	Perdus de vue	PT	Greffe	PT puis HU	PT et HU	AVC	DCD
SS=12+3	5	7	1	1	1	0	0
SC=1							1

Questions

- Quelle stratégie au long cours peut-on proposer en prévention primaire de l'AVC , alors que l'on ne dispose pas de ttt chélateur du fer ?

⇒ PT mensuel de 6mois associé à HU ?

relais par HU seule ?

ou HU +Transfusion trimestrielle ?

➡ La mise à disposition de l'**erythraphérèse** est une impérieuse nécessité

- Que proposer aux enfants domiciliés loin de BKO?
- Doit on poser l'indication de L'HU pour les DTC limites?

Remerciements

- Direction du CRLD : *Pr Dapa A Diallo*
Dr Karim Camara
- *Pr Gil Tchernia*, Président du Comité scientifique et technique du CRLD
- Equipes médicales du : CRLD, SHOM du CHU du Point G; Service de Pédiatrie des Hôpitaux du Luxembourg et de Gabriel Touré, Bamako
- *Dr Suzanne Verlhac*
Hôpital Robert Debré et CHIC, France
- *Dr Pablo Bartolucci* , Hôpital Henri Mondor Créteil
- Ministère de la Santé du Mali
- Fondation Pierre Fabre, France, *Mr Philippe Bernagou*
- Coopération Internationale, Monaco
- Coopération Française , MAEE
- Société Sonosite

Merci de votre attention

